

# Sommaire

*Lundi 5 février*

*Matin*

Séance d'ouverture 5  
Catherine TRAUTMANN, Maire de Strasbourg

*Après-midi*

Paroles d'artistes, paroles de soignants, paroles de patients 8  
Séance plénière

Atelier n°1 : La danse déplacée 20

La place de la danse à l'Institut Marcel Rivière 20

Questions et débats 24

La danse-thérapie 27

Questions et débats 30

Atelier n°2 : L'œuvre d'art et l'hôpital 40

L'action " Take Art " 40

Jumelage entre l'hôpital pour enfants Trousseau et le Musée en herbe à Paris 41

La collection d'art contemporain de l'artothèque de l'hôpital d'Amsterdam 46

Des expositions d'art contemporain ouvertes au grand public à la Galerie Savio 48  
de l'hôpital Henri Guérin

Questions et débats 50

Atelier n°3 : " Le Verbe ", la lecture, l'écriture, le conte 53

La lecture à l'hôpital 53

L'écriture créatrice 58

L'écriture journalistique avec les malades 60

Le travail sur l'estampe et la poésie 61

Le soutien aux actions culturelles en milieu hospitalier 66

Questions et débats 66

Atelier n° 4 : Les responsables culturels hospitaliers 75

Questions et débats 82

*Mardi 6 février*

*Matin*

Les jumelages entre hôpitaux et équipements culturels Séance plénière	90
Atelier n° 1 : Les jumelages	102
Un exemple de jumelage: la découverte d'un château par de jeunes enfants hospitalisés	102
Les facteurs de réussite d'un jumelage	106
L'origine du jumelage entre l'hôpital de Ranguueil et la Maison des Racine du Monde à Toulouse	107
Un travail sur le son et l'image en interaction avec les patients et les artistes	108
Un projet de jumelage portant sur la vidéo	109
Un jumelage avec un musée d'histoire urbaine : la découverte de la Ville par le son	109
La possibilité de jumelage avec un hôpital psychiatrique	113
Les ADDIM, partenaire possible de jumelages	115
La musique et la danse à l'hôpital psychiatrique	115
Questions et débats	116
Atelier n° 2 : Les plasticiens à l'hôpital	125
Le 3 bis F : Les résidences d'artistes de l'hôpital Montperrin d'Aix-en-Provence	125
La commande publique à l'artiste japonais Katsuhito Nishikawa pour l'hôpital Huriez à Lille	127
Art et environnement : comment promouvoir l'art dans le milieu de la recherche ?	130
Questions et débats	132
Approches pédagogiques et artistiques	135
Art dans la cité	138
Questions et débats	139
Atelier n° 3 : Les Clowns	143
Introduction	143

L'organisation des sociétés des clowns et leurs rapports avec les hôpitaux	146
Une journée à l'hôpital	150
La formation en cours	151
Questions et débats	152
Atelier n° 4 : Art et thérapie	158
Introduction	158
La lecture, outil d'expression auprès d'adolescents suicidaires	159
Autisme et expression artistique	161
Musique et thérapie	163
Questions et débats	167
<i>Après-midi</i>	
Atelier n° 1 : L'architecture et l'aménagement des hôpitaux	174
Introduction	174
L'hôpital Robert Debré à Paris	175
L'hôpital St Mary sur l'île de Wight	179
L'hôpital d'Argentan	181
L'hôpital pour enfants d'Utrecht	187
Questions et débats	188
Atelier n° 2 : Politiques publiques de la Culture à l'Hôpital	192
Introduction	192
Les politiques publiques, base contractuelle du partenariat entre culture et santé	193
Le droit à la culture pour tous, mais traité différemment selon les conditions économiques du lieu où il s'exerce	195
La nécessité d'une culture du dialogue à l'hôpital	196
L'engagement personnel sur le terrain, condition de l'élaboration des politiques publiques	198
La pratique partagée, condition d'une politique publique légitimante pour la culture à l'hôpital	199
La culture à l'hôpital, déclinaison de la politique publique globale en faveur de l'accès à la culture pour tous	201

Questions et débats	202
Atelier n° 3 : La musique à l'hôpital	206
Questions et débats	214
Atelier n° 4 : Le théâtre à l'hôpital	221
“ Mises en scène ”	226
Questions et débats	228
Séance plénière de clôture	233
L'hôpital, lieu d'expériences existentielles magnifiées par l'art	233
L'art au service de l'hôpital	236
Le dynamisme révélé par les premières rencontres européennes autour de la culture à l'hôpital	238
La nécessité de poursuivre une collaboration internationale	240

# Culture à l'hôpital

*Lundi 5 février  
Matin*

## Séance d'ouverture

Catherine TRAUTMANN  
Maire de Strasbourg

C'est avec grand plaisir que je vous accueille au Palais de la Musique et des Congrès de Strasbourg. Vous venez très nombreux, de différents pays, pour participer pendant deux jours aux Premières Rencontres européennes de la Culture à l'Hôpital. A l'issue du colloque mondial " *Arts, Culture and Health* ", organisé à Manchester en avril 1999, les organisateurs britanniques avaient suggéré que la France, dont les contributions au débat semblaient pertinentes, prenne l'initiative d'un événement européen qui mettrait plus particulièrement l'accent sur la place de la culture dans les hôpitaux.

En partenariat avec nos collègues anglais, ce projet inédit a donc été proposé par le Ministère de la Culture que je dirigeais alors. Les hommes et les femmes qui sont aux affaires changent, mais les projets restent, fort heureusement. C'est la raison pour laquelle je tiens à remercier très vivement Madame la Ministre de la Culture, Catherine Tasca, mais aussi Dominique Gillot, Ministre de la Santé, et Monsieur Chris Smith, Ministre britannique de la Culture, des Médias et du Sport, d'avoir poursuivi cette tâche et d'être venus ici pour ouvrir ces journées. Ils témoignent ainsi de l'intérêt porté au plus haut niveau à cette opération.

La décision de tenir cette manifestation s'était d'ailleurs inscrite à l'époque dans le cadre de plusieurs initiatives visant à rapprocher les Ministères de la Culture et de la Santé, et plus précisément les établissements hospitaliers et culturels. Une convention signée en mai 1999 a permis notamment de développer à travers tout le territoire français des jumelages entre établissements hospitaliers et culturels. Elle envisageait également le développement de la lecture dans les établissements par la mise en place de bibliothèques. Elle insistait enfin sur la création de postes de responsables culturels hospitaliers dans le cadre du dispositif " emploi-jeune " pour prendre en charge ces nouvelles missions à l'hôpital. Les initiatives se sont ensuite multipliées.

A ce titre, il est bien sûr important de citer le cercle des partenaires à l'hôpital. Les Rencontres européennes sont venues tout naturellement s'inscrire dans une dynamique forte, avec l'objectif de mutualiser les expériences, d'échanger entre

artistes professionnels ou amateurs, patients, personnels médicaux et soignants pour formaliser des propositions. Je voudrais insister sur plusieurs aspects remarquables de cette manifestation : le caractère novateur de la problématique apportée, son caractère européen et international, qui enrichira certainement les échanges, son originalité, en termes d'organisation. Les échanges seront accompagnés de manifestations artistiques ouvertes au grand public. Elles se tiendront dans les lieux hospitaliers ou culturels de la ville, montrant ainsi que tout un chacun est potentiellement concerné. L'hôpital n'est jamais coupé ni de la ville, ni de la vie.

Je souhaite également souligner la diversité des personnes présentes. Des responsables d'établissements culturels ou de santé, des médecins ou du personnel soignant, très demandeurs et très actifs, des intervenant artistiques, des patients et leurs proches sont aujourd'hui présents.

La culture n'a pas attendu que les pouvoirs publics se saisissent de la question pour s'introduire à l'hôpital. Elle n'a pas attendu non plus que le corps médical soit totalement convaincu de ses bienfaits thérapeutiques. Depuis de nombreuses années, des associations, des bénévoles, des parents et des aumôniers interviennent dans les hôpitaux avec l'aide des soignants et des médecins. Ils cherchent soulager les patients, à aider les enfants hospitalisés. Il s'agit de leur permettre de ne pas souffrir d'un sentiment d'isolement. Leur hospitalisation doit être également synonyme de plaisir. De nombreuses initiatives se manifestent : interventions de clowns, diffusion de livres, création de fresques, concerts de musique de chambre, lectures publiques... C'est avant tout à la bonne volonté de quelques-uns que nous devons le développement d'un embryon de vie culturelle à l'hôpital.

En ce qui concerne Strasbourg, je voudrais saluer les associations " Rire Médecin ", " Enfants espoir du monde ", les interventions des membres du Centre de Formation des Musiciens Intervenants, le Théâtre Jeune Public, l'Orchestre philharmonique, la démarche du journal *Pique et Plume*, les diverses troupes de théâtre et chorales. La liste est longue et je ne peux citer tout le monde. Je voudrais exprimer ma gratitude à tous ceux qui se sont engagés, par biais d'une association ou individuellement, dans cette démarche.

Si l'on cherche aujourd'hui à théoriser, formaliser, développer et valoriser ces démarches, rien ne peut se faire sans la participation de ceux qui, depuis fort longtemps, se sont engagés. Ils connaissent les difficultés auxquelles ces initiatives culturelles se heurtent en milieu hospitalier.

Je suis convaincue que l'ensemble des bénévoles qui interviennent dans les services hospitaliers sauront apprécier que l'on se saisisse au plus haut niveau de ces questions. En effet, replacer l'hôpital au cœur de la vie de la Cité est véritablement l'expression d'une vision d'une société solidaire. Cela permet également de s'affranchir de l'évolution, parfois pesante, des techniques. La

réintroduction des notions de bien-être, de confort et de convivialité est nécessaire, non seulement pour les patients, mais également pour le personnel soignant, qui fait vivre quotidiennement l'hôpital. Ces principes sont aujourd'hui réaffirmés.

Je me félicite que ces rencontres aient lieu dans la capitale parlementaire de l'Europe, où la citoyenneté ne s'arrête pas à la porte de l'entreprise ou à celle du domicile de chacun. A Strasbourg, la citoyenneté pénètre, par l'intermédiaire de la culture, aussi bien les institutions hospitalières que les institutions pénitentiaires. Il y a quelques mois, nous inaugurons dans la prison de l'Egzu la première galerie d'arts plastiques en milieu carcéral.

Ces problématiques visent à ne plus dissocier la technique de l'humain, l'esthétique du fonctionnalisme, le corps de l'esprit. Dès lors, le besoin de valoriser et de développer la culture à l'hôpital émerge naturellement. L'attente est grande dans le milieu hospitalier. L'hôpital est perméable. C'est un lieu de souffrance et de mort, mais également un lieu où se développent des relations, une vie, des échanges solides. La création et l'expression artistiques peuvent soulager la dureté des lieux et du temps passé en milieu hospitalier. Elle peut aider les patients, qui se sentent par moments diminués, à conserver leur dignité.

Je souhaite à tous les participants des échanges fructueux et une pleine réussite. Je tiens aussi à remercier et féliciter les organisateurs du programme car il est passionnant. L'essentiel est, dans une société relativement violente, de continuer d'affirmer que la résolution des problèmes dépend de nous. L'entrée d'artistes dans le milieu hospitalier est aussi une manière très pacifique, très généreuse et souvent très tendre de le dire.

## *Après-midi*

### Paroles d'artistes, paroles de soignants, paroles de patients

Séance plénière

*Ont participé à cette séance :*

*Nicolas FRIZE, compositeur, intervention artistique à l'hôpital de Saint-Denis  
Mathilde MONNIER, chorégraphe, directrice du centre chorégraphique national de Montpellier, intervention artistique à l'hôpital de la Colombière*

*Docteur Pascal POSSOZ, médecin alcoologue, association Via Voltaire de Montpellier*

*Caroline SIMONDS, fondatrice et directrice du Rire Médecin*

*Docteur HARTMANN, chef du service oncologie pédiatrique de l'Institut Gustave Roussy de Villejuif : " Clowns à l'hôpital – éloge du désordre "*

*Catherine ZARCATE, conteuse, intervention artistique en pédiatrie à Bonneuil-sur-Marne*

*Pierre LASCOUMES, association AIDES*

*Docteur Jane MACNAUGHTON, médecin généraliste, directrice du centre " Arts and Humanities in Medicine " à l'université de Durham*

*La séance était animée par Gaëlle LE GALLIC, journaliste et productrice à France Musiques*

### **Gaëlle LE GALLIC**

Chacun, dans son corps de métier, tente d'harmoniser ou humaniser les rapports entre le milieu hospitalier et la culture. Nous allons évoquer les raisons de l'intervention de l'artiste à l'hôpital, l'intérêt que peut en tirer le patient ainsi que la manière dont les responsables culturels et hospitaliers parviennent à s'organiser pour les échanges et la mise en place des activités au sein de l'hôpital.



## Catherine ZARCATE

Je pratique l'art du conte. Le conte émane de la collectivité et donne, par ses symboles, à réfléchir, à rêver, à se construire. En faisant vibrer les symboles de l'humanité, le conte aide profondément à établir un lien avec soi-même, avec son être le plus profond ainsi qu'avec l'autre, la communauté et l'humanité. Universel, le conte est souple et passe par la relation, par la parole. Il est très vieux et pourtant jeune car renouvelé par celui qui le porte, celui qui l'adapte, celui qui l'écoute.

J'aimerais vous faire part de ce qui fut une expérience fondatrice pour l'artiste que je suis. J'ai travaillé très jeune et pendant sept ans à l'école expérimentale de Bonneuil-sur-Marne, créée après 1968 : c'était un lieu de vie accueillant des enfants psychotiques. Ce n'est que bien plus tard que j'ai mesuré combien l'aspiration à se libérer de tous les enfermements était le champ de mon être. On pouvait vivre ses passions à Bonneuil. On ne demandait pas aux adultes d'être des jeunes cadres. Je cherchais d'autres valeurs que celles dans lesquelles j'étais née. C'est à Bonneuil, pour les enfants, que j'ai commencé à raconter. Ce fut une longue histoire, riche de ma rencontre avec les enfants et de ce que le conte allait devenir pour moi.

J'ai compris que le conte construisait les enfants. Par le conte, nous approfondissons notre connaissance de nous-mêmes. Il nous offre aussi une expérience du langage. Je travaillais à l'époque sur mon mémoire de maîtrise dont le sujet était : " Comment les peurs innommables se résolvent-elles dans un sourire d'enfant ? " J'ai découvert l'univers des conteurs. C'était un métier en voie de disparition. De ce milieu, j'ai rapporté des trésors pour les enfants, en particulier le conte oral, qui porte la musique d'autres voix.

A cette époque, je discutais également avec les plus petits. Je m'impliquais totalement dans cette communication et je laissais vivre ma propre recherche. Ce sont mes plus beaux souvenirs. J'ai partagé avec les enfants l'essence même de ma recherche. J'avais l'intuition profonde que seuls les valeurs et les mythes des Amérindiens, du fait de la santé mentale et du lien avec la nature que ceux-ci entretenaient, pouvaient recréer un être et lui rendre sa dignité. J'ai souhaité rapprocher l'expérience de la différence que vivaient ces enfants de la manière avec laquelle les Indiens vivaient leur propre différence et honoraient leur dignité. Plus que de rechercher la guérison, il s'agissait d'honorer la différence de ces enfants.

Je suis devenue une professionnelle du conte à force d'évoluer dans ce milieu. J'ai quitté les enfants et je suis allée vivre cette rencontre très profonde avec moi-même, avec les mythes et les symboles. J'ai vécu pendant vingt ans de ce métier. Aujourd'hui, profondément enrichie de cette expérience, j'ai envie de revenir vers l'hôpital et d'aider ceux qui veulent faire de même. Cela correspond à une lourde tâche : je forme des personnes dont beaucoup ne parviennent

toujours pas à accéder aux hôpitaux pour conter des histoires aux enfants.

Le conte est l'élément fondateur des communautés. Il permet à chacun de créer. Quelque chose de très riche est vécu dans la pauvreté d'un art simple. Le conte a sa juste place à l'hôpital. Lorsque l'homme réfléchit à la vie et à la mort, le conte l'aide à se construire. Pour ceux qui vont mourir, le conte merveilleux est une parole extraordinaire. Le conte ne s'adresse pas uniquement aux enfants, mais à l'humain.

## **Pascal POSSOZ**

Il y a plus de cinq ans, j'ai proposé de mener, à Montpellier, une réflexion sur la culture à l'hôpital. Un groupe de travail s'est constitué, réunissant des médecins, des artistes, des psychologues, des administratifs, des travailleurs sociaux et des associations d'aide aux malades. Nous ressentions tous l'urgence de créer les conditions d'une approche plus large du soin. Les réponses étaient inadéquates aux besoins. Il était nécessaire d'élaborer d'autres propositions, en utilisant le dispositif existant, ou de créer des structures plus adéquates.

La rencontre entre médecins, psychologues et artistes n'est pas si fréquente. AIDES et Act Up ont vite compris les failles du système de soins. Les artistes français comprennent assez mal que les pratiques artistiques soient si peu proposées en milieu hospitalier, alors que la preuve de leur nécessité a déjà été apportée dans les pays anglo-saxons.

S'ils restent sur la défensive, les médecins savent qu'une telle approche peut s'avérer utile. On peut toutefois se demander à quelle échelle ces idées peuvent être mises en pratiques. La question de leur validation se pose également.

Répondant au souci de ne pas créer de confusion, un dogme s'est érigé : l'art ne serait pas thérapeutique. Cette affirmation était nécessaire pour ne pas entraver la dynamique de chaque discours. L'art entrerait dans un large processus de soins où la restauration, l'autorisation, l'appréhension des capacités d'expression permettent un déplacement, un étonnement, une sublimation, celle dont Freud écrit qu'elle n'est en toute fin qu'un changement de point de vue.

Il est assez rare qu'un médecin expérimente les médicaments qu'il doit prescrire. Pour les danseurs de la compagnie de Mathilde Monnier, les soignants étaient porteurs d'un ensemble de symptômes corporels. Les danseurs ont invité les prescripteurs à les ressentir. L'expérience fut cruelle mais informative. Ce qui surprend est que nos professions sont porteuses d'une stéréotypie physique. Le fait même d'intégrer le corps médical engendre, pour notre propre corps, des contraintes, des torsions, des rigidités insoupçonnées et communes. Une prise de conscience de cela modifierait peut-être notre présentation face au malade. Celui-ci serait moins contraint de respecter la forme définie par notre attitude.

Les gestes de l'examen clinique, de la toilette et des soins sont codifiés et peu remis en question.

Après l'épreuve et l'engagement, une autre perception du corps apparaît. L'encadrement du stage est essentiel. Les règles sont simples. L'orientation est assurée par un médecin, un psychologue ou un cadre de l'association ; le stage s'inscrit dans un cadre thérapeutique. Le stage est préparé et un suivi est assuré à son issue. Le groupe de malades constitué est hétérogène. Par ailleurs, un questionnaire de qualité de vie et d'évaluation est distribué.

Les résultats sont significatifs : pour les malades de l'hépatite C, les alcooliques et les toxicomanes, je note une meilleure adhésion aux thérapeutiques, une amélioration sensible de la qualité de vie, des rémissions et une restauration socio-professionnelle. Sans pouvoir observer le bénéfice propre de chaque intervention proposée, ce dispositif fonctionne et répond à l'objectif de réduction des dépenses de santé : le nombre de jours d'hospitalisation diminue ; les malades sont réinsérés dans un environnement familial, social et professionnel.

Qui pouvait douter de la réussite de cette expérience ? Elle a été réalisée dans des conditions idéales, avec des professionnels motivés et ouverts, dans le centre historique de Montpellier, ville de médecine et d'art assez ancienne pour être ouverte à la nouveauté. En fait, la question n'est pas de valider les résultats attendus mais d'initier la reconnaissance, par l'ensemble du système de soins, de la qualité des résultats. Il s'agit également de développer le dispositif en l'intégrant dans les structures de soins. Il faut quelques éléments théoriques pour travailler sur quelques pistes de recherche, en même temps que l'on applique le dispositif, et pour déterminer les mécanismes de l'amélioration, voire de la guérison, obtenue.

Quand il a fallu préciser la nature des ateliers à créer, les artistes se sont posé la question de la différence entre ce qu'ils pourraient proposer et ce qu'apporterait un certain type de gymnastique, d'arts martiaux ou de techniques du souffle. Pourquoi parler d'art et modifier la prise en charge thérapeutique ? La question reste ouverte.

A Via Voltaire, nous avons fait le choix de parler de pratique artistique. Les médecins ne découvrent que par la maladie. Ils connaissent assez mal la santé. Le concept de santé n'est pas si simple à manipuler. Le médecin soigne, il ne guérit pas. Il est indispensable de bien intégrer cette notion pour créer, dans et autour du système de soins, les conditions de la restauration d'une santé physique et mentale. Au cours de l'hospitalisation, l'initiation à ce qui peut se développer hors les murs de l'hôpital doit être favorisée. Mais est-ce de la médecine ? La réponse est l'objet d'un autre débat. Elle aboutit à une autre question, concernant le financement et la pérennisation de ces nouvelles approches thérapeutiques.

Les médecins doivent se rappeler qu'il existe trois modes de l'exercice de la médecine : la médecine par l'acquisition de la santé ; la médecine par les médicaments ; la médecine par les opérations. Pour Foucault, ceux qui professent la première veulent à tout prix approfondir certains sujets en entreprenant de scruter la nature même des choses. Pour l'heure, il n'y a pas de réelle nouveauté : philosophie, médecine, psychologie et art sont consubstantiels. Gageons qu'une reconnaissance institutionnelle permettra de voir évoluer les pratiques interdisciplinaires.

## **Mathilde MONNIER**

Entre 1994 et 1998, j'ai été invitée à diriger le Centre chorégraphique de Montpellier. J'ai proposé mes services à une association qui travaille au sein de l'hôpital et accueille régulièrement une cinquantaine de personnes. Il s'agit d'un projet artistique qui a croisé des préoccupations médicales et thérapeutiques.

On pourrait imaginer que nous recherchons, dans la danse, un absolu, une maîtrise, un dépassement. En fait, toute une partie de mon travail de chorégraphe se fait autour de la notion de limite, comme s'il fallait que la limite soit posée le plus rigoureusement possible. Reconnaître les limites de son corps, de son imaginaire, de ses possibilités est un formidable outil de recherche. Pour les danseurs, les choses deviennent intéressantes lorsque l'on atteint ses limites. C'est parfois la maladie qui permet d'avancer.

L'équipe avec laquelle j'ai travaillé était à la fois constituée de danseurs, d'infirmiers psychiatriques, de stagiaires psychologues et de médecins. Nous étions convenus que toute l'équipe médicale devait suivre une préparation aux ateliers, qui consistait en un échauffement de danse, au moins une fois par semaine. Les danseurs devaient suivre une séance de réflexion hebdomadaire et accepter le principe de l'évaluation. La complémentarité des uns et des autres, les différents points de regard permettent la pertinence des projets. Parfois, cela peut faire apparaître à l'inverse la souffrance née des différences entre disciplines. La rencontre avec l'équipe de soins oblige les danseurs à se confronter à un discours, ce qui n'est pas facile dans la mesure où leur parole est silencieuse.

Nous ne pouvions pas nous référer à des travaux d'évaluation existant déjà. Nous avons dû inventer nos propres techniques d'évaluation. Nous ne pouvons pas venir avec un discours, avec une méthode de travail ; c'est la remise en cause de cette méthode qui va produire une faille sur laquelle il est possible de travailler.

Lorsque je suis venue proposer ce projet à l'hôpital, je n'avais qu'une idée en tête : utiliser la technique d'apprentissage de la danse balinaise pour avoir un premier contact avec les personnes autistes. A Bali, le maître se met derrière

l'enfant. Il dirige le travail de l'enfant tout en restant dans son dos. L'enfant n'a pas de modèle, il ne voit pas : il n'a que des sensations.

Cette expérience m'a permis de repenser tous mes codes de danseur, de déconstruire ce langage rigide.

### **Gaëlle LE GALLIC**

Comment réussissez-vous à limiter vos exigences de danseuse, face au malade ?

### **Mathilde MONNIER**

C'est le malade qui donne la limite. Il faut être constamment à l'écoute car la limite n'est pas quelque chose de repérable.

### **Gaëlle LE GALLIC**

Cela vous a-t-il apporté une certaine souplesse ?

### **Mathilde MONNIER**

J'ai acquis une autre manière de regarder le mouvement et l'espace, d'aborder ces personnes et de comprendre leur richesse. Je me suis rendu compte que le langage des autistes était extrêmement riche, leur rapport à l'espace extrêmement complexe. J'ai réinventé mon langage chorégraphique à partir de cette expérience. La façon dont je pouvais entrer en contact avec les personnes autistes m'a aidé pour choisir chaque geste, pour décrypter le langage de la stéréotypie.

Les danseurs disposent d'outils dont ils ne soupçonnent pas l'existence. Ils ont devant eux un vaste champ d'exploration.

### **Nicolas FRIZE**

J'ai entrepris une action depuis huit ans à l'hôpital de Saint-Denis. J'ai d'abord écouté les bruits avant de venir en faire : j'ai collecté la mémoire sonore de l'hôpital, en enregistrant tout. Le personnel a pu écouter ces enregistrements, appréhender sa propre culture du travail et comprendre qu'il vivait dans un monde extrêmement sensible. On ne pouvait pas arriver dans cet endroit en niant l'incroyable partition qui s'y déroulait tous les jours et dont chacun était l'interprète, sans que l'on sache qui était le compositeur.

Le deuxième travail, distinct du premier, était d'installer un service musical sur les 1 000 m<sup>2</sup> du dernier étage. Toute une série de pratiques artistiques ont été mises en place (cours de chant, cours de piano, auditorium, musique assistée par ordinateur), dont l'accès était ouvert à tous les habitants de la ville. Tout le monde est en effet potentiellement patient.

Une troisième action, distincte des autres, consista en un travail de création. Un concert a été donné huit fois dans l'hôpital pour les habitants de la ville.

Je travaille dans les hôpitaux, les prisons et les écoles. Les institutions m'intéressent, de même que les " instants de république " que l'on peut y vivre. Au-delà des fonctions que chacun d'entre nous assume, il convient de ne pas oublier que les fonctions sont assurées par des individus. Chacun d'entre nous n'est rien ; dans le même temps, nous sommes tous une personne : nous sommes soignés comme tout le monde, mais aussi en fonction de ce que nous sommes, de nos antécédents, de nos sensibilités, de la façon dont nous vivons. Mon objectif est en quelque sorte l'application du droit du sol : je ne m'intéresse pas au fait que quelqu'un est patient, parce que je le suis aussi et que je n'ai rien à lui apprendre. Ce qui m'intéresse en revanche, c'est que le territoire des biens intellectuels ne soit jamais interrompu. Il n'y a aucune raison que l'artiste soit absent de cet endroit.

En banlieue, la population ne fréquente plus l'hôpital que par les urgences. L'hôpital est en effet perçu comme abominable, ne faisant pas partie de la vie courante. Je cherche à intervenir de manière ordinaire, structurelle. Il ne s'agit pas de stigmatiser quiconque. Il faudrait sentir à l'hôpital une continuité avec la vie quotidienne. Le travail de l'artiste serait ainsi moins événementiel. Il retrouverait son sens, c'est-à-dire l'écriture, l'œuvre et la représentation. La confusion entre l'art et la culture, c'est-à-dire entre les œuvres d'art et les pratiques artistiques, est intéressante. Mais s'il existe une continuité entre la pratique artistique – la possibilité d'être sensible à l'indicible, non d'en être affecté – et l'art, il est toutefois nécessaire de protéger l'art pour ce qu'il a de singulier.

## **Gaëlle LE GALLIC**

Le milieu hospitalier est-il pour vous un lieu de création ?

## **Nicolas FRIZE**

J'ai été hospitalisé assez fréquemment ces dernières années : dans cette situation, je n'ai pas envie de musique. L'hôpital n'est pas un lieu d'inspiration.

L'hôpital ne doit pas être privé de l'art parce que l'art n'est pas dangereux. Il ne faut pas considérer que certaines choses sont réservées à un public – les

patients –, mais au contraire faire bénéficier chacun de ce que l'art a de meilleur. Chacun, en fonction de sa subjectivité, fera ensuite ce qu'il souhaite d'une offre qui est la même pour tous. En tant que citoyen, je n'ai pas besoin de plus de musique lorsque je suis malade.

L'hôpital m'a appris à écouter l'indicible, la douleur par exemple. Un micro, contrairement à une oreille d'infirmière, n'entend pas un bruit couvert par un autre. Par ailleurs, dans les services de soins palliatifs ou dans ceux du SIDA, j'enregistrais des ambiances très feutrées : chacun fait entrer la mort dans la chambre alors que le patient aimerait encore entendre du bruit. Dans les autres services, où les gens meurent par hasard, les portes sont ouvertes pour que la personne entende bien qu'elle est vivante. Le malade augmente le volume de la télévision pour dire qu'il est là.

### **Jane MACNAUGHTON**

Je vais vous parler sous l'angle de la recherche. Le centre " Arts and Humanities in Medicine ", que je préside, adopte une approche pluridisciplinaire : il rassemble toutes les personnes intéressées par l'étude et la promotion des arts et des humanités dans l'intérêt des individus et des professionnels de la santé.

J'estime qu'il y a un lien entre les arts et les humanités. Nous nous rendons de plus en plus compte que le domaine de la santé a besoin d'un nouveau langage. Dans des contextes tels que l'exclusion sociale, il est possible de trouver de nouveaux moyens pour faire face aux besoins en matière de santé. L'artiste peut apporter une contribution essentielle. La créativité est essentielle pour le bien-être, pour la santé. Les artistes peuvent également enseigner aux soignants une nouvelle manière d'aborder les patients. La médecine et l'art ont un objectif commun, qui consiste à accomplir ce que la nature n'a pas pu faire, à atteindre l'idéal, à guérir la création. Cela passe par l'attention : l'art, à l'instar de la médecine, n'est pas un point d'arrivée mais une recherche.

Les projets sur lesquels nous travaillons mettent en exergue l'idée que la communication est fondamentale. La participation à des activités culturelles ou sportives peut promouvoir la cohésion sociale par la création de réseaux sociaux solides. Notre programme consiste essentiellement à créer des capacités de recherche et à diffuser ce que nous accomplissons pour bénéficier de financements, et donc continuer sur des bases beaucoup plus solides.

L'un des principaux projets lancés est la construction d'un hôpital à Durham. Le National Health Service (NHS) a élaboré des valeurs pour cet hôpital. Nous verrons si ces valeurs ont des incidences sur le milieu hospitalier et sur la guérison des patients.

**Caroline SIMONDS**  
**Fondatrice et Directrice du Rire Médecin**

31 clowns professionnels sont formés à la spécificité de l'hôpital au sein de l'association " Rire Médecin ". Depuis dix ans, en France, ils adaptent des spectacles sur mesure pour l'hôpital, par le biais de jeux improvisés. Nous insistons sur l'aspect envahisseur du clown. Nous dérangeons mais on ne peut plus se passer de nous. Traditionnellement, le clown avait deux fonctions : soit il faisait une parodie de numéros de cirque classiques, soit il faisait diversion lors d'un problème technique ou d'un accident grave. Notre rôle à l'hôpital est proche de cette deuxième fonction. Nous devons vivre avec les maladies et les accidents graves.

Nous renversons le protocole et imposons le désordre. Je souhaiterais vous citer trois témoignages.

Barbara, spécialiste de la douleur à l'hôpital Trousseau : " L'arrivée des clowns peut être brusque. Nous sommes formés pour gérer des crises aiguës et, si j'entends crier, je pense donc qu'un enfant va mal. Je suis bien sûr soulagée quand je vois que ce sont des clowns. Il est très difficile pour moi de passer d'un état de concentration, en supportant de lourdes responsabilités, au ludique. Je suis à l'écoute des souffrances toute la journée et les clowns arrivent d'une autre planète. Cela me prend du temps, c'est une gymnastique. Mais peu à peu, je m'y suis adaptée et j'ai commencé à rire. La distraction est majeure dans la douleur. Tous les enfants qui souffrent de douleurs chroniques le disent. Le clown peut montrer que la douleur n'est pas une fatalité, qu'elle n'est pas installée pour toujours. Il explique à l'enfant que le plaisir peut revenir. Si je m'amuse, j'ai moins mal. Cela montre aux soignants et aux parents une autre capacité. De plus, l'enfant ne peut pas rejeter le médecin. Les clowns sont utiles pour cela. "

Pascale, infirmière depuis dix ans : " Je parle souvent des clowns avec les enfants. Nous leur faisons revivre les scènes de leur dernier passage, ce qui aide à décharger les émotions. J'utilise les trucs des clowns pour rentrer dans les chambres maintenant. Ils ont énormément travaillé là-dessus. Je les ai beaucoup observés au début et je n'ai jamais aimé la façon dont nous, les soignants, nous rentrons dans une chambre. Depuis que les clowns sont dans le service, j'ai appris à aborder les enfants autrement. Ils sont en fait comme un outil de travail pour moi. "

Balthazar, un des clowns avec qui je travaille depuis des années : " Pascale est devenue une véritable partenaire de jeu pour nous. Elle est toujours juste quand elle nous lance une pique en pleine improvisation. Elle dira par exemple : "Oh-oh Balthazar, tu as fait une fausse note". Cela nous provoque et nous devons aller plus loin. "



Pierre LASCOUMES  
Association AIDES

Je suis le seul à représenter notre parole à tous. Nous sommes des patients potentiels, des usagers du système de santé et des financeurs. Nous sommes habitués à parler en dernier. Nous sommes toujours seuls face à la domination de l'institution médicale.

Le développement des activités culturelles dans le cadre de l'hôpital et de la santé en général, correspond à un mouvement d'autonomisation des patients, de prise de parole. Cette démarche commence à s'inscrire dans la durée, puisqu'elle avait commencé avec les alcooliques anonymes dans les années 1950. Elle a continué à se développer avec les communautés d'usagers de drogues, puis les associations de malades du SIDA, les malades du cancer et du diabète. Nous assistons actuellement à ce phénomène d'individualisation des rapports avec l'institution médicale.

## I. Trois modèles culturels

La situation actuelle est la résultante d'une évolution continue.

Nous avons été formés culturellement à une société qui range le savoir, la connaissance et la rationalité d'un côté, et l'ignorance, la passivité et la souffrance de l'autre. Dans un tel clivage, la raison est dans l'œil du médecin et le seul rôle du patient est d'être regardé.

La médecine rationnelle a ensuite compris que les individus ne se réduisent pas à leurs symptômes. Une série de facteurs psychologiques et socioculturels conditionnent la réussite du traitement. Entrer dans un cheminement thérapeutique consiste à accepter des traitements lourds, à adopter un comportement d'observance et à avoir une certaine hygiène de vie. Un accompagnement psychologique et social est également nécessaire. La parole des patients a progressivement pris une place dans ce modèle supplétif, car elle vient compléter le savoir rationnel de la médecine.

Le modèle coopératif est apparu dans les années 1990. Il consiste en la reconnaissance de la différence des compétences, qui ne doit pas se traduire par une différence de droits et de pouvoirs. Certains professionnels ont compris qu'il était important d'aller chercher la connaissance dont la personne concernée dispose sur elle-même, car elle enrichit l'intervention médicale. L'action culturelle permet au sujet profane de se constituer une parole indépendante du discours préfabriqué de la médecine. Sa subjectivité lui permet d'entrer dans une relation constructive.

## II. Une difficile évolution

Les expériences qui nous ont été présentées ce matin demeurent assez exceptionnelles par rapport à la situation de la plupart des centres médicaux. L'essentiel de ce qui existe en matière d'activité culturelle dans le milieu médical relève plutôt du premier modèle, dans lequel l'art est présenté comme un spectacle qui sépare ceux qui observent de ceux qui se produisent. L'idée du modèle supplétif commence à être acceptée dans des lieux où les activités culturelles sont considérées comme un accompagnement de la pratique médicale, sans trop concerner la relation entre les médecins et les patients. Le modèle coopératif, dans lequel l'action culturelle permet au sujet de se constituer, ne s'est instauré que dans très peu de centres.

Je suis surpris qu'aucun des réalisateurs des deux films qui nous ont été présentés n'ait jugé bon de présenter le témoignage d'une personne engagée dans les ateliers. Il s'agissait d'un discours strictement professionnel d'artistes et de soignants, duquel les usagers ont été oubliés.

Certaines résistances doivent attirer notre attention. Il serait intéressant de savoir quelle place a été réservée à l'insertion sociale et culturelle au sein de l'hôpital Georges Pompidou, qui est souvent présenté comme l'hôpital du XXI<sup>ème</sup> siècle.

Il est légitime de revendiquer un droit à la culture pour tous, même dans les lieux d'enfermement comme la prison ou l'hôpital. La reconnaissance de ce droit est cependant soumise à certains préalables propres à la société française, qui interdit toujours que les patients puissent consulter leur propre dossier médical. Les activités d'information et de participation sont donc très réduites.

Dans ce contexte, des changements difficiles mais irréversibles sont malgré tout en cours. Tous les relais sont utiles et les activités culturelles peuvent contribuer à l'individuation.

### **Gaëlle Le GALLIC**

Je vais donner le mot de la fin à Jane Birkin. Votre engagement est plutôt solitaire.

### **Jane BIRKIN**

Je souhaite remercier les deux ministères aujourd'hui représentés, le Ministère de la Culture et le Ministère de la Santé, ainsi que le Professeur Sicard et Peter Senior. J'étais curieuse d'entendre ce que les personnes qui travaillent dans les hôpitaux avaient à dire. Je voulais connaître leur démarche.

Je pense que l'on ressent les mêmes sensations à l'hôpital qu'en zone de guerre, liées à la peur et à l'isolement. Lorsque je suis allée à Sarajevo, j'ai apporté des ouvrages de littérature française aux universitaires car après trois années de siège, la culture était la seule chose qui leur restait. Serge Gainsbourg et sa famille ont également éprouvé ce besoin culturel pendant la guerre. C'est pourquoi ils emportaient leurs partitions à chacune de leurs fuites. Lorsque la maison de ma mère a explosé pendant la guerre, elle a conservé une bouteille de parfum. Elle m'a expliqué que dans le dénuement le plus total, les individus ressentent le besoin de posséder de belles choses. J'ai donc également apporté des sous-vêtements féminins fins et des rouges à lèvres Guerlain aux jeunes femmes de Sarajevo.

Quand je suis allée au Kosovo avec Médecins du Monde, j'ai pu observer le travail réalisé par une psychanalyste auprès d'enfants traumatisés. Ils étaient d'abord muets, et elle a progressivement réussi à les faire s'exprimer à travers le jeu, le dessin. Forte de cette expérience, j'ai joué au ballon et chanté pour un enfant triste dans un orphelinat birman. Les enfants ont créé un petit orchestre suite à ma visite.

Le lien entre toutes ces expériences est la culture, dont le besoin se fait toujours ressentir. Ceux qui souffrent ont également besoin de la présence des personnes de l'extérieur, qu'ils soient à l'hôpital, en prison etc. En leur rendant visite, nous leur montrons que nous ne sommes pas indifférents à leur sort. Nous nous retrouverons tous un jour dans des situations similaires. Je rends souvent visite à des femmes âgées qui souffrent de la maladie d'Alzheimer et qui ne me reconnaissent pas. Je reste à l'heure des repas pour les aider à manger, car les plats sont souvent mal adaptés à leurs besoins. J'apprends beaucoup d'elles.

## Atelier n°1 : La danse déplacée

*Ont participé à cet atelier :*

*Marie-Paule MARBACH, intervenante à l'hôpital de jour de Haguenau*

*Docteur Martine MATHIEN-DUVAL, psychiatre au CHS de Brumath*

*Luc PETTON, chorégraphe, compagnie Le Guetteur, intervenant à l'hôpital de Soissons*

*Véronique VELSH-GERVAIS, chorégraphe, intervenante au Centre Adam Shelton à Saint-Denis*

*L'atelier était animé par Madeleine ABASSADE, coordinatrice culturelle à l'Institut Marcel Rivière/CHS.*

## La place de la danse à l'Institut Marcel Rivière

Madeleine ABASSADE

**Coordinatrice culturelle à l'Institut Marcel Rivière/CHS**

Le titre de cet atelier, " La danse déplacée ", a été choisi par Mathilde Monnier. Il nous invite à formuler deux questions.

Quelle place occupe la danse à l'Institut Marcel Rivière à La Verrière, sur la commune de Saint-Quentin en Yvelines. ?

La danse, art du corps par excellence, est-elle déplacée dans un centre de soins ?

## I. L'objectif des ateliers de danse

Afin de donner à la danse la place qui lui revient dans le domaine de l'art, il convient de la distinguer des approches thérapeutiques, sans quoi on risque de réduire ses potentiels de libre expression. Si la danse a une fonction utilitaire, c'est en tant qu'outil pour construire et transformer, à l'hôpital comme partout ailleurs, en agissant sur l'espace, les corps et le temps. La danse tisse des liens entre les personnes au moyen des émotions qui naissent des corps dansant. Afin de réaliser au mieux cette construction, à partir de tracés et de mouvements, il est nécessaire de faire appel aux architectes de l'abstrait que sont les chorégraphes de danse contemporaine. Quelle fabuleuse expérience, dans le cadre des ateliers chorégraphiques ouverts à l'hôpital, que de se sentir à son tour " sculpteur d'espace ", expression que j'emprunte à Laurence Loupe ! Tout notre être, corps et esprit en mouvement, est alors engagé dans l'aventure savante et ludique de la danse. Les ateliers chorégraphiques à l'Institut Marcel Rivière ont longtemps été animés par le chorégraphe José Montalvo et plus récemment par Thomas Duchatelet. Ils accueillent des patients, des membres du personnel soignant, des habitants de la région. Leur objectif est l'initiation à la danse contemporaine et à la composition chorégraphique. Cette dernière doit permettre, dans le cadre d'un spectacle, d'ouvrir au public le groupe composé des danseurs et des chorégraphes. Cette ouverture n'est pas évidente dans le milieu hospitalier. L'atelier présente donc son travail et offre en représentation l'aventure émotionnelle de la danse. Chacun prouve aux autres, mais aussi aux autres, qu'il peut lancer un défi à la maladie.

## II. La danse contemporaine à l'hôpital

Dans les ateliers et pendant les spectacles, la danse occupe toute la place. Les chorégraphies, qui n'excèdent jamais vingt minutes, donnent un sens à l'idée d'inscription de l'hôpital au cœur de la cité, dans un contexte de valorisation du malade à ses propres yeux et aux yeux de son entourage. Elles nous donnent l'opportunité de participer à des rencontres en dehors des murs de l'hôpital, ainsi que de danser dans d'autres hôpitaux.

Nous avons la chance, à l'Institut Marcel Rivière, de disposer d'une salle de théâtre où se tiennent nos ateliers et où nous accueillons des artistes en résidence, des spectacles, et surtout des artistes en recherche pour la création. Autrement dit, la danse nous invite à nous déplacer ainsi qu'à déplacer nos regards vers ce qui est inhabituel, la maladie et l'hospitalisation. A l'Institut Marcel Rivière, les ateliers nous proposent de nous déplacer en utilisant les codes de la danse contemporaine. Nous savons que ces codes sont multiples, tout comme ses références et ses sources d'inspiration. Mathilde Monnier, qui nous fait l'honneur et le plaisir d'être aujourd'hui avec nous, pourrait le confirmer.

La danse contemporaine vient chercher au plus près de l'homme les émotions qui l'inspirent. Libérée des mots et consciente des normes du corps, la danse contemporaine introduit d'autres mouvements, d'autres manières de se déplacer. Elle modifie la perception des corps, engendre de nouvelles émotions et de nouveaux gestes. A l'hôpital, nous faisons du corps en souffrance un corps qui danse. La danse s'écarte des chemins balisés pour ouvrir vers l'aventure, au moyen du geste inconnu qui devient matériau pour danser. La danse montre la voie de la poésie, grâce à une ré-appropriation du corps. Elle réhabilite le réel en transformant les gestes du quotidien (se serrer la main, s'enlacer, s'embrasser, se coucher, marcher, sauter) en autant de gestes poétiques pour le plaisir du dessin dans l'espace et de la rencontre avec l'autre. Le plaisir ressenti est celui du corps qui bouge et de sa sensualité, légère, intense, puisant son énergie dans la réalité. Les artistes, lorsqu'ils sont pédagogues – tous ne le sont pas –, donnent aux danseurs le vocabulaire qui leur manque pour aller au-delà des stéréotypes et de la répétition. En donnant les gestes qui manquent à l'imagination pour représenter l'indicible, la danse, au-delà de la pédagogie, élargit notre mode de perception de l'espace, de nous-mêmes et de l'autre par le geste conscient de la danse au sein du groupe et en accord avec lui.

A l'Institut Marcel Rivière, les patients s'engagent librement à participer aux ateliers de danse. Autrement dit, leur participation n'est pas prescrite par le corps médical. Cependant, cette activité est intégrée aux pratiques thérapeutiques de l'Institut. En effet, nous pouvons considérer, suivant en cela les théoriciens de la psychothérapie institutionnelle, que les compagnies que nous accueillons au théâtre de l'hôpital s'inscrivent dans une dynamique thérapeutique. Mais n'oublions pas que les danseurs sont d'abord des artistes et que notre attention se porte avant tout sur la qualité humaine qui transparaît dans leur art. La danse se situe dans un espace de liberté aménagé pour elle au sein de l'espace du soin. Les chorégraphes et les danseurs que nous accueillons, dans le cadre de leurs recherches, ou bien pour qu'ils présentent leurs spectacles ou encore pour qu'ils dialoguent avec le public, ne s'impliquent pas tous de la même façon dans l'hôpital. Ils ne sont pas toujours associés à un projet d'action culturelle comme la direction des ateliers chorégraphiques. Depuis deux ans, nous accueillons la compagnie de théâtre gestuel Dos à Deux. Le théâtre gestuel n'est ni du mime, ni de la danse. Il a néanmoins une certaine parenté avec la danse-théâtre, par le jeu des acteurs, leur capacité à danser, l'importance accordée au visuel, à la chorégraphie, aux gestes, aux mouvements et par la présence de la musique. Cela n'est pas sans nous rappeler le travail de Pina Bausch. Ces liens de parenté avec la danse nous ont encouragé à poursuivre notre collaboration avec cette compagnie. Je tiens à ce propos à remercier les coordinateurs du programme national " Culture à l'Hôpital ", et en particulier la DRAC Ile-de-France, qui soutiennent nos pratiques artistiques.

En 1999, un rapport du Ministère de la Culture mentionnait l'existence de soixante-quatre jumelages entre des hôpitaux et des centres culturels. Seuls quatre d'entre eux concernaient alors la danse. Je souhaiterais savoir, afin de

lancer les débats, si la danse contemporaine est aujourd'hui plus présente dans les hôpitaux. Je souhaiterais connaître le style de danse qui y est pratiqué, les motivations des danseurs et des chorégraphes qui viennent travailler dans les hôpitaux, les motivations des équipes soignantes et la place que la danse occupe à l'hôpital, elle qui sans cesse place et déplace.

*Madeleine Abassade invite chacun des intervenants à se présenter.*

### **Véronique VELSH-GERVAIS**

Je suis artiste chorégraphique et intervins à ce titre au centre Adam Shelton à Saint-Denis, qui accueille des adolescents et des adultes autistes.

### **Luc PETTON**

Ma compagnie intervient depuis quatre ans à l'hôpital de Soissons au sein de deux ateliers très différents. L'un s'adresse à des enfants de trois à six ans lourdement handicapés. L'autre est destiné à des personnes âgées frappées de la maladie d'Alzheimer.

### **Martine MATHIEN-DUVAL**

Je suis psychiatre au CHS de Brumath, dans un service de psychiatrie générale. Ce service comporte des lieux d'hospitalisation à temps plein et des lieux de soins extra-hospitaliers. L'atelier que nous avons mis en place avec l'aide des soignants et de la chorégraphe Marie-Paule Marbach fonctionne donc à la fois à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital. Ce sont deux expériences différentes, mais complémentaires.

### **Marie-Paule MARBACH**

Je suis la chorégraphe de la compagnie Empreintes. J'intervins à l'hôpital de Brumath auprès de patients, soit dans un rapport individuel, soit au sein d'un groupe de six à sept adultes.

## Questions et débats

### **De la salle**

J'aimerais savoir ce qui vous a amené à danser avec des enfants handicapés et des personnes malades. S'agit-il, d'une démarche personnelle de votre part ? Cela répond-il au contraire à une demande de l'institution dans laquelle vous intervenez ?

### **Luc PETTON**

Ma principale motivation est la sympathie que je ressens pour ces enfants et ces personnes âgées. Par ailleurs, il est vrai que les institutions de notre région nous sollicitent, ce qui permet de mettre en place des projets.

Mon travail, tant dans mes créations que dans mes interventions à l'hôpital et en milieu carcéral est centré sur l'idée de joie. Il ne s'agit pas d'une joie béate, mais de la joie dont parle Spinoza, celle qui augmente notre capacité à être affecté et à affecter en retour, celle qui développe et amplifie nos relations avec les êtres et avec le milieu dans lequel nous vivons. C'est la ligne directrice de mon travail auprès des enfants et des personnes âgées. Avec de très jeunes enfants lourdement handicapés, le message ne peut être verbal. Il faut donc faire parler les corps, les cœurs. Nous, danseurs, essayons de transmettre notre joie aux enfants en dansant avec eux, en les portant. Nous avons transmis ce message de joie et de plaisir de peau à peau à de jeunes corps plus marqués d'ordinaire par douleur que par la force vitale.

J'ai entendu tout à l'heure le mot de "reliance". J'aimerais me l'approprier. Dans un cas, il s'agit de relier les corps souffrants des enfants à des corps qui pourraient être porteurs de plaisir. Dans l'autre, il s'agit de relier les personnes âgées à un corps qui a été jeune, qui a connu le plaisir, la joie, de vivre, qui a vécu et donné la vie mais dont le souvenir, bien souvent, a été gommé par la maladie d'Alzheimer.



## **De la salle**

Je dirige l'Ecole Nationale de Musique et de Danse de la Haute-Loire. Je suis accompagné d'une collègue, professeur de danse classique et d'une élève adulte qui apprend le chant. J'ai le sentiment que vous avez centré vos interventions en milieu hospitalier sur la danse contemporaine. J'aimerais savoir, puisque le titre de l'atelier est " La danse déplacée " et non pas " La danse contemporaine déplacée ", si la danse contemporaine est la seule danse possible pour le type de patients dont vous parlez, s'il existe des formes de danse appropriées à ces malades, à la frontière entre la danse contemporaine et la danse classique, et s'il faut inventer pour eux une nouvelle forme d'articulation chorégraphique. Si vous étiez, comme ma collègue, professeur de danse classique, que feriez-vous pour venir en aide aux patients ?

Jusqu'à présent, en musique et en danse classique, nous avons limité nos interventions en milieu hospitalier à la présentation de spectacles. Je reprendrai la question très pertinente de Nicolas Frize : comment intégrer la vie de la cité à l'hôpital ? Comme intégrer le spectacle au quotidien de la personne ? Le spectacle a-t-il sa place à l'hôpital ? Il a été ici question de professeurs, mais comment s'y prendre pour faire des élèves actuels de futurs adultes capables d'intervenir dans le milieu hospitalier ?

## **Luc PETTON**

Il faut pour cela inviter ces élèves à regarder ce qui se passe autour d'eux. Je ne sais pas si la danse à l'hôpital peut revêtir une dimension pédagogique. C'est avant tout, comme je le disais, une question de sympathie, voire d'amour.

Vous distinguez dans votre question la danse classique et la danse contemporaine. Il est vrai que la gestuelle de la danse classique est quelque peu surnaturelle et qu'elle s'éloigne des possibilités habituelles du corps. Ceci étant, la danse classique et la danse contemporaine partagent les mêmes bases, celles de gestes premiers de l'enfant qui consistent à s'agripper, à relâcher, à repousser le sol. Sachant cela, il est possible d'adapter aux patients n'importe quel pas de danse classique, si rigoureux soit-il, et de trouver à travers ce geste le chemin du naturel.

## **Marie-Paule MARBACH**

Au-delà des méthodes, c'est l'observation de l'autre et la relation à l'autre qui comptent. Dès lors, peu importe la nature du mouvement, qu'il relève de la danse contemporaine ou de la danse classique. L'essentiel est de s'adapter dans l'instant à la personne avec laquelle on travaille.

## **Fatima DOUCAN, psychiatre**

Je travaille dans un hôpital de jour de la banlieue parisienne. Je garde un souvenir extraordinaire du jour où vous êtes venus danser pour nous dans cette banlieue triste mais accueillante et où vous nous avez tous fait danser.

J'aimerais tout de même dire que rien n'est acquis. A vous entendre, on pourrait croire que n'importe quel danseur peut venir dans un hôpital et faire danser n'importe qui. Je voudrais que l'on resitue le propos dans son contexte. Depuis plus de vingt ans, des équipes réfléchissent à ces questions. Lorsque nous avons introduit dans notre hôpital des ateliers de création, nous étions quelques-uns à y croire, mais à condition que cela corresponde à une demande des patients. Nous travaillons essentiellement avec des compagnies de danse contemporaine. A mon sens, il y a dans les ateliers d'expression et de création dont nous parlons quelque chose qui relève du prétexte. Ouvrir l'hôpital sur le monde extérieur est aussi pour nous, psychiatres, un objectif fondamental. Le champ somatique commence à s'ouvrir et à s'interroger sur ses liens avec la société, mais cette démarche est beaucoup plus ancienne dans le champ de la psychiatrie. Je voudrais vraiment que l'on s'interroge sur le prétexte de ces ateliers. Sont-ils prétextes à l'ouverture des hôpitaux ou des prisons sur le monde extérieur ? Qu'y a-t-il dans le texte ? Cette dernière question nous conduit à nous interroger sur les rapports les plus intimes que nous entretenons avec ces espaces de création.

Il ne faudrait pas que demain, à l'issue de ce forum, on croie avoir ouvert un immense marché de la culture, un espace dans lequel s'engouffrer. Beaucoup d'intervenants ont parlé de recherche, de questionnements, de rencontres avec des univers qui leur étaient inconnus, d'ouverture aux autres. Ces motivations sont partagées par les soignants. Il faut que ces ateliers soient de vrais sujets de réflexion, de recherche et de partage.

## **Howard BUTEN**

J'ai une longue expérience du travail auprès d'autistes et de psychotiques profonds. Un jour, quelqu'un a eu l'idée, que j'ai alors jugée dérisoire, de faire appel à des artistes pour organiser des concerts au sein de l'institution. Je me préparais à une émeute, et j'ai été extrêmement surpris. Les enfants étaient attentifs et réactifs. Depuis, nous avons régulièrement renouvelé l'expérience. L'effet produit sur les enfants nous donne des pistes pour notre travail. Par ailleurs, depuis trois ans, une violoncelliste vient une fois par semaine jouer pour les enfants. Là aussi j'ai été surpris. Nous assistons à des choses stupéfiantes.

En tant que professionnel, je constate que danser avec les enfants dans le cadre d'ateliers, ou danser pour les enfants dans le cadre de spectacles relèvent de deux démarches très différentes.

# La danse-thérapie

Véronique VELSH-GERVAIS  
Danseuse et chorégraphe

## I. L'atelier d'expression corporelle du centre Adam Shelton

Je suis artiste chorégraphe depuis seize ans. Je travaille dans diverses compagnies en tant que danseuse et chorégraphe, mais aussi en tant que pédagogue. J'ai créé, il y a six ans, la compagnie Doppelgänger, implantée aux Ulis, dans l'Essonne. Notre action était d'ordre pédagogique, voire psychopédagogique, puisque nous intervenions dans des zones d'éducation prioritaires. Je me suis alors demandé ce que l'on attendait de nous. J'ai commencé des études en art-thérapie pour trouver des réponses aux problèmes que nous rencontrions sur le terrain. Cette formation m'a apporté un savoir théorique pour étayer ma pratique. Elle comprenait des enseignements en psychologie, psychopédagogie et psychiatrie. Il nous était par ailleurs demandé, dans le cadre de stages, de travailler dans diverses institutions.

C'est à cette occasion que j'ai découvert le centre Adam Shelton, qui est une institution médico-éducative (IME) destinée à des adolescents et jeunes adultes autistes. Mon stage consistait à co-animer un atelier d'expression corporelle dirigé par une éducatrice spécialisée, une psychomotricienne et une stagiaire éducatrice. Nous cherchions, par la danse, à faire prendre conscience aux jeunes de l'existence de l'autre. J'apportais à cet atelier la dimension poétique du corps au travers du mouvement. C'était un moyen de tisser des liens entre les manifestations corporelles spontanées des jeunes et la danse, gestuelle qui intègre le rythme, l'espace, l'objet. Il s'agissait d'interpréter le comportement des adolescents, leurs mouvements étant révélateurs de blocages ou de surinvestissements. Les fondements de la danse, et non la mise en œuvre de techniques corporelles, étaient les supports de l'atelier. A mon sens, le corps est une source de narration et le véhicule d'émotions, voire de pulsions. Il a également une dimension sociale dans son rapport au monde. La danse met avant tout en jeu le corps, articulation entre soi et le monde.

## II. La rencontre avec Ludivine

C'est dans cet atelier que j'ai rencontré Ludivine, une jeune femme de vingt ans qui développe une importante gestuelle stéréotypique au niveau des bras, des mains et de la tête. Cette gestuelle est très impressionnante d'un point de vue rythmique et sonore. En tant que danseuse et chorégraphe, j'ai été séduite par tant de virtuosité. La gestuelle de Ludivine est aérienne, à l'image de sa physionomie, puisque cette jeune femme est grande et fine. Cette légèreté s'accompagne chez Ludivine d'une attirance pour les objets fluides et les feuilles des arbres qui, par des gestes de mains compulsifs, font naître des sonorités qui viennent s'ajouter aux sonorités créées par des mouvements de frappe sur son corps. Ludivine aime s'introduire dans l'espace vital des autres, mais n'apprécie guère qu'on la touche. Elle participe à plusieurs ateliers, comme l'atelier Beauté, où elle se contente, selon les éducateurs, d'une présence passive.

C'est pendant la relaxation qu'eurent lieu entre Ludivine et nous les échanges les plus intenses. La relaxation est un moment difficile pour les jeunes. Il signifie en effet la fin de l'atelier et se traduit par un changement d'état corporel, d'ambiance sonore et lumineuse. Ludivine, qui ne s'allonge pas, comble le vide par un surinvestissement de mouvements et de sons (frappes de mains, petits cris) qui lui donnent une attitude électrique. Pour l'apaiser, nous l'enveloppons d'ordinaire dans un tissu lourd. Mais j'ai essayé un jour de la calmer par une gestuelle fluide de bras et de mains, sur un rythme lent, qui l'a calmée et a capté son attention. J'ai alors adopté face à elle une attitude de miroir, qui a engendré une communication par le regard dans un face à face ponctué de silences, comme dans un dialogue. J'ai alors eu l'intuition qu'elle me parlait. J'ai essayé de savoir s'il y avait chez Ludivine deux gestuelles distinctes : l'une stéréotypique, exprimant l'enfermement ; l'autre intentionnelle, recherchant la communication. J'ai entrepris de vérifier cette hypothèse au cours de sept séances dont l'objet était de mieux connaître la jeune femme.

## III. Le dispositif

Trois personnes m'accompagnaient dans ma démarche. La première était une psychologue, qui était présente en tant qu'observatrice, porteuse d'un savoir théorique. La seconde était un musicien, représentant le temps et le rythme. Il a été une tierce personne dans la relation qui m'unissait à Ludivine. La troisième était une audatrice, dont la fonction était de retranscrire la gestuelle de Ludivine par la méthode Labane, outil de retranscription des mouvements chorégraphiques. Cette méthode permet de déterminer si la gestuelle d'une personne est ou non un langage, et d'en connaître, le cas échéant, la structure syntaxique, en la comparant à d'autres langages gestuels.

Le premier objectif des séances était l'élaboration du schéma corporel, permettant dans un second temps de mettre en place une interaction gestuelle,

c'est-à-dire de donner du sens aux mouvements de Ludivine. Le travail corporel s'appuyait sur l'utilisation d'objets et de matériaux. Il n'est pas évident de mettre son corps en mouvement : l'objet permet de lever les blocages en accompagnant l'acte. J'ai choisi trois types d'objets, qui me semblaient correspondre à Ludivine :

des objets en volume, plus ou moins lourds ;  
des objets fluides ;  
des objets plats et légers.

#### IV. Les premiers résultats

La personnalité psychomotrice de Ludivine a fait apparaître une problématique de la conscience du poids et du volume ainsi qu'une motricité restreinte. L'objet léger est directement incorporé à sa sphère. Il n'en est pas dissocié. En revanche, l'objet volumineux est davantage mis à distance. Elle a également révélé un surinvestissement du haut du corps et un désinvestissement du bas du corps, de la taille jusqu'aux pieds. Au cours de ces sept séances, Ludivine a montré une capacité d'imitation différée. Nous pouvons dire que le poids et le volume dévient la stéréotypie et permettent à Ludivine de dissocier son corps de l'objet.

Sur le plan relationnel, la psychologue a remarqué que Ludivine était capable d'identifier le rôle de chacun.

L'utilisation de la musique nous a en outre révélé que Ludivine fonctionnait sur des temps courts et percutants. Elle était fascinée par les mains qui frappaient le tambour et manifestait une jubilation proche de l'excitation. Les temps longs produits par les instruments à cordes diminuaient la stéréotypie de ses mains et accentuaient les regards en l'air, comme si elle cherchait à suivre le voyage du son.

Enfin, l'analyse du mouvement a révélé sept modules gestuels que nous supposons non stéréotypiques. Quatre d'entre eux ont été analysés afin d'opérer des recoupements de situations relationnelles et spatiales, d'état émotionnels, de verbalisation et d'ambiance sonore. Certains motifs gestuels propres à Ludivine semblent signifier différentes choses : se dire au revoir, aller chercher, trouver, voir, etc.

L'hypothèse que je voulais vérifier était la suivante : Ludivine nous parlait-elle ? Sa gestuelle était-elle un langage ou bien le résultat physique involontaire de son état affectif ? Pour répondre à cette question, j'ai travaillé sur le schéma corporel.

## **Madeleine ABASSADE**

Il me semble que vous nous parlez ici d'un projet thérapeutique. Or un atelier de ce forum est consacré à l'art-thérapie.

## **Véronique VELSH-GERVAIS**

Je ne pense pas que dans le cas de Ludivine, mon action soit d'ordre thérapeutique. Je mène une recherche sur une gestuelle qui, apparemment, est stéréotypique mais qui, en réalité, est peut-être porteuse de sens. Néanmoins, à mes yeux, la danse en milieu hospitalier ne constitue pas un simple passe-temps. Elle est un moyen de communication.

*(Coupure de l'enregistrement)*

## Questions et débats

### **Luc PETTON**

En l'occurrence il s'agissait à la fois du maillon artistique et du maillon de la création. Personnellement, je n'ai pas rencontré d'obstacles, la Picardie étant une région pilote en la matière. C'était un véritable travail d'équipe pour lequel il nous était demandé d'apporter notre regard extérieur de créateur.

### **Brigitte CHALLANDE**

Les personnes autistes avec lesquelles nous travaillons ne possèdent pas le langage. Il ne s'agit pas de se demander ce que la danse apporte à l'autiste, mais plutôt ce que l'autiste apporte à la danse. Il en est de même pour le travail théâtral que nous menons auprès de personnes psychotiques. A partir de l'expérience de Mathilde, du film *Bruits blancs* et des activités animées avec Anne Lopez, nous sommes parvenus cette année à un travail sur ce que transmettent les patients autistes à des personnes en devenir, c'est-à-dire des stagiaires et des élèves éducateurs. Nous en sommes venus à nous interroger sur ce qu'est le silence.

J'ai beaucoup apprécié l'intervention de Nicolas Frize. Le terme " art-thérapie " a certes provoqué une réaction épidermique de ma part. Quoi qu'il en soit, il me semble que plutôt que de parler d'art-thérapie et de multiplier les outils d'observation et d'analyse, il conviendrait de poser la question différemment. Puisque le sujet de l'atelier est " La danse déplacée ", nous pouvons nous

demander comment nous détacher de certaines pratiques. A multiplier le nombre de psychologues et d'analystes, nous risquons fort de nous perdre.

### **De la salle**

Je suis le directeur de la fondation Community Dance en Angleterre. Il a beaucoup été question, au cours de cet atelier, de danse pour et avec les patients, mais pas de danse par les patients, au sens le plus large du terme. En d'autres termes, la question du patient devenant artiste n'a pas été abordée. Une nouvelle esthétique et de nouvelles compagnies de danse composées de personnes handicapées physiques et mentales sont apparues en Angleterre. Je me demande si cela existe ailleurs en Europe.

### **Luc PETTON**

Je ne suis pas en mesure de répondre à cette question, mais ce que vous évoquez constituerait effectivement un merveilleux défi. Pour ma part, je peux simplement vous dire que lorsqu'ils dansent, les enfants auprès desquels j'interviens s'engagent autant que des professionnels.

### **Howard BUTEN**

J'ai moi-même assisté à plusieurs spectacles de danse réalisés par des handicapés, sous la direction de chorégraphes et de metteurs en scène. Dans le spectacle de Véronique Velsh-Gervais, il est souvent question de Ludivine. Cette dernière n'est pas sur scène, mais les danseurs deviennent en quelque sorte Ludivine. C'est très impressionnant et très beau. Ludivine, par sa gestuelle, est donc devenue chorégraphe sans le savoir.

### **Véronique VELSH-GERVAIS**

Ludivine a effectivement une gestuelle dansée, et c'est ce qui m'a impressionnée chez elle. Je voudrais intervenir également au sujet de l'art-thérapie. Je suis avant tout artiste chorégraphique. J'ai par ailleurs entrepris des études en art et thérapie et en psychopédagogie parce qu'il me paraissait important de connaître le public avec lequel je travaillais.

## **Mathilde MONNIER**

J'ai réalisé un spectacle avec un autiste prénommé Benjamin. Une véritable collaboration a eu lieu sur scène, mais Benjamin n'était pas pour autant dans une posture d'artiste. En revanche, je crois qu'il existe en France une troupe d'acteurs sourds et muets qui s'engagent dans cette posture d'artiste. Il ne suffit pas de monter sur scène pour devenir un artiste. Il faut véritablement assumer la posture de l'artiste, que l'on soit handicapé ou non. Il ne faut pas tout confondre.

## **De la salle**

L'important pour les personnes handicapées est-il de danser ou de monter un spectacle ?

## **Madeleine ABASSADE**

Il semblerait que le désir du spectacle soit souvent du côté des artistes. Cependant, dans l'hôpital dans lequel je travaille, ce désir est véritablement partagé. Nous faisons venir les artistes, metteurs en scène ou plasticiens, pour qu'ils participent à un projet d'écriture. Si les membres du groupe acceptent de s'engager dans l'aventure, nous allons jusqu'au bout ensemble, sous réserve que cela soit présentable au public. Si le groupe s'y oppose, nous ne montons pas le spectacle. Cela ne nous empêche pas d'accompagner la recherche, puisque cela fait partie du projet " Oser et écrire et composer ". Ceci étant, nul ne s'improvise auteur, c'est pourquoi nous avons besoin des artistes qui, en outre, nous donnent l'occasion de nous ouvrir à autre chose que notre univers.

Vous posez la question du désir. Nous pourrions également poser celle de l'art : sommes-nous obligés de faire de l'art ? On peut se contenter de danser, de manière à la fois sérieuse et ludique. Faisons-nous de l'art lorsque nous dansons ?



## **Howard BUTEN**

Cette question est amenée à se poser avec de plus en plus d'acuité. L'art est entré à l'hôpital, en particulier en psychiatrie. Ces expériences sont de plus en plus répandues, de plus en plus belles. Mais nous nous devons d'être rigoureux et lucides car l'art à l'hôpital ne constitue pas une panacée. J'ai participé à des festivals en région parisienne. Certains collègues ont tendance malgré eux à médiatiser ces spectacles. La plupart du temps, les personnes qui participent au spectacle y trouvent leur compte, parce qu'il est toujours agréable d'être maquillé et applaudi. Je souhaite néanmoins que chacun s'interroge sur les raisons qui nous poussent à la faire. Si l'on n'y prend garde, on peut en effet être entraîné très loin.

## **Luc PETTON**

Cela dépend aussi du " public " – le terme est peut-être mal choisi – auprès duquel nous intervenons. Le problème qui se pose lorsqu'il s'agit d'enfants ou de personnes âgées parfois privées de leur autonomie est celui de la responsabilité. On ne peut pas faire n'importe quoi avec des enfants ou des personnes sous tutelle.

## **De la salle**

J'aimerais dire tout d'abord que si j'intervenais en tant que danseuse dans des ateliers de création artistique avec des personnes complexes, comme nous le sommes tous, je danserais avec ceux que cela intéresse, sans chercher ni à connaître la nature de leur maladie, ni à savoir s'ils sont normaux ou pas. Les artistes qui interviennent à l'école, dans les prisons ou les hôpitaux, doivent-ils vraiment tout savoir des personnes avec lesquelles ils s'engagent dans un travail de création ?

Je voudrais ensuite soulever une seconde question. Qu'est-ce que la danse-thérapie ? On ne sait plus très bien, à entendre certains artistes, s'ils sont thérapeutes ou non. Lorsqu'elle a parlé de Ludivine, Véronique s'est présentée en tant que danse-thérapeute. Puis elle s'est rétractée et a affirmé être avant tout chorégraphe. Il faut clarifier les choses. Qu'est-ce que la danse-thérapie ? S' imagine-t-on que la danse soigne ? J'affirme quant à moi que la danse ne soigne pas. Celui qui se dit danse-thérapeute prétend que la danse soigne, ou encore que le théâtre soigne, que la musique soigne. Si c'était le cas, la schizophrénie et l'autisme auraient été guéris depuis longtemps.

## **Martine MATHIEN-DUVAL**

Nous avons longuement débattu de cette question lorsque nous avons créé cet atelier. Nous avons décidé que les danseurs restaient des danseurs, les patients des patients, que les soignants participaient à l'atelier comme les patients mais sans interpréter ce qu'ils y voyaient. Par conséquent, les objectifs ont été d'emblée définis comme artistiques et culturels, bien que l'atelier soit organisé dans un lieu de soins et avec des soignants. La réalisation de ce projet a été facilitée par une subvention de la DRAC dans le cadre du projet " Culture à l'Hôpital ". Je me permets néanmoins de dire qu'il nous a été très difficile d'obtenir cette aide.

La danseuse et chorégraphe Marie-Paule Marbach anime l'atelier au centre d'activité de l'hôpital depuis 1997 et à l'hôpital de jour depuis janvier 2000. Dans les deux cas, des soignants participent à l'activité, au terme de laquelle ils se réunissent avec Marie-Paule Marbach afin de partager leurs expériences et de commenter ce qui s'est passé. Chacun demeure néanmoins à sa place.

Dans le cadre du projet " Culture à l'Hôpital ", nous avons également mis en place un partenariat avec le Théâtre Sud, à Strasbourg, qui a permis aux patients et aux soignants qui le désiraient d'assister à des spectacles de danse contemporaine. Nous avons vu deux spectacles puis rencontré les danseurs. Nous avons également assisté à la dernière création de Marie-Paule Marbach. Les patients étaient plus nombreux au dernier spectacle qu'au premier. En effet, ils avaient d'abord ressenti une certaine appréhension à l'idée de se rendre dans des lieux où ils n'ont pas l'habitude d'aller. A la fin du deuxième spectacle, l'un des patients a modifié l'intitulé de l'atelier que nous avons nommé à l'origine " Expression du corps en mouvement " pour n'effrayer personne en employant le terme de danse. Ce patient a retiré l'affiche et a écrit : "Danse contemporaine ".

Nous avons noué un second partenariat avec le Centre audiovisuel de Lorquin, dans le but créer un document audiovisuel qui nous paraissait à même d'approcher la dynamique de l'atelier. Il nous semblait en effet utopique de vouloir monter un spectacle, c'est-à-dire quelque chose qui puisse être montré à d'autres et qui ne se confine pas au huis clos de l'atelier. Si l'on montre quelque chose à autrui, cela doit se faire dans le respect des acteurs. Nous ne pouvons pas faire semblant. Pour que nous puissions parler de spectacle, il fallait que les patients soient de véritables acteurs et que tout le monde puisse les regarder. Or il ne nous semblait pas que les conditions étaient réunies pour parler de véritable spectacle. `

En revanche, nous voulions garder une trace de cet atelier pour que notre activité soit au moins connue, dans le cadre de l'hôpital de jour, des personnes qui n'y avaient pas participé directement mais avaient pu en entendre parler. Pour des questions de confidentialité, nous avons demandé aux patients s'ils donnaient leur accord pour que ce document soit diffusé. Il a fallu qu'ils

accomplissent toute une démarche pour accepter l'idée d'être vus. Les discussions ont été très intéressantes. Voici les mots qu'ont trouvés les patients et les soignants pour caractériser cette expérience : " éprouver son corps ", " un corps agréable ", " le plaisir du mouvement ", " regarder l'autre ", " partager son expérience ", " approcher l'imaginaire spécifique de l'artiste ", " être regardé par l'autre ", " se sentir valorisé ". Ce sont peut-être, banalement, les mots de toute personne qui fait l'expérience de la danse. Ces mots répondent peut-être aussi à la question suivante : pourquoi introduire la danse à l'hôpital, lieu de la souffrance ? La danse permet précisément de réinvestir le corps, un corps agréable, qui vit et qui bouge. A l'issue de l'un des spectacles auxquels nous avons assisté, une chorégraphe a suscité l'étonnement des patients en nous rappelant qu'il fallait ménager son corps.

Dans le cadre de cet atelier, la question de la maladie mentale et de la spécificité de la souffrance qu'elle provoque est restée curieusement absente, bien que sous-jacente. Cela nous a interpellés en tant que soignants. Nous parlions de cet atelier comme de n'importe quel atelier de danse. Le rôle des soignants a été d'accompagner, de sécuriser, de partager, mais non d'interpréter. La thérapie et les soins ont été dispensés ailleurs, pour ceux qui le voulaient, dans un cadre spécifique.

Cette activité a permis de voir l'autre autrement, de se laisser surprendre par ses capacités. La différence des approches théoriques entre les soignants et les danseurs a suscité des questionnements et a donné lieu à une relecture des symptômes. Ces regards croisés ont créé une dynamique. Si les réflexions des patients sur cette activité ont amené les soignants à découvrir la danse, toute référence à la maladie étant gommée, il nous semble que c'est du côté de l'artiste et des danseurs que se pose la plus grande question : comment s'adapter aux conséquences de la souffrance et de la maladie sur un corps ? N'oublions pas non plus que l'artiste doit s'habituer à l'administration hospitalière et que celle-ci doit l'accompagner dans le dédale que représente l'hôpital.

## **Marie-Paule MARBACH**

J'ai accepté, à la demande de Martine Mathien-Duval, de participer à cette activité parce que j'avais envie d'entrer en relation avec l'autre au moyen de la danse. Je ne savais pas en quoi allait exactement consister cette relation, mais je savais qu'elle serait enrichissante. Je n'ai aucune formation thérapeutique. Mon domaine est exclusivement celui de la danse. J'ai une compagnie à Strasbourg et je suis également pédagogue.

Nous travaillions dans le cadre de cet atelier avec huit patients traités pour des problèmes psychiatriques. Deux infirmières les encadraient. Nous avons abordé la danse dans sa dimension culturelle puisque les patients avaient la possibilité de la vivre à la fois en tant qu'acteurs et en tant que spectateurs. Cette double

démarche permettait un investissement complet et libre dans l'œuvre artistique. Comme tout atelier de danse contemporaine, notre atelier comprenait une séance d'échauffement et l'apprentissage d'un minimum de techniques pour développer les possibilités du corps en mouvement dans l'espace. Puis est venue la recherche de l'expression personnelle, de la communication par le geste, de la danse-contact. Cet atelier ne s'apparentait ni de près ni de loin à une thérapie. Seuls comptaient le corps dansant et le geste. Ceci étant, la manière d'aborder le geste devait tenir compte des modifications de comportement corporel dues à la maladie et à son traitement. Il s'agissait d'un travail d'observation et d'adaptation à l'autre dans l'instant présent. Cette adaptation était constamment réinventée, et c'est cela qui était enrichissant.

Il a beaucoup été question ici de la danse. Je vous parlerai pour ma part des patients, de ce qu'ils vivent pendant un cours. J'utilise le corps avant tout. La danse est pour moi le premier élan vital. Mon travail vise à restituer cet élan de vie. Il s'agit de faire revivre cet objet qu'est le corps. Nous commençons donc par la redécouverte du corps qui engendre une curiosité contagieuse. Nous-mêmes, animateurs et artistes, devenons curieux de notre corps. Puis vient le temps de la réserve, avant celui du plaisir de bouger, avec ou sans musique. Vient enfin le désir d'une expression plus libre, plus personnelle. Le contact avec l'autre est un peu plus difficile, mais j'ai constaté qu'un travail sur l'espace stimulait la rencontre avec le geste de l'autre. Lorsque cette rencontre a pu s'opérer, le patient va encore au-delà et veut rencontrer l'expression du danseur professionnel sur scène, hors des murs de l'hôpital. Ceci aussi est important.

Le patient dans son travail d'expression libre bouge selon ses propres codes. J'ai été entraînée sur un terrain qui m'était étranger. La rencontre entre le chorégraphe et le patient finit par s'opérer. Je ne peux pas mettre de mots sur cette expérience. L'essentiel est dans un sourire, un élan. On peut parler aussi de moments d'expression vraie, d'une expérience très forte qui me renvoie, en tant que danseuse, à la question de l'authenticité du geste. Nous travaillons beaucoup sur le geste, mais il suffit parfois d'un moment d'une grande simplicité, dans un univers qui n'est pas le nôtre, pour trouver le geste authentique et vrai. Cela aussi est passionnant.

Il y a ainsi un partage essentiel entre l'artiste, le patient et les infirmiers. Au début, je ne voulais rien savoir du patient. Je désirais d'abord l'appréhender dans son corps, dans son être. Ce n'est qu'ensuite que se rencontraient les regards croisés de l'infirmière, du psychologue et du danseur.

J'aimerais également parler de la prise de risque. L'hôpital, et singulièrement l'hôpital psychiatrique, est un milieu très protégé. La danse quant à elle ouvre sur l'imaginaire, montre à l'individu jusqu'où il peut aller. Cette question de la prise de risque se pose à moi depuis que j'ai commencé ce travail, il y a un an. Je crois que les infirmiers, qui s'investissent considérablement dans cet atelier, assurent la transition entre le monde clos du milieu hospitalier et l'ouverture au

monde et à soi que constitue la danse. Ils tracent le chemin, fait d'allers-retours, entre la culture et l'hôpital.

J'ai dit au début de mon intervention que j'avais eu envie d'avoir un autre regard sur le mouvement dansé. Je voudrais répéter que cette expérience ne peut être théorisée. Je n'ai pas d'anecdotes à rapporter. Il me reste avant tout de cet atelier des images fortes : un saut effectué avec un sourire extraordinaire, un élan dans l'espace. Notre objectif est à présent la réalisation d'une vidéo, et peut-être d'un spectacle, mais l'essentiel est dans la rencontre de l'artiste et du patient.

## **De la salle**

Je m'étonne de la violence avec laquelle une intervenante a interpellé Véronique Velsh-Gervais à propos de l'art-thérapie. Je suis comédienne et auteur. J'ai moi aussi entrepris des études de psychanalyse. Je ne crois pas que la danse ou le théâtre puisse soigner, mais je pense que ce sont des mesures d'accompagnement qui favorisent l'écoute et le dialogue. J'interviens dans les hôpitaux pour y apporter l'écoute, le dialogue, et l'art. On ne peut m'empêcher, au prétexte que je suis artiste, d'avoir un regard sur la maladie, d'essayer d'en savoir plus.

## **Véronique VELSH-GERVAIS**

Entamer une formation de danse-thérapeute, c'est s'interroger sur la thérapie, pour être en mesure de dialoguer avec les médecins.

## **Chantal SERGENT, danseuse et responsable de l'association Danse Harmonie**

Je travaille depuis douze ans au sein de services gériatriques, psychiatriques et auprès des enfants handicapés. Dans ce cadre, je recherche avant tout le bienfait du travail du corps, pour les patients comme pour les soignants. L'objectif des ateliers de danse n'est pas de soigner, mais avant tout d'écouter. Mon rôle est de guider, mais je suis parfois guidée par l'autre et enrichie à son contact.

J'aimerais aussi parler de la dimension collective, dont il a été question ici. Il est important au cours des ateliers de ménager un temps collectif, commun à de multiples cultures, où chacun devient le centre du monde. La danse est avant tout une fête et l'expression de la vie. La recherche et la création n'interviennent qu'ensuite. Personnellement, je n'ai pas encore eu la chance de les mener jusqu'au bout.

J'ajouterai que la voix fait également partie du corps. A cet égard, je trouve

passionnantes les expériences menées dans certains spectacles de danse où la chorégraphie intègre la voix. Les musiciens et les chanteurs diront qu'il ne faut pas tout confondre, mais nous intégrons le travail vocal parce qu'il ouvre un chemin vers le corps et la danse. Nous sommes tous des êtres humains, parfois très différents les uns des autres, mais des êtres humains avant tout.

### **Bruno BOUSSAGOL**

Je participerai demain matin à un atelier intitulé " Art et thérapie ". Ce sera l'occasion de répondre à la question posée.

### **Sylvie PRIEUR, Centre Carpeaux, Paris**

La question à se poser à propos de l'art-thérapie est celle de la place qu'occupe le danseur. Soit je dis simplement aux patients que nous allons faire de la danse ensemble, soit j'ajoute que le tout sera analysé par la suite dans le cadre de la thérapie, auquel cas les données de départ se trouvent modifiées. Fait-on entrer l'art à l'hôpital en tant qu'outil ou pour mener à bien un projet culturel ? Voilà la question qu'il convient de se poser avant tout. Ludivine était-elle consciente d'être une source d'inspiration ? A-t-elle pu collaborer d'une manière ou d'une autre ? Il me semble qu'il n'est là plus question de danse.

### **Véronique VELSH-GERVAIS**

En tant que danseuse et chorégraphe, je pense que le corps est narratif, porteur d'émotion. C'est pourquoi la rencontre avec une autiste, qui n'a pas accès à la parole et n'a que son corps pour montrer qu'elle est au monde, a été si importante pour moi. Cette personne m'a choisie. Je n'ai peut-être pas été suffisamment claire sur ce point dans mon exposé. Elle a accepté d'entrer en communication avec moi qui, face à elle, avais adopté une gestuelle dansée dans le cadre de l'atelier d'expression corporelle. Dès ce moment, nous avons expliqué à Ludivine, car nous parlons aux autistes même si eux ne parlent pas, que sa gestuelle était porteuse de sens, et que nous allions essayer de comprendre ce qu'elle voulait exprimer par ce moyen. Ludivine se rend à cet atelier pour danser. Et nous dansons, ou du moins nous travaillons avec le corps.

### **Sylvie PRIEUR**

Il est important pour le patient que l'on ait déterminé si l'art doit être considéré comme un outil ou comme un projet. Il faut savoir quelle position l'on adopte. Observer et analyser une personne, c'est-à-dire appréhender l'art en tant qu'outil, revient à la prendre comme objet d'étude. Il faut être vigilant sur ce point, même si les intentions de départ sont bonnes.

## **Véronique VELSH-GERVAIS**

Je pense qu'Howard Buten sera d'accord avec moi pour dire que nul ne peut forcer un autiste à faire ce qu'il n'a pas envie de faire.

## **Howard BUTEN**

A mon sens, la thérapie aide le patient à se sentir mieux, et ses effets se prolongent bien au-delà du travail thérapeutique proprement dit. Le cinéma est source de bien-être, mais d'un bien-être qui ne se prolonge pas longtemps au-delà de la séance de projection, contrairement aux effets de la thérapie.

## **De la salle**

Je suis étudiante en psychologie. En tant que stagiaire, je participe à Montpellier aux ateliers de danse d'Anne Lopez, qui intervient auprès d'enfants autistes. Lorsque nous dansons, seule la danse compte. Ce n'est qu'ensuite que l'on peut réfléchir sur ce qui a eu lieu. Je pense que l'on peut être à la fois danseur et thérapeute, mais en étant conscient qu'il s'agit de deux temps différents qu'il ne faut pas mêler.

Je me demande par ailleurs s'il n'est pas dangereux de chercher du sens partout. Les termes de " gestes intentionnels " me semblent ambigus. Qu'est-ce qu'un geste intentionnel ? Mathilde Monnier parlait ce matin de " geste pour rien ". Ne peut-on pas concevoir de gestes et de mouvements " pour rien ", dont le but unique serait de se sentir exister ?

## **Madeleine ABASSADE**

Pour ma part, j'ai parlé de " geste conscient de la danse ", pas de geste intentionnel. Le geste est toujours conscient chez le danseur.

## **Brigitte CHALLANDE**

Il m'arrive souvent, au sein des ateliers, de travailler le mouvement, un mouvement qui sans faire quoi que ce soit, ni agir, affirme tout de même une présence. En ce sens, ce n'est pas un geste " pour rien ".

## **Madeleine ABASSADE**

Je vous rappelle que deux spectacles, l'un de danse, l'autre de théâtre, seront présentés ce soir.

## Atelier n°2 : L'œuvre d'art et l'hôpital

*Ont participé à cet atelier :*

*Sylvie GIRARDET, fondatrice et directrice du Musée en herbe à Paris*

*Sabrina KAMSTRA, coordinatrice artistique de l'Académie Medical Center*

*Armand MORAZZANI, directeur de l'hôpital Henri Guérin de Pierrefeu-du-Var*

*L'atelier était animé par Ghislaine KENYON, responsable de l'action en milieu scolaire et de " Take Art " à la National Gallery de Londres.*

### L'action " Take Art "

Ghislaine KENYON

**Responsable de l'action en milieu scolaire et de " Take Art " à la National Gallery de Londres.**

Le projet " *Take Art* " ou " prenez l'art ", dont je suis chargé à la Galerie Nationale, ne fait intervenir ni les artistes, ni les œuvres originales. Notre double action rejoint le thème de ces rencontres. Il est nécessaire, en premier lieu, pour les grandes institutions d'art qui disposent de fonds, d'être présentes dans les hôpitaux et dans le milieu médical. Il s'agit d'un droit des patients, qui sont souvent des contribuables et ont donc participé à l'achat des œuvres d'art. Il faut, en second lieu, que l'expérience d'une institution pénètre dans un nouvel environnement comme l'hôpital. Il s'agit de voir comment nous changeons de perception, comment nous, animateurs de ces collections, nous devenons des médiateurs. Cette expérience modifie en effet notre façon d'aborder notre travail. Elle a trait à la nature de l'art et à l'interaction de notre médiation, car une interaction se produit les patients, les familles des patients, les professionnels de la santé, les tableaux et nous.



## I. Le programme éducatif de la *National Gallery*

L'institution cachée derrière la façade de la *National Gallery*, qui est un bâtiment redoutable et repoussant, a une nature qui fait d'elle un partenaire rêvé pour l'hôpital. C'est avant tout un endroit pour tous, fondé en 1824 sur l'achat, par le Gouvernement, d'une collection privée de grandes œuvres destinée au plaisir et à l'édification de la Nation. Le but était que l'entrée à la *Gallery* soit gratuite pour les visiteurs, qui ont déjà contribué à son financement à travers l'impôt. De nombreux débats ont eu lieu au XIX<sup>ème</sup> siècle, au sujet du choix du site. La plupart des gens voulait choisir un quartier chic du West End de Londres. En définitive, le Parlement a décidé de placer la *Gallery* dans les quartiers défavorisés de l'Est de Londres, de sorte que les gens moins fortunés puissent voir leurs tableaux. Plus de 150 ans plus tard, le caractère du lieu a été préservé et l'accès intellectuel aux tableaux s'est développé. La *Gallery* a mis en place un vaste programme d'éducation dont l'accès est libre. Chaque jour, 25 écoles viennent gratuitement assister à des cours donnés par des enseignants travaillant exclusivement pour la *Gallery*. Notre collection est constituée de tableaux réalisés entre 1250 et 1900. Les enfants apprennent à connaître le nom des peintres, à découvrir ce que l'artiste voulait exprimer à travers la composition, les gestes et l'expression. Les enfants lient ce qu'ils voient sur le tableau à leur propre expérience visuelle et émotionnelle du monde.

## II. Un programme étendu aux hôpitaux

Ce que nous proposons aux écoles doit naturellement être étendu aux enfants hospitalisés qui ne peuvent pas visiter la *Gallery*. Une équipe de sept enseignants, sur notre effectif total de quarante enseignants, a été constituée et nous avons suivi une formation avec les professionnels des hôpitaux de Chelsea et de Westminster. Nous travaillons maintenant avec quatorze hôpitaux dans la région du grand Londres. Un enseignant est affecté à chaque hôpital. Nous travaillons en étroite collaboration avec les professionnels de la santé. Nos activités permettent de créer des liens. Nous fournissons à l'hôpital des matériaux, pour répondre aux besoins des enfants, que les enseignants et professionnels de la santé utilisent de la manière qu'ils souhaitent. Nous apportons des reproductions portables des œuvres, qui peuvent être désinfectées si l'état de santé des malades l'exige. Nos reproductions semblent parfois éloignées des originaux, mais on peut les toucher, ce qui n'est pas le cas dans les musées. Nous essayons également de répondre aux questions des enfants.

### III. Le succès du programme

Nous connaissons un grand succès dans les hôpitaux. Les enfants et les adolescents semblent préférer les œuvres figuratives et narratives. Ils peuvent ainsi s'identifier à ce type de tableaux et en devenir eux-mêmes partie. Les malades reconnaissent les compétences techniques des artistes. Le point de départ de notre démarche est donc de leur présenter des cartes représentant des œuvres. Nous utilisons souvent le tableau *Tobias et l'Ange* avec des groupes d'enfants, car son histoire est passionnante. On peut raconter les aventures de Tobias, qui voyage avec un ange avant de rentrer chez ses parents. Les enfants voient souvent des choses tout à fait différentes dans ce tableau. Une petite fille malade a très bien réagi à ce tableau et a demandé à le garder. Deux mois plus tard, elle allait beaucoup mieux et a remercié l'enseignant de lui avoir donné le tableau. Nous avons montré un tableau dans la chambre de plusieurs adolescents atteints de cancers.

Une des jeunes filles est décédée, et les autres occupants de la chambre ont décidé de réaliser ensemble un ouvrage à sa mémoire, ayant trait au tableau qu'ils avaient vu. Un autre tableau représente une jeune fille qui semble très malade. Après avoir consulté les médecins et le personnel soignant, nous l'avons introduit dans la chambre d'une jeune fille atteinte de leucémie. Ses parents ne voulaient pas reconnaître qu'elle était malade et refusaient de lui parler de sa maladie. A la vision de ce tableau, elle a commencé à parler de la mort de la jeune fille peinte et a imaginé son histoire. Elle a gardé le tableau jusqu'à sa mort, car il l'aidait à accepter sa maladie.

# Jumelage entre l'hôpital pour enfants Trousseau et le Musée en herbe à Paris

Sylvie GIRARDET  
Fondatrice et directrice du Musée en herbe à Paris

Le Musée en herbe est né en 1975, à l'époque où l'art est sorti des musées et a été ouvert au plus grand nombre. Nous y présentons des expositions pour les enfants de trois à douze ans. Nous recevons beaucoup d'écoles maternelles, d'écoles primaires, ainsi que des familles le week-end. Le Musée est en effet situé dans un grand parc de loisirs qui comprend des manèges, un théâtre et le Musée des arts et traditions populaires. Il s'agit donc d'un contexte alliant le loisir à la culture. Nos expositions circulent en France.

Nous souhaitons depuis longtemps intervenir dans les hôpitaux, mais nous attendions le bon moment et une demande de leur part pour le faire. Cette demande a été formulée par hasard il y a cinq ans, par le service de gastro-entérologie de l'hôpital Trousseau. Nous avons été contactés pour refaire la consultation de ce service. Nous avons élaboré un projet en collaboration avec le service médical, les instituteurs et les éducateurs. Notre idée est d'apporter à l'hôpital Trousseau des installations pérennes, qui leur appartiennent ensuite et qu'ils puissent faire vivre avec les enfants.

## I. La maison de Monet

La première opération que nous avons réalisée est la maison de Monet. Les enfants peuvent y entrer et l'intérieur est une réplique en trompe-l'œil de la maison de l'artiste à Giverny. Monet les attend à l'extérieur et ils peuvent colorier des reproductions du peintre sur des petits chevalets. Nous tenons beaucoup à présenter aux enfants des décors ou expositions élaborés et raffinés, car les musées n'acceptent généralement de leur prêter que des objets en mauvais état. Nous faisons donc très attention à l'environnement de présentation.

Les parents peuvent également entrer dans la maison de Monet. Le fait qu'ils soient dans leur petit monde permet aux enfants d'oublier qu'ils sont en train d'attendre. Les infirmières se sont rapidement approprié le nouveau mobilier d'accueil que nous avons conçu. De plus, des visites ont été organisées à Giverny et au Musée d'Orsay, tant pour les enfants que pour le personnel hospitalier. Nous travaillons donc pour toute l'équipe de l'hôpital puisque le personnel soignant et les éducateurs participent au projet. Nous ne nous occupons maintenant plus de cette maison, qui vit avec le personnel de l'hôpital. Au-dessus du banc d'attente destiné aux parents, nous avons installé des jeux qui consistent à retrouver des détails dans les tableaux de Monet. Ses œuvres

ornent en effet les murs de la maison, et nous avons imaginé différents jeux pour que les enfants s'amuse. L'hôpital dispose de jeux de rechange, pour que les enfants qui viennent régulièrement à la consultation trouvent des jeux nouveaux.

## II. Les artothèques

Conjointement à l'aménagement de la consultation, nous avons installé une artothèque dans les chambres des enfants, car les enfants restent généralement très longtemps dans le service de gastro-entérologie. Nous avons installé un grand cadre imaginé par Norbert Journeau dans chaque chambre. Quand les enfants arrivent à l'hôpital, un catalogue de reproductions leur est présenté et ils choisissent celle qu'ils veulent avoir dans leur chambre. Cette démarche permet donc de personnaliser l'aménagement de la chambre. Une banque d'images est à leur disposition, afin qu'ils puissent changer l'image quand ils le souhaitent. Ces cadres constituent également un support de travail pour les instituteurs et les éducateurs.

Nous avons au départ en vue le bien-être et la demande de l'enfant. Un mois après l'installation de ces artothèques, nous avons été sollicités pour en installer dans les chambres des bébés, car le personnel du service et les parents s'étaient pris au jeu. Ce sont les parents, les infirmières ou les médecins qui choisissent les images. Ces installations ont favorisé les échanges dans certains cas. Le phénomène qui s'est développé autour de ces artothèques a largement dépassé nos buts initiaux. Nous sommes ravis car nous souhaitons que nos installations vivent au sein de l'hôpital en fonction des besoins et des demandes de tous.

Des professeurs d'art plastique vont régulièrement à l'hôpital, comme dans les écoles, et relaient ce travail autour de l'art en organisant des ateliers. Ces artothèques nous ont été demandées par plusieurs services, notamment le service de neuro-pédiatrie qui a été refait l'année dernière. Nous avons à nouveau travaillé ensemble sur l'enfance. Avant le choix définitif des tableaux, un animateur du Musée en herbe est venu consulter les enfants sur ce sujet. Nous avons installé des chevalets, des jeux de palettes et de couleurs dans la salle de jeux. Tous ces tableaux sont dans le couloir et dans les consultations, car peu d'enfants sont hospitalisés dans ce service. L'éducatrice a vraiment pris en main l'artothèque et l'utilise beaucoup pour travailler. Nous préparons également un tableau des cinq sens pour ce même service : il s'agit d'un tableau que les enfants pourront appréhender à travers leurs cinq sens.

Le service prend nos installations en charge. Nous allons régulièrement les voir et ils viennent au Musée deux à trois fois par an, pour assister à des séances de formation. Nous suivons ainsi le projet sans être toujours présents à l'hôpital. Le fond des cadres est blanc et les enfants peuvent également y coller leurs cartes postales et dessins.

### III. L'exposition annuelle

A la suite de notre travail initial avec le service de gastro-entérologie, des jalousies et des tiraillements se sont développés dans l'ensemble de l'hôpital. La directrice de l'école a souhaité que tous les enfants puissent travailler sur les mêmes thèmes. Nous organisons donc chaque année une exposition jeu à l'hôpital. Ces expositions sont également présentées au Musée en herbe et circulent en France. Elles portent sur Picasso, Monet, Chagall, Léonard de Vinci et bientôt Magritte. Nous présentons cette exposition pendant quinze jours dans un hall du service de chirurgie. L'hôpital invite également les classes du quartier, et les enfants participent donc ensemble à la même découverte. Des ateliers s'organisent autour de cette exposition. Les classes de l'école de l'hôpital travaillent ensuite sur le peintre et organisent une exposition en fin d'année. Notre exposition est un véritable événement chaque année. Elle portera sur Magritte au mois de mars. Elle se présente sous la forme de grandes boîtes à couleurs qui comprennent la reproduction du tableau, un puzzle, un jeu de détail ou un déguisement.

Nous parvenons à intéresser des enfants de trois à seize ans avec ces peintres. Nos présentations sont assez universelles et modérément orientées vers les jeunes publics, si bien que nous pourrions également toucher des adultes. L'exposition sur Picasso est restée dans le couloir de gastro-entérologie pendant trois mois. Elle avait été conçue pour être solide et nettoyée régulièrement. Elle a ensuite été disséminée entre les différents services, pour répondre à la demande de l'ensemble de l'hôpital.

### IV. La pomme de Magritte

Le service de neuro-physiologie a également réorganisé sa consultation et formulé une demande spécifique. Les enfants doivent attendre avant d'être endormis pour subir des examens du cerveau. Le professeur nous avait demandé de réfléchir à un endroit calme pour faire patienter les enfants et occuper les parents le temps des examens. Le choix du peintre a été effectué en collaboration avec le personnel hospitalier. Nous avons pensé à Chagall, mais le choix définitif a porté sur Magritte. Nous avons créé un espace contes dans la pomme et des tableaux sont accrochés à l'intérieur. Nous avons inventé des histoires que les enfants peuvent écouter calmement autour de ces tableaux. Le plafond de l'espace réservé aux bébés est orné de nuages, étant donné qu'ils sont allongés. Nous avons également reproduit les rideaux du tableau de Magritte sur les vitres. Ce nouvel espace est ouvert depuis une semaine. Le service et les quelques parents que nous avons vus sont contents, mais nous ne pouvons pas encore véritablement évaluer notre travail. Des fiches jeux sont à la disposition des enfants dans la pomme. Ces installations créent une véritable cohésion familiale à travers le jeu.

Nous sommes très heureux de répondre à une demande de l'hôpital. Nous essayons de lui offrir un équipement artistique pérenne. Notre rôle consiste à effectuer un suivi, mais l'hôpital doit se servir de ces équipements sans nous.

## La collection d'art contemporain de l'artothèque de l'hôpital d'Amsterdam

Sabrina KAMSTRA  
Coordinatrice artistique de l'Académie Medical Center

Aux Pays-Bas, une collection de 3 000 œuvres d'art contemporain a été mise à notre disposition. De très nombreuses organisations, dont les hôpitaux ont ainsi pu s'approvisionner.

### I. La présentation de la collection

L'hôpital est devenu un véritable musée, et 90 % des œuvres d'art que nous possédons sont exposées. Elles sont réparties dans les couloirs du bâtiment, sur quinze itinéraires différents, traduisant des étapes distinctes de l'évolution de l'art. Nous avons également une importante collection de photographies et nous continuons à accumuler les photographies contemporaines pour les intégrer à la collection.

Lorsque j'ai commencé à travailler au centre médical, j'avais l'expérience d'un musée et j'ignorais comment présenter ces œuvres d'art à des patients. Je m'interrogeais sur les œuvres à retenir et sur celles à proscrire. Au cours des deux années passées ici, j'ai découvert que je dispose de plus de place et de liberté pour exposer les œuvres d'art que dans n'importe quel musée ou galerie. Je n'ai jamais entendu autant de réactions de la part des personnes qui regardent ces tableaux. Les patients et le personnel médical restent longtemps sur place et demandent davantage d'informations sur les œuvres d'art. Nous n'avons pas de bibliothèque, mais nous disposons d'articles sur l'ensemble des artistes. Nous publions deux revues dont les articles parlent de nos nouvelles acquisitions tous les quinze jours.

Nous avons pris des mesures de sécurité afin que les œuvres ne soient pas emportées. Nous les fixons très fermement aux murs. Nous ne mettons pas de plaques nominatives pour ne pas dévoiler le nom des artistes célèbres et ainsi éviter les vols.

On peut donc suivre les quinze itinéraires à travers le bâtiment et des dépliants gratuits indiquent où se trouvent les différentes œuvres. Nous avons pris des dispositions particulières pour les enfants. Les patients sont souvent très vulnérables et peuvent difficilement se déplacer. Nous n'imposons pas d'œuvres

dans les chambres, mais en avons disposé dans les couloirs qui mènent aux salles des enfants. Nous disposons de deux espaces d'exposition dont nous changeons les œuvres toutes les six semaines. Nous achetons toujours une des œuvres exposées pour la collection de l'hôpital et les visiteurs peuvent également s'en porter acquéreurs. Un autre espace est destiné aux expositions d'arts appliqués. Nous avons là huit vitrines que nous changeons également toutes les six semaines.

Les personnes qui travaillent au centre peuvent choisir l'œuvre qu'elles souhaitent accrocher dans leur bureau ou dans leur espace de travail. Elles peuvent donc s'adresser à nous pour emprunter gracieusement une œuvre d'art. D'après mon expérience, beaucoup d'employés de l'hôpital s'intéressent à l'art grâce à cette possibilité d'emprunt. En cas de problème, nous sommes immédiatement informés par les employés qui peuvent constater d'éventuelles dégradations.

## II. L'enrichissement de la collection

Nous tenons cette collection à jour en achetant d'autres œuvres. Notre budget n'est pas très large, mais nous trouvons le moyen de financer nos achats. La question de la provenance de l'argent s'est posée ce matin : s'agit-il d'argent privé ou d'argent public ? L'Etat néerlandais est assez généreux. Il existe toutes sortes de sources de subventions ou de dotations. Les projets sont examinés et, s'ils sont acceptés, les financements sont débloqués. Les artistes peuvent obtenir des aides financières pour réaliser les œuvres destinées aux bâtiments publics et surtout aux hôpitaux.

Nous avons obtenu plusieurs œuvres l'an dernier, comme des photographies prises à soixante mètres d'altitude dans les alentours d'Amsterdam. Ces photos mesurent 90 x 90 cm. Nous cherchons aussi à commander des ouvrages auprès des artistes. Le vestibule de la polyclinique, où 5 000 à 6 000 personnes passent pour se rendre dans les différents départements, sera transformé le mois prochain grâce à un jeune artiste qui a réalisé neuf grandes photographies d'1 m x 5,5 m. Ces photos seront toutes exposées dans le vestibule, et elles seront visibles depuis les différents étages. Elles ont été réalisées grâce à une subvention accordée par la ville d'Amsterdam. Nous demandons également à des artistes de concevoir des œuvres sur le thème du corps humain. Nous les publions en édition limitée, les vendons et en achetons d'autres avec les bénéfices.

# Des expositions d'art contemporain ouvertes au grand public à la Galerie Savio de l'hôpital Henri Guérin

Armand MORAZZANI  
Directeur de l'hôpital Henri Guérin de Pierrefeu-du-Var

Je souhaite commencer mon exposé par cette phrase de Paul Klee : " L'art ne rend pas le visible, mais il rend visible. "

## I. Les objectifs initiaux

C'est parce qu'il fallait pour notre établissement se rendre visible que tout a commencé en 1987. Notre premier objectif était de rendre visible l'histoire de l'établissement, à travers la commémoration de ses cent ans d'existence. Une série d'initiatives s'est donc engagée. Le deuxième objectif de l'établissement était de s'inscrire dans un projet institutionnel d'ouverture des hôpitaux psychiatriques, qui les a rapidement entraînés dans un mouvement irrésistible et bénéfique.

Sept ou huit ateliers artistiques ont donc été créés : art plastique, théâtre, photo etc. Une association composée d'agents, d'admirateurs de l'établissement et de quelques patients a également vu le jour. Une fois la commémoration terminée, nous nous sommes interrogés sur ce qu'il convenait de faire. La poursuite de ce double objectif avait engendré un mouvement de coparticipation. L'établissement s'était animé et les malades avaient participé en tant que témoins et acteurs à la préparation des ateliers qui leur étaient destinés.

## II. La poursuite de la démarche

Un certain nombre d'équipes, principalement composées de patients sont venues me trouver afin de me demander de continuer à aller de l'avant. Ils souhaitaient que ces ateliers, qui avaient si bien fonctionné pendant un an, soient relancés. Cette sollicitation était à la fois émouvante, pathétique et irrésistible.

Nous avons donc mis en œuvre une politique et avons rapidement dégagé un certain nombre de moyens humains et matériels. Huit animateurs d'ateliers d'art, dont la spécificité est d'être d'abord des artistes, ont été recrutés. Nous les avons intégrés au personnel de l'hôpital grâce à l'instauration d'un statut particulier. Leurs domaines de compétences sont très différents. Le fleuron des moyens matériels mis en œuvre a été l'ouverture d'une galerie de 400 m<sup>2</sup>. Nous avons repéré des locaux en sous-sol, et les avons transformés en une galerie



d'art, qui est aujourd'hui relativement fréquentée. Les œuvres de nos patients y sont exposées avec un soin tout particulier, selon les conseils d'architectes d'intérieur de peintres.

Notre démarche s'est accompagnée de projets spécifiques. Notre politique était d'ouvrir l'hôpital sur l'extérieur, en faisant participer l'ensemble de l'établissement à sa mutation profonde. Nous nous sommes inspiré des paroles d'Henrié sur la maladie mentale, qu'il considérait comme une pathologie de la liberté. Un grand mouvement de liberté nous a poussés à ouvrir cette galerie et à y exposer les œuvres de nos patients.

### III. Les résultats

Nous avons réalisé des dizaines d'expositions dans la galerie. Son inauguration officielle en 1992 a correspondu avec une conférence organisée à Pierrefeu sur le thème de l'art à l'hôpital. Notre galerie a été considérée comme un site pilote.

Nous sommes sur le point de négocier un jumelage de certaines de nos activités avec l'Ecole des Beaux-Arts de Toulon. Un autre jumelage devrait également aboutir, dans le cadre des actions proposées, défendues et soutenues par les Ministères de la Culture et de la Santé.

### Carla Van Der WERF

Je vais compléter les paroles de Monsieur Morazzani. L'atelier d'art est un espace non médicalisé, un lieu relativement autonome au sein de l'institution, qui permet au patient familier avec son fonctionnement de s'exprimer en toute indépendance. Les plus néophytes peuvent s'y approprier l'espace, les matériaux, élaborer et concrétiser leurs idées et leurs univers. L'atelier d'art est situé dans des anciens dortoirs, au fin fond de l'hôpital.

Outre le grand atelier du centre hospitalier, nous avons créé des petits ateliers dans des hôpitaux de jour. Des adultes y travaillent sur un projet commun et ont réalisé une sculpture de Bouddha d'1 m 80. Nous intervenons également dans un hôpital de jour pour personnes âgées. Il nous arrive de travailler à l'extérieur quand il fait beau, sur un thème, avec des documents, des livres d'art ou d'après la nature. Chacun est intéressé par le travail de l'autre. Une personne âgée hospitalisée en attendant une place dans une maison de retraite avait étudié à l'école des Beaux-Arts de Bruxelles. Elle nous a laissé une série de dessins des personnes qui partageaient son pavillon. L'atelier de sérigraphie travaille à partir des œuvres originales des patients. Il traite aussi de l'écriture et édite des livres d'art.

Notre galerie a été distinguée comme site pilote par le Comité européen de coordination du projet " l'art à l'hôpital ", placé sous l'égide de l'UNESCO et

s'inscrivant dans la cadre de la décennie mondiale du développement culturel. La galerie reçoit six expositions par an. Elle présente la production artistique issue des différents ateliers sous forme d'expositions personnelles, d'expositions collectives autour d'un thème, et d'expositions rencontres avec des artistes. Le développement des échanges avec l'extérieur a rendu possible la présentation des artistes de l'atelier d'art dans des musées, des galeries, des centres culturels en France, aux Pays-Bas, en Belgique, en Allemagne, en Pologne, en Roumanie et aux Etats-Unis. La promotion des artistes participant à l'atelier d'art et de leur production, la programmation du calendrier, et la négociation de ces projets sont assurées par l'association " le centenaire et après ", qui se compose de personnels de l'hôpital, de patients et de membres extérieurs.

## Questions et débats

### **Ghislaine KENYON**

Je voudrais maintenant donner la parole à ceux qui veulent poser des questions ou formuler des commentaires.

### **De la salle**

Je suis directrice des arts à l'hôpital de Chelsea et de Westminster à Londres. Je suis très contente d'être ici.

Beaucoup de choses ont été réinventées à l'hôpital de Monsieur Morazzani. J'ai eu le plaisir de le rencontrer deux fois. Cette conférence n'est pas la première conférence internationale en France, et encore moins la première conférence internationale d'Europe. Comme l'a dit Armand, l'UNESCO a parrainé la décennie mondiale de la culture, et dix conférences internationales ont été organisées dans différents pays d'Europe. Entre 1988 et 1997, toutes les conférences ont porté sur le qui nous rassemble ici. Ce que nous entendons aujourd'hui est intéressant, mais nous sommes tous préoccupés par l'impossibilité de discuter et de poser des questions sur les sujets présentés. Le professeur Sicard nous a présenté un exposé passionnant ce matin, mais nous n'avons pas eu le temps d'en parler, pas plus que cet après-midi.

La méthode utilisée à Pierrefeu est la thérapie de l'art. Nous sommes impliqués dans la thérapie. Les œuvres d'art qui servent à aider le patient à aller mieux sont différentes de celles qui servent à aider d'autres personnes que les patients à aller mieux. Certaines œuvres d'art de Pierrefeu ne pourraient pas être montrées dans un hôpital tel que le centre académique médical d'Amsterdam ou l'hôpital de Chelsea et de Westminster à Londres.

Nous devons échanger sur beaucoup de sujets, au-delà du simple fait d'exposer nos actions. Nous en sommes tous convaincus. Nous avons besoin de réunir des

fonds pour financer nos activités. En Angleterre, le 1 % des Pays-Bas n'existe pas et nous devons récolter chaque centime. Nous devons donc justifier notre choix d'investir dans des œuvres d'art à l'hôpital, au lieu d'acheter un scanner.

A l'hôpital de Chelsea et de Westminster, nous avons lancé la toute première évaluation clinique et scientifique de l'utilité des arts visuels dans les soins de santé. Nous procédons à des analyses biologiques et physiologiques de réaction à l'absence ou présence de formes artistiques. Cette étude importante est financée par le *King's Fund*. Je présenterai un rapport à la société américaine de *healthcare* à Seattle en avril. Un article paraîtra certainement dans une revue médicale britannique. Je serai très heureuse d'en parler avec ceux qui le souhaitent, puisque notre proposition est publiée sur notre site Internet prônant l'art dans les soins de santé en Grande-Bretagne.

### **De la salle**

Nous voudrions tous égaler les réussites de Pierrefeu et d'Amsterdam. C'est le premier colloque européen et le deuxième pourrait reprendre ce thème de la muséologie pédagogique. J'envie ceux qui sont parvenus au stade de la création d'œuvres d'art. Dans certains pays, des œuvres d'art de valeur inestimable ne sont même pas inventoriées. En tant que Président de la Société Française d'Histoire des Hôpitaux, je pense que nous devrions mener une réflexion sur la façon dont nous pourrions conserver ce que nos aînés nous ont légué. Il faudrait également nous expliquer comment présenter au public ce qu'il souhaite voir. Les journées du patrimoine ont montré que nos concitoyens sont sensibles aux valeurs dont nous avons hérité. Comment en arriver au niveau de la Hollande qui a obtenu une dotation conséquente pour l'art ?

Nous devons donc formuler une série de vœux : conserver notre patrimoine, l'identifier, le présenter au public et le développer par le financement ou la création d'œuvres modernes. L'Europe doit se fonder sur une homogénéité des politiques menées dans les différents pays.

### **De la salle**

Je viens de Grèce et suis architecte spécialisée dans la conception des hôpitaux. Je pense effectivement que nous devrions discuter plus. J'aurais souhaité intervenir dans cette manifestation, mais j'ai fait ma demande trop tard. Nous sommes venus pour essayer de mettre en place un forum. Nous devons être davantage spontanés et avoir le temps de réagir.

**Ghislaine KENYON**

Je vous ai parfaitement comprise et en référerai à qui de droit dans l'organisation de cette manifestation. Je lève la séance maintenant et vous remercie d'y avoir participé.

## Atelier n° 3 : " Le Verbe ", la lecture, l'écriture, le conte

*Ont participé à cet atelier :*

*Christiane BAROCHE, écrivain : l'écriture de nouvelles à partir d'une résidence en gériatrie à Robertsau ; Lecture d'extraits par le comédien Martin ADAMIEC ; Docteur Gillie BOLTON (UK), poète, écrivain et chercheur à l'université de Sheffield ;*

*Karine BRUTIN, enseignante, intervenante spécialisée dans la lecture à voix haute à la clinique Georges Heuyer de Paris. En présence de Monique REAL-DOUTE, documentaliste, spécialiste de la lecture à voix haute;*

*Driss EL KESRI, Chef du service éducatif à l'hôpital Santos-Dumont : Le Papotin, un journal réalisé par des adolescents psychotiques à l'hôpital de jour d'Antonty. En présence du Docteur Gilles ROLAND-MANUEL ;*

*Professeur Patrick LUTZ, Chef du service onco-hématologie pédiatrique à l'hôpital de Hautepierre : deux actions menées par " Art et Santé " (ateliers théâtre, chanson et écriture) et Anne ROMBY (atelier d'estampes avec l'école des enfants hospitalisés) ;*

*En présence de bibliothécaires de la ville de Strasbourg, de Catherine ZARCATE, conteuse, du Docteur Roland GERBER, praticien hospitalier en psychiatrie infantile à l'hôpital civil de Strasbourg et du Docteur Georges FEDERMANN.*

*Avec Anne-Marie REDER, Déléguée Générale de la Fondation Banques CIC, pour le livre et Jean KETERER, Directeur de la Communication de la Banque CIAL.*

*L'atelier était animé par Chantal ROBILLARD, écrivain, conseiller pour le livre et la lecture à la DRAC Alsace.*

### La lecture à l'hôpital

**Chantal ROBILLARD**

**Ecrivain, conseiller pour le livre et la lecture à la DRAC Alsace**

Nous allons commencer notre atelier, consacré au verbe, à la lecture, à l'écriture et au conte, par une lecture, faite par Martin Adamiec.

*Martin Adamiec donne lecture d'extraits de la nouvelle de Christiane Baroche, intitulée La petite sorcière de l'hôpital (la lecture est inaudible).*

Christiane Baroche, pourquoi et comment un écrivain intervient-il dans un hôpital ? Votre passé professionnel explique-t-il votre choix ?

Christiane BAROCHE  
Ecrivain

Je pense qu'effectivement, mon passé professionnel explique en grande partie mon choix, car j'ai passé 41 ans à l'Institut Curie, non pas dans la partie hospitalière, mais dans les laboratoires de recherches. Cependant, j'entretenais des contacts très fréquents avec la partie médicale et hospitalière. Or j'avais constaté à plusieurs reprises, en particulier en pédiatrie, que les enfants aimaient beaucoup lire et que la petite bibliothèque de la pédiatrie avait besoin d'être renouvelée sans arrêt et rapidement. En effet, un enfant qui, durant toute la durée de ses soins, s'est attaché à un livre, a envie de l'emporter avec lui. Or, pour cela il faut pouvoir remplacer ce livre. En tant que critique littéraire, j'entretenais des relations étroites avec les maisons d'édition des livres de jeunesse, qui m'envoyaient de nombreux livres. Je leur ai donc expliqué que, plutôt que d'envoyer certains livres au pilon, il était plus utile de les donner dans des bibliothèques hospitalières, ce qui permettrait aux enfants de lire et de bénéficier d'un renouvellement constant de littérature.

Ainsi, lorsque l'on m'a proposé cette résidence d'écrivain, en me demandant où je souhaitais travailler dans Strasbourg, j'ai répondu de manière quasi instantanée : l'hôpital civil. Durant deux semaines, j'ai habité dans la partie hospitalière des kinésithérapeutes et des infirmières, avec un laissez-passer qui me permettait d'aller et venir dans tout le CHU de Strasbourg. Or j'ai été captivée par l'architecture multiple et variée de ce lieu extraordinaire, qui date de cinq siècles. En outre, ce lieu comprend des parties très curieuses, comme le bâtiment administratif, qui a été la première partie hospitalière, construite et reconstruite en 1716. Ce bâtiment de 150 mètres de long n'est pas rectangulaire, mais présente une courbe très inattendue dans ce type de construction. Lorsque je me suis interrogée à ce sujet, je n'ai pas obtenu de réponse à mes questions. Mais, en persévérant dans ce sens, j'ai fini par apprendre que cette forme suivait en réalité celle des remparts, qui eux-mêmes n'étaient pas droits car ils suivaient le ruisseau. Or ce ruisseau avait disparu, recouvert de terre et de bitume. Cependant, dans les caves de l'hôpital civil de Strasbourg, se trouve un endroit extraordinaire, qui donnait directement sur ce cours d'eau, et où se pratiquait alors l'anatomie. Je vous rappelle que, jusqu'en 1700, l'anatomie était interdite car on n'avait pas le droit de voir ce qu'il se passait dans les corps humains. Ainsi, tous les Luthériens qui, eux, étaient plus évolués que les Catholiques sur ce plan, allaient récupérer les personnes qui avaient été pendues et jetées dans la rivière. Ils ouvraient alors les corps et les analysaient, puis les rejetaient par ce canal sous-terrain qui se trouve sous l'hôpital civil. J'ai réalisé que nous étions dans une situation de rêve complet : il était possible, dans un lieu pareil, d'inventer des aventures couvrant cinq siècles. Il m'est donc venu à l'esprit de reconstituer une histoire : celle de la

rencontre entre la fille du fondateur de l'hospice premier, à qui est dédiée la pharmacie, et une petite fille, qui rêve qu'elle arpente l'hôpital civil. J'ai donc écrit ce texte pendant cette résidence d'écrivain. Mon seul regret est le suivant : j'avais espéré qu'après cette publication, soutenue par l'hôpital civil, j'aurais la possibilité de voir la réaction que causait ce texte auprès des enfants malades. Or ceci ne m'a jamais été permis. J'exprime aujourd'hui ce regret en espérant qu'un responsable de l'hôpital m'entendra enfin. En effet, je pense qu'une lecture telle que celle que nous a fait Martin, destinée aux enfants, est importante. Ainsi, durant des lectures qui ont été faites devant des élèves, au sein de leur salle de classe, nous avons relevé deux réactions différentes : certains croyaient fermement à la petite sorcière et pensaient que je l'avais rencontré, et d'autres me demandaient pourquoi j'avais inventé une histoire aussi triste. A ces derniers, je répondais que je n'avais rien inventé et que les enfants martyrs existaient réellement. Ce récit permettait donc une prise de conscience des jeunes enfants face à ce type de problème.

Ce fut donc pour moi une expérience savoureuse, même s'il est difficile d'écrire un texte sur l'hôpital et de lui donner un caractère " ludique ". J'espère que, pour les enfants que j'ai pu rencontrer dans ce cadre, ce récit a été l'occasion d'une prise de conscience.

## **Chantal ROBILLARD**

Merci Christiane.

Nous allons à présent recevoir Karine Brutin, qui a une expérience significative en termes de lecture à haute voix.

*Karine Brutin distribue aux participants de l'atelier le livre intitulé L'Alchimie thérapeutique de la lecture, et dont le sous-titre est Des larmes aux lits.*

**Karine BRUTIN**

**Enseignante, intervenante spécialisée dans la lecture à voix haute à la clinique Georges Heuyer de Paris**

Ce livre rend compte de mon expérience à la clinique médico-universitaire Georges Heuyer. Le Docteur Huerre, qui est le Directeur médical de cette clinique, m'a prié de l'excuser de son absence. Je suis en revanche accompagnée de Monique Real-Doute, documentaliste, spécialiste de la lecture à voix haute, qui est la responsable de la médiathèque de la clinique universitaire Georges Heuyer. J'ai choisi de vous parler des effets mobilisateurs de la rencontre avec le livre et la lecture, jusque dans la situation la plus contraignante qui soit, la situation d'étude, pour des jeunes gens en grande difficulté psychique, qui sont hospitalisés et soignés à la clinique médico-universitaire Georges Heuyer, où ils reçoivent un enseignement dispensé par des professeurs de l'Education Nationale. " Etudier quand même " est en effet la devise de la Fondation Santé des Etudiants de France, à laquelle appartient la clinique. Etudier malgré le handicap de la maladie, malgré les moments de détérioration psychique qui affectent ces jeunes gens, et qui les rendent momentanément incapables de se saisir des sollicitations artistiques et culturelles qui nous entourent, alors que, paradoxalement, ils sont affolés de ne plus pouvoir étudier.

Nous sommes ici dans le monde paradoxal des situations de détresse psychique, où les jeunes gens sont en proie à une crise intérieure grave, qui affecte leur capacité à éprouver des émotions, car les émotions sont dangereuses, leur capacité à penser et à faire des liens, leur capacité à entrer dans le monde imaginaire de la lecture, parce qu'ils sont momentanément privés d'un accès non-menaçant à l'univers des représentations culturelles partagées.

Je vais donc vous parler de l'accès difficile et fragile à l'expérience intérieure qu'est la lecture, de la façon dont, sous l'impulsion d'un autre esprit, c'est-à-dire sous l'impulsion de l'esprit de l'écrivain, les jeunes gens entrent dans l'espace transitionnel de la culture et accèdent à un monde de réalités partagées. C'est Marcel Proust qui, le premier, a décrit l'acte psychologique original appelé lecture et qui a mis en lumière les mouvements intérieurs qui s'emparent du lecteur " sous l'impulsion d'un autre esprit ", celui de l'écrivain. L'espace transitionnel est défini par le psychanalyste anglais Winnie Cott, comme " une ère vitale pour l'enfant, et qui se prolonge dans l'expérience culturelle de l'adulte ".

On m'a désigné ici comme spécialiste de la lecture à haute voix, mais il s'agit seulement de l'une des dimensions de mon travail. Je suis enseignante, comédienne, formatrice en Art Thérapie. J'interviens en qualité d'enseignante à la clinique Georges Heuyer, et dans des structures de consultation thérapeutique pour étudiants que sont le BAPU et le Relais Social de la Cité Internationale de Paris. J'anime des ateliers théâtre et écriture et je propose une formation à ces médiations artistiques en psychiatrie au Centre d'Etude de l'Expression à l'hôpital Sainte-Anne à Paris.

La peine à devenir lecteur dans la situation d'étude, narrateur dans un atelier



d'écriture, acteur dans un atelier théâtre, me paraît provenir d'une même source : la rencontre avec l'univers d'un autre, un livre, un texte, prélude aux retrouvailles avec soi-même. Je définis la lecture comme l'investissement subjectif d'un texte au nom de son histoire. Je pense que la rencontre avec le livre permet, dans des situations de catastrophe psychique, de renouer avec son monde intérieur et de le déployer à partir des représentations culturelles et artistiques, qui deviennent à nouveau accessibles et utilisables.

Voici une jeune fille qui arrive à la clinique après une grave décompensation et une première hospitalisation, où elle a subi des électrochocs. Elle s'est inscrite à l'université en première année de lettre. Dès notre première rencontre, elle évoque des relations difficiles avec son père et des amis de son père. Le travail commence, difficile, parce qu'elle sort d'un moment d'effondrement et qu'elle se sent confrontée à une destruction peut-être irrémédiable, croit-elle, de sa capacité à penser et à se concentrer. Un texte de son programme va lui donner l'occasion de renouer avec elle-même : *Maison de Poupée*, du dramaturge norvégien Ibsen, dont je vous rappelle l'intrigue. Nora, épouse enfant modèle, mère de famille dévouée, découvre à l'occasion d'une circonstance exceptionnelle le mensonge sur lequel repose son couple, et le personnage aliéné qu'elle a joué à être depuis son enfance. Elle décide de partir, abandonnant mari et enfant. Dans la longue explication du troisième acte, entre Nora et son mari, Isabelle s'intéresse à un court passage où Nora se souvient d'avoir été traitée en poupée par son père. Elle me dit qu'elle doit faire comme Nora : s'affranchir de son père. Le personnage est transitionnel, au sens où l'entend Winnie Cott : il suscite ici un rêve, et ce rêve donne naissance à un projet qui la concerne. Dans cette situation, le personnage vient donner au sujet de ses nouvelles. Ce projet qui la concerne et qui est initié par la rencontre avec Nora, Isabelle va le déployer et le préciser au cours des lectures entraînées par son travail universitaire, successivement *Hamlet*, *Œdipe*, et plus particulièrement à l'occasion d'un exposé sur *Hamlet* et *Œdipe*, au cours duquel elle va se livrer à un certain nombre de lectures introspectives. Ces lectures, dont je suis témoin, accompagnent la construction de son travail universitaire sans pour autant se confondre avec lui. Elles constituent ce laboratoire intime, où une lecture prend sens. Elles vont lui permettre de transcender son histoire individuelle et la conduire, ainsi qu'elle le dit, " au-delà du grand trou noir, là où tout n'est pas toujours détruit ", en même temps qu'elles vont permettre la réussite de son projet universitaire.

C'est souvent par de petites phrases, glissées au détour d'un travail, qu'il soit pédagogique ou qu'il s'agisse d'un travail d'expression théâtrale ou d'écriture, que les jeunes gens indiquent le travail intérieur qui se produit en eux. " Je n'avais jamais rencontré un texte aussi beau ", dit un jeune homme après avoir interprété le texte de *Cyrano de Bergerac*, de façon à faire advenir le texte de son partenaire. " Oui, je me suis déjà trouvé dans la situation de quelqu'un qui bascule ", me dit un autre après la lecture d'une nouvelle de Carson McCullers, qui s'appelle *Le Jockey*. Un autre dit : " quand un acteur joue, est-ce qu'il sait

qu'il joue ou est-ce qu'il fait semblant ? " Ce sont ces petites phrases qui témoignent de l'alchimie qui se produit avec les livres.

La rencontre avec un livre nous confronte de façon discrète avec l'expérience proposée par Rimbaud : " Je est un autre ". La lecture, c'est aussi cette expérience, les personnages, les narrateurs, les auteurs, selon notre identification et les moments de notre communication, nous transportent, par le biais des mots, insensiblement, vers une autre scène, où nous allons pouvoir tricoter, chacun à notre façon, dans une dramaturgie très intime, ce que Julia Kristeva appelle " les traumatismes les plus occultes inscrits dans notre psyché et notre corps ", avec des représentations qui sont portées par le langage, et qui nous sont proposées sous l'impulsion d'un autre esprit.

## L'écriture créatrice

Gillie BOLTON

Poète, écrivain et chercheur à l'université de Sheffield

**Chantal ROBILLARD**

Gillie Bolton, voulez-vous nous parler de votre expérience ?

**Gillie BOLTON**

Il était une fois, il y a bien longtemps, dans un pays très loin d'ici, une jeune étudiante, avide d'apprendre tout ce qu'elle pouvait de la part du maître, mais qui rencontrait beaucoup de difficultés. En effet, elle ne savait jamais à quel moment il mettrait fin à chaque session de méditation. Parfois, il faisait sonner une clochette pour dire que c'était fini, au bout de cinq minutes. Parfois, au bout de cinq heures. Lors d'une occasion mémorable, la session dura cinq jours. Elle ne pouvait jamais mettre à profit le temps consacré à la méditation comme elle l'aurait voulu, à cause de cela. Un jour, elle se fâcha devant l'attitude calme et posée du maître. Elle s'empara de la clochette, et la fit sonner elle-même, au moment où Elle se sentit prête. Le maître se leva, et s'inclina devant elle. Elle avait appris la première leçon, la plus importante : elle avait pris le contrôle.

Voilà ce que peut faire pour nous la pratique de l'écriture créatrice. Cela nous permet de prendre le contrôle de nous-même, et peut nous permettre de contrôler notre propre chemin vers la guérison. Peu importe que nous écrivions notre journal intime, des histoires, des comptes ou de la poésie, cela peut nous aider à mieux nous comprendre nous-mêmes.

Pourquoi l'écriture est-elle si puissante ? Elle l'est surtout parce qu'elle tient de l'ordre intime. Lorsque nous écrivons, nous sommes seuls. Nous communiquons

avec un morceau de papier. Pourtant, cette feuille de papier garde vos secrets pour vous, sans faille. Une feuille de papier ne dira pas à autrui ce que vous avez écrit, ne se moquera pas de vous, ne froncera pas les sourcils, ne se sentira pas supérieure à vous. Une feuille de papier n'oubliera pas et ne mélangera pas ce que vous avez écrit. On peut donc partager beaucoup avec une feuille de papier. On peut choisir avec qui, comment, où et dans quelles mesures on veut partager ses secrets. Par ailleurs, vous avez créé quelque chose.

Je travaille depuis de nombreuses années dans le milieu médical. J'essaie de faire se rencontrer non seulement les patients et l'écriture, mais également le personnel et l'écriture. J'ai tenté d'introduire la thérapie par l'écriture en Grande-Bretagne. En effet, nous avons la thérapie par l'art, le théâtre et la musique, mais pas la thérapie par l'écriture créatrice. J'ai tenté de faire en sorte que cette technique puisse être utilisée par des infirmiers et des personnels de santé, ainsi que par des écrivains auprès des malades. Mais j'essaie aussi d'encourager le personnel de santé et les thérapeutes à écrire eux-mêmes. Ils écrivent sur leur travail, ils écrivent des histoires, des poèmes, pour voir ce qu'ils ont eux-mêmes à apprendre ou à approfondir dans leur travail : pourquoi ils ont besoin de pleurer, de rire, de crier... Les médecins et les infirmiers et infirmières qui ont écrit de cette manière ont appris à mieux connaître leur travail et à mieux se connaître eux-mêmes. Ils ont également créé des histoires et des poèmes merveilleux, qui peuvent être lus par d'autres, afin de mieux comprendre la pratique de la médecine et des soins infirmiers. Mark Pervis est un médecin anglais, qui a réalisé qu'il n'arrivait pas à accepter la mort des patients enfants dans son service. Il pleurait avec les parents et n'était donc plus utile dans son rôle de médecin. Dans son atelier d'écriture, il a écrit un poème sur la mort de son petit frère de sept ans, survenue alors que lui-même avait neuf ans. Ils allaient à l'école ensemble. Le petit frère a été écrasé par une voiture. Or il a écrit ce poème avec la perspective d'un enfant, celui qu'il était à l'époque. Il a revécu cette expérience et l'angoisse, la douleur, la culpabilité ressenties lors de la mort de son petit frère ont ressurgi. Il a alors pu en parler à sa femme, à sa mère, et à tous ses proches. Bien plus tard, il a affirmé qu'il appréhendait beaucoup mieux la mort de ses petits patients. Ainsi, sa pratique, en tant que médecin, s'est beaucoup améliorée parce qu'il avait été en mesure d'écrire ce poème sur la mort de son petit frère.

Cette écriture, à laquelle nous nous livrons tous, peut ressembler à un long voyage de découverte. Mais jusqu'où allons-nous voyager ? Nous parcourons un long chemin et nous apprenons à mieux vivre avec nous-mêmes. Comme le dit le poète anglais T.S. Eliot, " Et la fin de toutes nos explorations consistera à arriver de là où nous sommes partis, et à connaître l'endroit pour la première fois ".

L'un de mes ouvrages est consacré au travail que j'effectue avec le personnel, et un autre est consacré au travail effectué avec les patients.

# L'écriture journalistique avec les malades

Driss EL KESRI  
Chef du service éducatif à l'hôpital Santos-Dumont

## **Chantal ROBILLARD**

Nous allons à présent entendre des intervenants qui vont nous parler de l'écriture journalistique avec les malades.

## **Driss EL KESRI**

J'interviens à titre de rédacteur en chef du journal *Le Papotin*, dont je fais circuler quelques exemplaires. Je voudrais préciser le lien entre ce journal et le Docteur Gilles Laurent-Manuel, psychiatre, médecin directeur de l'hôpital de jour d'Anthony. Ce dernier m'a embauché il y a quelques années comme éducateur dans son hôpital pour travailler avec de jeunes adultes, âgés de 15 à 25 ans, qui souffraient d'autisme et de psychose infantine. Je n'avais pas de formation de soignant ni de spécialiste. J'ai une formation littéraire et j'avais enseigné dans ce domaine durant plusieurs années. Mon expérience consistait donc dans la rencontre avec des jeunes ne rencontrant pas de difficultés psychologiques. Je ne savais pas trop bien ce que je venais faire dans ce lieu, mais le Médecin directeur savait pourquoi il m'engageait. Il s'agit d'une structure alternative à l'hospitalisation psychiatrique qui accueillait déjà des personnes qui n'étaient pas des spécialistes du soin.

J'ai donc partagé le quotidien de ces jeunes gens, dans le cadre d'un accompagnement éducatif ; j'ai écouté ce qu'ils avaient à dire, non pas en spécialiste de la psychiatrie, mais tout simplement en personne curieuse de découvrir des tournures de phrases, des façons de dire inhabituelles. Je n'ai pas écouté ces jeunes pour les corriger mais pour comprendre ce qu'ils avaient à me dire. J'ai donc été un auditeur, très friand de leurs tournures de phrase. Catherine Zarcate expliquait ce qu'elle avait pu donner. Pour ma part, je recevais de nouveaux mots, de nouvelles tournures, que je notais consciencieusement. Dans ce cadre, j'ai mis au point un atelier journal, comme on peut en trouver dans de nombreuses institutions. J'avais pensé cet atelier en fonction de ce que sont ces jeunes gens, chacun devant se situer par rapport à l'autre dans une sorte de mise en scène théâtrale. Lors de la première réunion du comité de rédaction atypique, j'ai réalisé que, pour ces jeunes, le journal était celui qui était vendu en kiosque et acheté par leurs parents, et non le journal d'institution. Nous nous sommes donc demandés si nous pouvions, dans un lieu tel que celui-ci, créer un journal qui aurait vocation à être publié et à aller à la rencontre des gens ordinaires, qui ne partageraient pas avec nous le

secret médical et professionnel. Le choix était le suivant : soit le médecin directeur donnait son accord pour que ceci soit possible, soit nous devions trouver une autre activité. Lorsque j'ai exposé ce projet à Gilles Roland-Manuel, il a accepté de se lancer afin de porter la parole de ces jeunes gens à l'extérieur.

Les axes principaux de ce journal sont les mots et les expressions de ces jeunes gens, ce qu'ils ont à raconter. La grande majorité de ces jeunes ne savent pas écrire. Je leur sers donc de script, dans une sorte de dictée, qui s'est organisée au fur et à mesure que nous avons avancé dans cette expérience. En effet, je rappelle que ce journal a fêté ses 10 ans l'année dernière et que nous en sommes au 19<sup>e</sup> numéro. Cette production n'est pas pléthorique, mais notre atelier a lieu sur deux heures, chaque semaine, et constitue un moment où ces jeunes peuvent dire leurs mots, qui iront à l'extérieur.

Lorsque j'ai soumis les premiers textes de ce journal au médecin directeur, il a pensé que j'avais arrangé certaines paroles car il ne reconnaissait pas trop le discours de ses patients. Nous avons donc filmé et enregistré les propos de chacun. Des télévisions sont même venues nous filmer. Ces enregistrements prouvent que ce journal repose bien sur les mots des patients. Or cette parole n'est pas destinée aux médecins. Il ne s'agit pas d'une parole psychiatrique. Ces jeunes me parlaient de leur chanteur préféré, alors qu'ils n'en parlaient pas à leur médecin. Ils pouvaient avoir avec moi, qui était parfois considéré comme une personne délirante, parce que je ris beaucoup, un dialogue différent de celui qu'ils avaient avec leur médecin. Pour porter ces mots à l'extérieur, je ne suis pas crédible. En effet, le journal d'un hôpital de banlieue qui accueille des psychotiques n'intéresse personne. Pour pouvoir porter cette parole à l'extérieur, nous avons besoin de personnes médiatiques, qui ne soient pas du tout connotées psychiatrie, autisme ou maladies mentales. Nous avons donc demandé à des vedettes que ces jeunes connaissaient s'ils voulaient bien venir se prêter à des interviews. Ces personnes ont donc porté ce journal à l'extérieur. Dans ce cadre, nous avons reçu aussi bien des chanteurs que des ministres ou des sénateurs. Tout d'un coup, mes patients étaient devenus des personnes fréquentables, qui avaient des choses à dire. Ainsi, sur 10 ans, ces patients ont eu une vie culturelle extraordinaire. En effet, nous sommes invités à de nombreux spectacles ou à des sorties de films.

## Le travail sur l'estampe et la poésie

**Chantal ROBILLARD**

Monsieur Lutz va nous présenter l'hôpital de Haute-pierre.

## **Professeur Patrick LUTZ**

Je vais vous présenter les deux dernières intervenantes, Anne Romby et Lise Lotte Ham qui travaillent au sein du service des enfants sous chimiothérapie d'Alsace. Dans ce service, 60 enfants subissent, chaque année, des traitements longs, des hospitalisations prolongées. La plupart de ces enfants vont guérir. Dans ce service, 14 à 15 enfants sont hospitalisés durant la nuit et 10 à 15 enfants occupent l'hôpital de jour. Depuis longtemps, ce service s'est donné les moyens financiers de faire en sorte que cette hospitalisation soit à la hauteur des problèmes et que les enfants vivent leur traitement dans de bonnes conditions, et qu'ils ne sortent pas trop de leur vie d'enfant. C'est dans ce contexte que se situe l'intervention de ces deux intervenantes.

## **Anne ROMBY**

Je souhaitais vous présenter mon travail et vous exposer certains transparents pour vous montrer le travail réalisé par les enfants dans ce service, notamment dans l'atelier sur l'estampe et la poésie. Ceci est impossible car nous ne disposons pas du matériel nécessaire. Je tenterai donc de faire parler moi-même ces images, ce qui est peut-être préférable. Mais je vais tout de même faire passer dans cette assemblée deux estampes présentant des Indiens, pendant que je vous exposerai mon travail.

Il était une fois, en l'an 96, un atelier d'estampes. Des enfants ont emprunté les sentiers de la poésie, sur le sillage des nomades, êtres en partance, pêcheurs d'étoiles ou de soleil, ils se sont mis en chemin, avec l'aide imaginative de l'oiseau, pour porter leur parole au monde. Cette histoire a pu commencer grâce à une rencontre, qui en a entraîné une autre et ainsi de suite. Cette année-là, j'ai fait part à Monsieur Lutz de mon souhait d'accompagner les enfants dans un travail de création artistique en proposant un atelier de gravures autour du livre illustré et de l'estampe ou la poésie. Je voulais également participer au mouvement des hommes et des femmes qui s'attachent à ce que l'hôpital soit un lieu de vie. En découvrant ce service, j'ai vu des personnes œuvrant dans ce sens sur des champs disciplinaires différents. J'ai croisé le chemin de Chantal, enseignante de ce service, et très ouverte à ma démarche. Après discussion et échanges, nous nous sommes reconnues dans cette même envie d'accompagner les enfants dans cette traversée face à la maladie, en accordant une place importante à l'éveil culturel et artistique, à l'initiation aux savoirs en tant que saveurs, par le biais du langage, afin d'offrir à ceux-ci la possibilité d'exister en tant que sujet à part entière, êtres avec des aspirations légitimes d'apprentissages et de créativité, la qualité de la relation et le respect étant de mise. Le travail s'est articulé en regard des conditions physiques de l'enfant et de la nature de sa maladie, des conditions psychiques qui influent toutes deux sur la qualité de sa réceptivité au jour le jour, mais aussi en fonction de son âge et de son histoire. Les activités ont ainsi varié en nature, durée et intensité, et se sont déroulées en classe, proche du service, en chambre ou sous le flux. Trois

actions ont ainsi pu se jouer, avec le soutien de la DRAC Alsace et du Rectorat, à l'écoute de contes, comptines, récits, poésies, lus à voix haute. Trois thèmes ont été abordés : l'un sur l'envol, l'autre sur la lettre et l'image, le troisième sur les Indiens. Chaque enfant rencontré a réalisé une gravure, imprimée sur presse taille 12 et a donc obtenu plusieurs tirages, puisque l'estampe peut être multiple, a relié l'une de ces estampes à un ouvrage collectif, accompagné parfois d'un mot, d'une légende, a adressé une lettre estampe à l'un de ses proches, amis ou famille, dans son pays d'origine, en France ou à l'étranger, puisque certains enfants venaient de pays lointains. Une exposition de leurs travaux s'est faite chaque année au sein du service. Chacun est donc reparti avec son carnet de vol ou de bord, sa matrice gravée, ses estampes modelées ou colorées, sa boîte à trésor personnel. Ainsi sont venus au monde : la petite vache dans un pré au milieu de la ville qui tire la langue ; une gosse dinde tournant autour de sa dune sous le soleil exactement ; un oiseau au chapeau ; un petit d'ours à serrer dans ses bras ; le grand cygne et son petit canard col vert, la terre, l'astronaute et son fil ; la terre qui vient de naître ; un coucher de lune ; un salut d'ours au soleil ; un dauphin avec son petit bec qui soulève l'oiseau mouette vers le ciel jusqu'au sommet du T ; un serpent entre deux tortues ; le A est à lire dans le vide ; quelques indiens de la tribu des " Pasdupes " ; la liberté au galop.... affaire à suivre.

## I. Les clowns à l'hôpital

### **Lise LOTTE HAM**

Quelquefois, nous préparons des interventions pour les enfants, mais nous devons composer avec certains cas particuliers. Parfois, des parents nous expliquent qu'il ne faut pas entrer dans la chambre car leur enfant a passé l'âge des histoires et des clowns, et qu'il souhaite être tranquille. Nous profitons donc souvent du moment durant lequel les parents vont manger pour entrer quand même dans la chambre. Or parfois, notre intervention se passe très bien. Parfois, nous avons affaire à des enfants qui sortent du bloc opératoire et qui sont très souffrants. Dans ce cas-là, l'écoute est très intense. Néanmoins, quelquefois, nous pouvons nous taire et simplement jouer avec des bulles de savon. A ce moment-là, les enfants oublient leur mal et se transportent avec nous dans ces bulles. Le professeur Lutz disait qu'il y avait une différence entre les artistes et les médecins parce que les artistes ne parlent que d'eux. Il a raison : nous nous projetons, alors que les médecins sont soumis au secret professionnel. Mais ce qui est merveilleux, lorsque nous intervenons auprès des enfants, c'est que tout le personnel, et quelquefois même le professeur, sont de connivence. Nous pouvons ainsi distraire les enfants, qui attendent parfois avec leurs parents de 6 heures du matin à 22 heures. Nous leur faisons passer des bons moments mais nous devons trouver un juste milieu pour ne pas déranger les enfants les plus souffrants. Or nous vivons des moments de grâce, que partage quelquefois le professeur. Ainsi, lorsque nous jouons à la statue de sel et que le professeur intervient auprès d'un enfant, il s'arrête de bouger et joue avec nous. Parfois, nous sommes à côté de la plaque et nous nous remettons en question en fonction de ce que nous avons fait dans la journée. Mais ces quelques instants de grâce sont merveilleux.

Par ailleurs, je souhaite demander à Madame Romby, merveilleuse illustratrice, pourquoi elle ne travaille plus à l'hôpital.

### **Anne ROMBY**

Je travaille toujours à l'hôpital de façon indirecte. En effet, mon travail a été poursuivi par Chantal. Par ailleurs, je n'ai pas dit mon dernier mot malgré un petit temps d'arrêt, et l'aventure devrait se poursuivre.

En 1996, ce travail a été initié grâce à une initiative personnelle, mais il n'a pu se poursuivre que dans le cadre d'un travail d'équipe. Nous avons également eu la chance d'avoir le soutien de la DRAC et du Rectorat. En effet, ce type d'actions est soumis à un Comité, qui comprend des personnes différentes, intervenant dans des domaines différents. Or il s'agissait de faire un travail en étroite collaboration avec Annie, institutrice du service. Il était donc juste que l'école ait un mot à dire dans cette histoire. Ce soutien était très important, et



pourra, je pense, se poursuivre par la suite. Nous ne devons pas évoquer les conflits qui ont eu lieu à ce sujet. Le plus important réside dans les actions qui ont pu être menées.

## Le soutien aux actions culturelles en milieu hospitalier

### **Chantal ROBILLARD**

Je souhaite donner la parole à deux représentantes de la Fondation CIC pour le livre.

### **Anne-Marie REDER**

Je suis Déléguée Générale de la Fondation que le CIC a créée en 1992 en faveur du livre. Nous nous intéressons au livre une fois qu'il existe. Nous avons donc éliminé de nos préoccupations des thèmes tels que la lutte contre l'illettrisme ou l'aide à l'écriture. Nous nous intéressons au livre, que nous considérons comme un excellent vecteur de la transmission des cultures. Le livre permet également de partager beaucoup de choses. Nous développons en particulier une aide très importante en faveur des bibliothèques universitaires, et nous avons décidé d'intervenir, à travers le Cercle des Partenaires, qui a été créé, lorsque des hôpitaux et des DRAC nous présentent des projets dans lesquels le livre est l'une des vedettes. Ainsi, l'hôpital de Hautepierre est l'un des établissements " mécénés ". Ainsi, depuis 1997, nous sommes à vos côtés et nous avons l'intention de poursuivre cette aide, qui est également apportée dans d'autres hôpitaux, dans toute la France. En Alsace, le CIAL, qui est notre filiale, est le partenaire officiel de l'hôpital de Hautepierre.

### **Jean KETERER**

Je souhaite simplement dire mon émotion et mon émerveillement devant les actions que vous menez dans le milieu hospitalier. Le SIAL est très heureux et très fier d'être à vos côtés dans ces projets.

## Questions et débats

### **Georges FEDERMANN, Médecin psychiatre à Strasbourg**

Je souhaite évoquer le livre de Martin Adamiec sur les hospices civils et les réflexions de Madame Baroche. A mes yeux, le lieu le plus extraordinaire, et peut-être aussi le plus insupportable des hospices civils, c'est l'Institut d'anatomie normale, qui se situe à côté de la clinique ophtalmologique. En effet, c'est ici qu'en 1943, les médecins nazis ont découpé en morceaux 86 juifs et tziganes. C'est sur ce lieu même que l'hospice civil actuel refuse qu'une plaque soit apposée à la mémoire de ces 86 victimes de la barbarie nazie.

Par ailleurs, la barbarie est toujours très proche de la culture. Nous savons combien la culture allemande a été extraordinaire, et nous nous demandons à quel moment les choses peuvent basculer. Concernant la lecture, qui est le sujet de notre table ronde, nous devons prendre garde au fait que la lecture n'est jamais que clandestine à l'hôpital. Il n'y a, notamment dans les hôpitaux psychiatriques, qui rassemblent 100 000 lits d'hospitalisation en France, aucun budget officiel, aucune politique officielle de la lecture. Il faut prendre garde à ces modèles extraordinaires, qui se développent aujourd'hui, et qui ne sont peut-être que la caution du masque que l'on jette sur les marginaux et sur les marginalisés. Nous devons prendre conscience du fait qu'aujourd'hui, la santé et l'hôpital sont menacés. La Sécurité Sociale va peut-être disparaître dans quelques mois. Or qu'est-ce qui arrivera à la culture dans les hôpitaux à ce moment-là ? En outre, les soignants sont menacés en tant que salariés. La culture n'est donc pas indépendante du monde dans lequel nous vivons. Nous devons donc être en même temps artistes, décideurs, mais aussi encrés dans les réalités politiques et économiques qui marquent notre temps. La mémoire du nazisme et la mémoire des médecins nazis doit résonner à nos oreilles.

Enfin, je souhaite évoquer quelques notes en hommage à la seule victime de ces expérimentations nazies sur les hommes, dont nous avons retrouvé le nom : 107-969. En 1943, Menahem Taffel a retrouvé une identité.

*Le Docteur Georges Federmann fredonne quelques notes en hommage à la mémoire de Menahem Taffel.*

**Roland GERBER, Service psychothérapie pour enfants et adolescents des hôpitaux universitaires de Strasbourg.**

Je voulais simplement témoigner du fait que la culture à l'hôpital peut aussi être l'œuvre des enfants, comme dans nos services, qui accueillent une centaine d'enfants. Certains enfants psychotiques ou autistes apprennent à lire et à écrire dans des classes thérapeutiques. Mon expérience est assez voisine de celle du *Papotin*, dans laquelle j'ai retrouvé avec plaisir l'interview de Philippe Avron intitulée " Je suis un saumon, je l'ai cru ". En effet, c'est de cette manière que nos enfants parlent lorsqu'ils parlent, écrivent lorsqu'ils écrivent, ou lisent lorsqu'ils lisent. Le travail que nous faisons, notamment avec l'aide des musées, consiste à leur permettre d'entendre le poids des mots, ou l'air des mots. J'illustrerai mon propos par un court exemple. Le poids des mots peut se trouver en " piochant ". Ainsi, le musée d'archéologie permet, grâce à une maquette, de piocher, c'est-à-dire de sortir les choses de la terre d'entendre le mot à mot. C'est aussi grâce au Musée d'art moderne, et à Hans Arp, que l'on peut piocher des mots, ce qui permet de mettre des mots sur des œuvres d'art, et en particulier les siennes. Ceci pourrait nous amener, en collaboration avec la Direction de la Culture de Strasbourg, à trouver un écrivain résident. En effet, même si l'apprentissage est important, le fait d'entendre le côté poétique des productions est encore davantage thérapeutique. Or, pour cela, nous avons besoin d'artistes.

**Chantal ROBILLARD**

Pour répondre à votre remarque concernant les écrivains résidents, je propose, depuis cinq ans, un écrivain au Musée d'Art Moderne, sans avoir obtenu de réponse.

**Monique REAL-DOUTE, Documentaliste, spécialiste de la lecture à voix haute - clinique universitaire Georges Heuyer, Paris**

Je travaille à la clinique universitaire Georges Heuyer depuis 12 ans, et je pratique la lecture à voix haute. J'ai mis en place un journal et je suis donc très intéressée par l'expérience du *Papotin*. Je précise qu'il faut beaucoup de temps pour faire entendre que l'ordinaire doit aussi entrer dans les lieux psychiatriques et les lieux hospitaliers. Je propose en général la lecture à voix haute, et je commence souvent par *Le Grand Meaulnes*, qui, pour les adolescents et les jeunes adultes qui fréquentent la clinique, est un roman extraordinaire. Cependant, pour mettre en place tous ces ateliers, le temps nécessaire est très important. Il est très difficile, pour une personne extérieure au milieu médical, de mettre en place ces activités, et cela ne peut marcher que lorsqu'il y a adhésion des soignants et du médecin directeur. Lorsqu'un médecin qui comprend l'intérêt de la culture arrive dans un lieu de soins, tout va beaucoup mieux.

## **De la salle**

Je viens de Sydney en Australie et j'ai mis en place un atelier qui s'appelle " Le travail créateur ". Lorsque j'ai créé mon projet, je me suis demandé comment il était possible de créer un contexte culturel pour les enfants subissant un séjour à moyen ou long terme à l'hôpital. Il m'a semblé que je devais travailler à la fois dans le présent et dans un continuum. Ainsi, les enfants travaillent avec moi puis s'en vont tout en sachant que ce travail va se poursuivre. Dans notre projet, l'un des thèmes porte sur les contes que nous racontons aux enfants lorsqu'ils vont se coucher. Les enfants ont élaboré des contes, qui sont utilisés dans d'autres hôpitaux. J'essaie de faire travailler les enfants qui sont en assez bonne santé, et qui devront créer un conte pour un autre enfant, qui se trouve en réanimation, et qui ne peut que prononcer quelques syllabes. J'essaie donc de créer un compte adapté à cette situation. J'ai publié ce livre *Contes pour s'endormir*. Il s'agit de contes écrits par les enfants et les adolescents à l'hôpital. Ce projet se poursuit. Je pense que ce qui a été dit aujourd'hui est très intéressant car nous reconnaissons que ce que disent les personnes qui subissent les soins est tout aussi important que ce que dit l'artiste. Il faut donc soutenir l'artiste qui apporte sa contribution au contexte culturel de l'hôpital mais nous permettons aussi à ceux qui travaillent d'apporter leur contribution.

## **Anne ROMBY**

Ce que je regrette, effectivement, dans ce colloque, c'est que les enfants du service d'onco-hématologie ne soient pas présents pour évoquer ce qui a été réalisé dans ce service où pour vous donner à voir ou à entendre ce qui avait été fait. C'est pour cette raison qu'il était peut-être préférable que je ne puisse pas diffuser les gravures qu'ils ont réalisées. En effet, ce travail n'est pas le mien, même si je les ai accompagnés.

## **Chantal ROBILLARD**

Je voudrais ajouter que tu as rencontré une personne avec laquelle tu avais travaillé dans ce service plusieurs années auparavant, que tu n'as pas reconnu, et qui t'a rappelé le travail très important accompli avec lui à l'hôpital.

## **Anne ROMBY**

Effectivement. Il aurait été bien que Frank, cette personne, soit là aujourd'hui. Cet enfant venait de subir une ponction lombaire. Nous travaillions, à ce moment-là, sur les Indiens, sur la base de textes du patrimoine oral et écrit des Indiens d'Amérique du Nord. Je lui ai demandé ce qu'était un Indien pour lui, et il s'est donc lancé dans un portrait. Mais il se trouvait malhabile en dessin. Nous avons passé tout l'après-midi ensemble sur ce portrait et j'ai appris, par l'intermédiaire d'une personne travaillant dans un autre service, qu'il lui avait confié : " je ne savais pas que je savais dessiner ". Or ceci est très émouvant. Il s'agit d'un épisode parmi d'autres.

## **Docteur Gilles ROLAND-MANUEL**

Certes, ces enfants ne sont pas là, mais vous pourrez voir demain, vers 10 heures, les enfants qui composent le groupe " Turbulences ", qui font également partie de l'équipe du journal *Le Papotin*. Ces jeunes gens ont des troubles très importants. Ils vous feront entendre une partie du spectacle qu'ils ont joué avec Howard Buten, notamment au Festival d'Avignon cet été.

Je souhaite revenir sur un concept important. Les médecins, les travailleurs sociaux ou les éducateurs apprennent, durant leur formation, à trouver la bonne distance auprès des patients, qu'il s'agisse d'enfants dans des services comme les vôtres ou en psychiatrie. En effet, il est difficile de trouver cette juste distance, en évitant une fusion ou une trop grande distance qui tend à déshumaniser la relation. Or les moments de partages nous aident, beaucoup plus que les garanties institutionnelles, à trouver cette juste distance. Pour ne pas être trop loin ou trop près, il faut pouvoir partager ces expériences, qui ont été évoquées aujourd'hui. Ces moments peuvent être partagés entre les soignants, les artistes et les patients, qui ont des vies très différentes. En effet, nous vivons habituellement de part et d'autre d'une barrière infranchissable, ne serait-ce que parce que nous rentrons chez nous alors que les personnes hospitalisées restent à l'hôpital.

Nous sommes ici dans un congrès, au sein duquel il nous paraît normal que la culture soit au rendez-vous. Or, lorsque nous retournons sur nos terrains, la culture est souvent considérée comme la cerise sur le gâteau, alors qu'elle ne se limite pas à cela. De telles expériences constituent donc un réel moment de partage, entre les soignants et les soignés, mais également au sein de l'équipe de soignants, qui a souvent du mal à partager, du fait du poids de la hiérarchie dans les hôpitaux. Les médiations culturelles ont donc aussi cet avantage. Ce partage possible, à certains moments, que nous devons bien repérer, permet, plus que l'entrée de la culture dans l'hôpital, la sortie de la culture de l'hôpital. En effet, s'il n'y a pas ce partage avec les patients ou entre les membres d'une équipe, une activité telle que *Le Papotin* n'est pas possible. Je suis émerveillé de l'émerveillement de Driss El Kesri qui arrive sur notre terrain. Il décide en effet

de se faire Hermès, messenger des dieux, pour aller porter la parole de ces jeunes gens à l'extérieur. Les concertations que nous avons aujourd'hui suscitent un très grand espoir mais des stratégies particulières doivent être mises en œuvre car il n'est pas facile de faire sortir une parole. Ce que les gens racontent lorsqu'ils sont hospitalisés permet souvent de voir que, lorsque l'on affronte la maladie, on devient un peu moins con. Il arrive que ceci nous fasse voir la vie d'un autre côté. Ainsi, même des personnes très rigides profitent de la vie autrement au moment où on leur annonce une grave maladie. Certaines personnes, atteintes de maladie grave, nous avouent qu'elles vivent mieux depuis. Or nous devons donner la possibilité aux malades d'accéder à ce paradoxe.

Vous découvrirez demain l'expérience de jeunes gens, qui, tout autistes ou psychotiques qu'ils soient, sont partis en Afrique, en Amérique, en Russie ou en Espagne pour faire découvrir leur musique ou leur théâtre. Ainsi, ils sortent leur culture de l'hôpital pour la transporter ailleurs. Lorsqu'ils reviennent à l'hôpital, ils ne sont plus les mêmes. Ce double mouvement, consistant à faire entrer, mais aussi à faire sortir la culture de l'hôpital, requiert des stratégies efficaces, afin d'intéresser chacun à cette culture. Ces stratégies existent. Un journal comme *le Papotin* a par exemple 5 000 abonnés. Ceci est très encourageant pour nous, car la sortie du *Papotin* est un plaisir que nous partageons avec les jeunes. Driss accorde droit de cité y compris aux jeunes qui ne parlent pas, et qui sont ravis de voir ce journal, et de rechercher leur photo à l'intérieur.

## **Christiane BAROCHE**

Lorsque nous avons affaire à des petits malades, nous avons l'impression de leur apporter quelque chose, mais nous ne réalisons pas toujours qu'ils nous apportent beaucoup eux aussi. Ainsi, lorsque je travaillais dans les laboratoires de recherche, le principal contact que j'avais avec les enfants était le moment où je leur apportais des livres. Un jour, je suis allée chercher un échantillon prélevé sur les enfants au cours des opérations, dans le cadre des recherches effectuées sur l'anémie de Fanconi. En sortant de la salle d'opération, j'ai glissé sur le sol mouillé, et, pour protéger mes échantillons, je suis tombée sur le coccyx en poussant un " merde " retentissant. Un des enfants est venu me demander si j'avais mal et m'a demandé pourquoi je n'avais pas laissé tomber mes échantillons. Je lui ai expliqué que je ne souhaitais pas refaire un nouveau prélèvement. Cet enfant est alors retourné dans sa chambre. Il m'a donné un bonbon en me disant " tu verras, c'est pas bon, mais ça aide ". Il m'a ensuite dit " comme c'est pas bon, ça déplace ". Il ne s'est pas expliqué davantage mais j'ai très bien compris ce qu'il voulait dire. Or cet enfant avait 12 ans. Il a fait une leucémie à répétition et je l'ai vu grandir. Il est aujourd'hui guéri et il revient de temps en temps au laboratoire pour me dire bonjour, et il m'apportait toujours ces bonbons.

## **Michèle TCHONG**

Je suis animatrice au Centre d'accueil et de soins hospitaliers de Nanterre. Je voudrais apporter un témoignage concernant l'alchimie de la lecture. Depuis 1998, nous sommes en jumelage avec la bibliothèque de Nanterre, avec le soutien de la Fondation Hachette et de la DRAC. Ce jumelage a permis de réouvrir la bibliothèque de l'hôpital mais aussi de travailler autour de livres, qui était le thème du jumelage, à travers un atelier lecture, mais également un atelier théâtre. Le travail de ce deuxième atelier est lié à la rencontre avec un écrivain, donc avec son monde intérieur mais aussi la spécificité de sa créativité. Depuis 1998, nous avons rencontré 7 ou 8 écrivains. Ils ont réalisé une création collective, qui est à chaque fois jouée devant un public. Or cet atelier a permis aux patients de se cultiver, de découvrir une partie de leur personnalité, et, pour certains, de se guérir ou de ne pas sombrer dans la maladie. Actuellement, ces patients acquièrent une technique au niveau de la création, de l'interprétation et de l'analyse de l'œuvre des écrivains mais aussi de la technique théâtrale. Les personnes qui participent à cet atelier sont victimes de la fracture sociale. Ce sont des SDF en recherche de projet de travail ou d'insertion. Or l'insertion se fait actuellement au niveau de la réconciliation avec eux-mêmes. Ils acquièrent des choses qu'ils renvoient à l'extérieur à travers la participation au projet culturel de la ville. L'année dernière, pour le parcours du cœur, ils ont mis au point, avec les cardiologues, un scénario de théâtre forum sur la prévention des maladies cardio-vasculaires. Il s'agit donc d'un enrichissement pour les personnes en difficulté, qui souffrent de maladies très lourdes au niveau physique mais aussi psychologique, puisque certains d'entre eux ne pourront jamais se réinsérer à l'extérieur de l'hôpital. En même temps, ils ont un sentiment de responsabilité et de joie pure : ils participent à des actions de façon gratuite.

## **Martin ADAMIEC**

D'autres pratiques sont très proches de celles que nous évoquons, notamment le travail réalisé dans les CAT, les Centres d'Aide par le Travail, en particulier pour le public des personnes handicapées. Je travaille dans ce contexte depuis des années et j'ai rencontré, l'année dernière, une difficulté sur un projet pilote. Je devais mener 12 personnes vers une expérience de théâtre. Or la plupart de ces personnes ne savaient ni lire ni écrire. Il fallait donc les amener à se rendre compte que ce qu'ils me traduisaient eux-mêmes oralement se transformait en texte. L'oralité, par la reconnaissance de la valeur de leur propre parole, a donc été restituée en tant que texte. Les personnes qui n'avaient pas vu ces étapes, qui ont duré un an, pensaient que tout avait été écrit directement.



## **Chantal PORTILLOT, écrivain**

Je voudrais que vous m'aidiez à trouver un mot. Vous avez évoqué la stratégie permettant de faire sortir une personne en souffrance de l'hôpital. Je travaille dans un café littéraire, sur un projet de recherche. J'anime aussi un atelier lecture et écriture avec des personnes en difficultés : des enseignants de l'Education Nationale. J'essaie de convaincre le centre dont dépendent ces personnes - certains dépendent de l'hôpital de jour, d'autres de la consultation – en trouvant un mot qui leur convienne. Toutes ces personnes participent également à mon projet littéraire. Je dois donner un titre à ce projet, basé sur une rupture intérieure, et peut-être avec la société telle qu'elle est conçue aujourd'hui. Or je n'arrive pas à trouver le mot qui conviendrait. J'ai pensé que vous pourriez m'aider.

## **Chantal ROBILLARD**

Un monsieur à côté de moi propose le terme " reliure de mots ". Qu'en pensez-vous ?

## **Docteur Gilles ROLAND-MANUEL**

Je ne souhaite pas inventer de mots pour éviter tout néologisme. Mais la réflexion autour de l'art thérapie, comme possibilité de réintégration sociale, est très importante. Pour ma part, je n'évoquais pas la sortie des patients, mais celle de leurs œuvres ou de leur parole, ce qui est déjà bien. Je pense qu'une œuvre qui se promène suscite des retombées. Nous avons été confrontés à un problème éthique dans le cadre du *Papotin*. En effet, les textes, dont certains sont absolument flamboyants, et s'apparentent au surréalisme, se sont taris après quatre ou cinq ans. Nous sommes donc revenus à des textes beaucoup plus basiques. Or ceci nous a beaucoup angoissé et nous nous sommes demandés si nous avions le droit de nous nourrir et de nourrir les lecteurs de leur folie. En effet, peut-être que ces personnes se normalisent, comme tous ceux qui vont mieux. Mais la qualité du journal a diminué dans ce contexte. Nous nous sommes rendus compte que, pour qu'un moteur tourne, il fallait l'alimenter. Or nous demandions à ces jeunes gens de faire de la super-création poétique, alors qu'ils ne connaissaient pas les poètes et qu'ils n'allaient pas au théâtre ou au cinéma. C'était donc peut-être leur statut de personne enfermée qui transparaissait. Nous nous étions faits piéger à les écouter de la sorte. Nous avons besoin d'une autre dimension : celle de la réciprocité dans l'échange culturel, qui n'est jamais univoque si elle est de bonne qualité. Nous avons donc changé notre pratique en mettant en place une stratégie pour que ces jeunes puissent sortir et aller à la rencontre de personnes qui, comme eux, créaient des textes. Driss s'est promené dans des festivals du livre et des festivals de création, ce qui constitue une organisation très difficile, même si nous avons parfois beaucoup ri, notamment au cours de notre voyage au Maroc.

Je ne sais pas comment vous pouvez appeler votre projet, mais je précise que la réciprocité est importante, de même que les modalités de la sortie de l'œuvre ou de la personne. Les concepts que nous avons dans la tête sont déterminants. Après, les mots viennent tout seul. Nous devons savoir quel plaisir nous voulons communiquer, et, ensuite, avoir des stratégies de partage vraies. En effet, lorsque nous travaillons durant 8 ou 12 heures, dans la journée, avec des personnes handicapées, nous n'avons pas envie, le soir, de lire des œuvres de handicapés ou de regarder des films sur les handicapés. Il faut donc que les œuvres que nous transmettons aient une qualité en soit et que les vecteurs soient accessibles pour tous.

**Chantal ROBILLARD**

Merci à tous.

## Atelier n° 4 : Les responsables culturels hospitaliers

*Ont participé à cet atelier :*

*Mary HOOPER, Responsable de projets culturels à l'hôpital de St-Leonard-on-Sea (UK)*

*Brian CHAPMAN, Coordinateur et directeur artistique de l'hôpital St-Mary à Manchester (UK)*

*Erik FABRE-MAIGNE, Délégué aux projets culturels au CHU de Toulouse*

*L'atelier était animé par Carine DELANOE-VIEUX, Responsable culturelle à l'hôpital du Vinatier à Lyon*

### **Carine DELANOE-VIEUX**

Guy Boudet, Chargé de mission au Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, devait être présent parmi nous pour nous faire part de l'état des réflexions du Ministère de la Santé sur un éventuel statut de responsable culturel hospitalier en France. Il ne peut être présent parmi nous en raison d'une grève dans les transports.

Le sous-titre de l'atelier est : comment s'exerce, dans l'hôpital, la fonction de médiateur ou de coordinateur culturel, en France et au Royaume-Uni ? Plusieurs questions peuvent naître de ce sous-titre. Il met d'abord en présence deux termes qui nous interrogent : culture et hôpital. Les responsables culturels hospitaliers doivent-ils être des professionnels de la culture qui interviennent dans l'hôpital ? Ils devraient dans ce cas, pour exercer leur fonction de façon professionnelle, recevoir une formation sur le milieu hospitalier. S'il s'agit de professionnels hospitaliers qui prennent en charge des fonctions culturelles, il faut définir leur charge et leur fonction dans le cadre de l'établissement.

Ce sous-titre pose également la question de savoir si une animation et la coordination culturelle est une fonction ou un métier. La fonction permet un recrutement ouvert et se définit par des missions alors que le métier se définit par une nomenclature et un statut. A l'heure actuelle, le métier de responsable culturel hospitalier n'existe pas en France. Faut-il transformer cette fonction culturelle en milieu hospitalier en métier, et si oui comment, avec quels acteurs et avec quels partenaires ? Les directeurs d'établissement ont un rôle à jouer dans l'évolution de cette fonction ou de ce métier. Il faut également se demander ce que les directeurs d'établissement peuvent attendre d'une fonction culturelle dans leur établissement d'un point de vue politique.

Le métier de médiateur culturel existe non seulement à l'hôpital mais aussi en dehors. Il existe des formations de médiateurs culturels. En revanche, un

coordinateur culturel n'est pas un métier, mais une fonction qui suppose un catalogue ou un ensemble d'activités culturelles ou artistiques avec des intervenants.

La fonction de responsable culturel hospitalier se définit avant tout par des compétences, des conceptions et des mises en œuvre. Le responsable culturel hospitalier occupe simultanément des fonctions de médiation et de coordination : les actions éparées ne font pas un projet.

## **Mary HOOPER**

Je travaille depuis 1998 dans le domaine des projets culturels à l'hôpital. Cette initiative s'est développée sous l'impulsion des autorités sanitaires de la région de Hastings et à l'initiative d'une organisation, le Health Development Trust. A l'époque, l'objectif était de faire en sorte que l'art soit partie intégrante d'un immeuble dès sa conception. J'ai été chargée de mettre en place une stratégie sans avoir le moindre financement. Je me suis donc posé un certain nombre de questions : quel est le rôle d'un coordinateur culturel, comment pouvons-nous incorporer la fonction culturelle dans l'hôpital, quelle est la fonction de la culture dans ce contexte ?

Pour répondre à ces questions, j'ai analysé le fonctionnement d'autres projets. J'ai également recherché les fonds pour commander des œuvres d'art. Nous avons ensuite continué à commander des œuvres d'art pour ce Health Trust, qui œuvre dans une région où se trouvent plusieurs établissements de soin. Après avoir travaillé pendant un certain temps toute seule, je suis désormais entourée d'une équipe de cinq personnes qui travaillent à temps partiel. Nous menons de front plusieurs projets en équipe. Nous commandons des œuvres d'art pour des nouveaux immeubles ou pour des rénovations. Nous développons un programme pour permettre aux artistes, par exemple aux acteurs de théâtre, d'intervenir dans les hôpitaux. Nous favorisons la culture en milieu hospitalier : c'est un bon moyen pour nouer un dialogue avec les personnes qui sont hospitalisées et qui sont des citoyens comme les autres. Nous recherchons des financements pérenniser les programmes culturels.

Nous avons demandé à certains centres de santé de nous dresser la liste des services qu'ils sont censés dispenser aux patients. Ils nous ont indiqué les besoins de leurs patients et les actions qu'ils comptaient mener auprès d'eux pour les aider à guérir. Nous leur avons demandé si l'introduction d'une dimension culturelle dans leur service apporterait un plus en matière thérapeutique. Nous souhaitons d'une part offrir des activités culturels qui soient agréables aux patients, et d'autre part faire en sorte qu'elles aient un véritable impact sur leur santé. Cela nécessite que les artistes travaillent avec le personnel soignant et que les uns et les autres puissent apprendre de leurs pratiques respectives. Nous souhaitons nous inscrire dans une dynamique qui permette d'aboutir à un travail de grande qualité.

Plusieurs intervenants lors de ce colloque ont indiqué que la culture à l'hôpital ne doit pas se distinguer des activités culturelles que l'on peut effectuer en dehors de l'hôpital. Nous pensons au contraire qu'il faut adapter les pratiques culturelles à l'environnement spécifique de l'hôpital. Notre rôle de coordinateur culturel évolue sans cesse : nous nous remettons toujours en question afin de faire en sorte que la culture puisse favoriser l'action des personnels soignants.

### **Carine DELANOE-VIEUX**

Vous assumez un grand nombre de fonctions.

### **Mary HOOPER**

Il est parfois difficile de gérer toutes ces fonctions ensembles. Par ailleurs, nous avons réussi dans notre travail à devenir des partenaires du développement. Nous pouvons ainsi soutenir des programmes de valeur dans les services de santé. Nous essayons de prévoir ces actions culturelles deux ou trois ans à l'avance pour les intégrer dans les programmes de santé, ce qui nous permet de nous concentrer sur la collecte de fonds pour financer de nouveaux projets. Nous collectons des fonds auprès des organismes charitables et des associations. Grâce au partenariat que nous avons établi entre notre équipe de coordinateurs et la direction du Health Trust, ce dernier contribue à la construction de tout nouveau bâtiment à hauteur de 1 %. Nous avons ainsi développé une culture artistique dans cet organisme. Nous essayons cependant de rester ouvert en direction de l'extérieur car nous souhaitons travailler avec de nouveaux partenaires.

### **Erik FABRE-MAIGNE**

C'est par hasard que je travaille dans un hôpital : je suis beaucoup plus à l'aise sur une scène. Cela fait maintenant cinq ans que je suis délégué aux projets culturels. Je travaille en partenariat avec les soignants, les associations et les artistes. Nous sommes tous convaincus de la nécessité de faire entrer la culture à l'hôpital. Nous avons signé des conventions avec les ministères, les DRAC et les agences d'hospitalisation.

Le projet culturel vient d'être intégré dans le projet du CHU de Toulouse par le Directeur Général, ce qui prouve que tant les soignants que les administratifs sont convaincus du fait que les artistes peuvent apporter un réconfort psychologique aux patients. La rencontre entre les artistes et les soignants peut être également riche d'enseignement pour chacun d'entre eux. Toutefois, introduire les artistes à l'hôpital impose des contraintes tant aux artistes qu'aux soignants. En effet, faire rentrer un artiste dans une chambre ou faire sortir un malade pour aller à un spectacle oblige les soignants à adapter leur travail et

leurs soins qui sont souvent effectués à heure fixe. De même, j'ai demandé à une chorégraphe, Myriam Naisi, de venir danser dans les chambres des enfants. La disposition de ces chambres l'a contrainte à écrire une chorégraphie spéciale, qu'elle a appelé une danse avec les mains. Une tierce personne doit s'occuper de gérer ces relations entre les artistes, les soignants et les patients : c'est le responsable culturel hospitalier. Ce médiateur culturel sert de courroie de transmission entre les artistes et les soignants.

Je vais vous décrire ma journée type à l'hôpital. Dès 8 heures du matin, je vérifie mes messages téléphoniques, électroniques ainsi que mon courrier : je suis en effet assailli de propositions pour d'interventions artistiques. Il faut faire un tri entre ces diverses propositions. De 8h30 à 9h00, une fois par semaine, je fais le point avec l'infirmier général et une fois par mois avec le Directeur d'établissement. Vers 9h00, je me rends dans les services de soin et je discute avec les soignants pour savoir comment se passent les différents ateliers : contes, ateliers d'écriture poétique, clowns, etc. Vers 9h45, une fois par semaine, je vais chercher les artistes à l'accueil, voire à la gare ou à l'aéroport s'ils viennent de loin. Je les amène ensuite dans les unités de soin, je les présente aux équipes et je les introduis dans la chambre des patients. Ces derniers ont été prévenus, mais ils ont le droit de refuser cette intervention artistique.

Le jour du spectacle mensuel, je me rends dans la salle de spectacle pour préparer la salle, installer les chaises et mettre en place la sonorisation selon la fiche technique. Les autres jours, je travaille sur les différents contrats de cession de spectacle et sur les conventions de partenariat ou je prépare les réunions des commissions culturelles des différents établissements. Ces commissions, qui ont lieu au moins une fois par mois, de 12h30 à 14h00, sont les instances qui décident collégialement de la programmation. Nous prévoyons les spectacles six mois à l'avance, voire un an à l'avance pour les spectacles destinés aux enfants. Les soignants ont souhaité être partie prenante des choix : je suis là pour leur faire des propositions. Vers 12h30, je vais déjeuner avec les artistes. A 14h00, je reviens dans les services de soin s'il y a une intervention au chevet des malades ou j'épaule les bénévoles des associations pour amener les malades dans la salle de spectacle. Le spectacle a lieu aux alentours de 15h00.

S'il n'y a pas de spectacle, je rencontre les partenaires associatifs, les pouvoirs publics ou les organismes institutionnels : les interventions ne pourraient avoir lieu sans ces partenaires. Les soignants ont en effet décidé de travailler en partenariat avec les associations dont certaines se trouvent depuis longtemps dans l'hôpital. Ainsi, la bibliothèque de prêt de l'hôpital des enfants, qui est équipée l'éditeur régional Milan Jeunesse, est gérée par l'école des enfants hospitalisés. Elle ne pourrait pas fonctionner sans les bénévoles, qui amènent les livres au chevet des enfants et leur font la lecture si nécessaire. Par ailleurs, nous avons besoin de recevoir des subventions des institutions pour fonctionner. Ainsi, nous travaillons sur un projet de jumelage avec l'Espace régional d'art

moderne et contemporain qui est mitoyen de l'hôpital. Il est d'ailleurs prévu d'ouvrir l'hôpital sur cet Espace. Une convention prévoit l'intervention de deux plasticiennes dix jours par an pour un coût de 100 000 francs, qui seront répartis entre la DRAC, l'Agence régionale de l'hospitalisation, le CHU de Toulouse et une association, Hôpital sourire. Cette association nous permet de financer la programmation artistique annuelle de l'hôpital des enfants ainsi que l'aménagement du centre d'animation, la salle de spectacle et enfin la mise en place d'un canal de télévision interne. Hôpital sourire a reversé plus de deux millions de francs à l'hôpital des enfants depuis sa fondation en 1997.

Sans artiste, il n'y aurait pas de culture vivante à l'hôpital. Mes goûts m'ont toujours conduit à travailler auprès des artistes. Je continue à voir un grand nombre de spectacles, tant par intérêt personnel que pour préparer des interventions dans l'hôpital. Les artistes doivent s'adapter aux demandes des soignants et accepter de s'introduire en douceur dans les services. Ils doivent enfin respecter la quiétude des unités de soin. Yehudi Menuhin a créé une fondation en 1994, Muse, qui favorise l'enseignement du chant, de la musique et de la danse dans les écoles. Il dit : " L'art est la seule discipline qui réunisse l'émotion et la pensée. Chaque progrès en art, comme dans un traitement médical, donne une satisfaction et un nouvel espoir qui est suspendu par l'apparition d'une nouvelle difficulté. Par le biais d'une expression artistique, on peut rétablir chez l'enfant hospitalisé un équilibre perdu, une communication fragilisée avec le monde extérieur ". Chez la personne âgée, l'art constitue également un stimulus intellectuel aux effets bénéfiques. Les interventions de conteurs en gérontologie sont ciblées en fonction de l'origine géographique des personnes qui nous sont confiées (l'Ariège, le Tarn, l'Espagne ou l'Italie). Le travail qui s'ensuit est très important pour les médecins. Il est réalisé dans plusieurs sites pilotes sur la région Midi-Pyrénées, en partenariat avec la théâtre de la Digue de Toulouse.

Le responsable culturel hospitalier doit établir des ponts entre les artistes et les soignants. Une connaissance des milieux soignants et artistiques lui est donc indispensable. Ces connaissances doivent être de plus en plus professionnelles. J'avais demandé à Alain Moglia, violoniste et Directeur de l'orchestre de chambre de Toulouse, d'être présent parmi nous. Malheureusement, il a été victime d'un malaise hier lors d'un enregistrement. Son orchestre est jumelé avec l'hôpital des enfants depuis le mois d'octobre 1997. Il donne un concert pour la fête de la musique et pour Noël. Deux quatuors interviennent tous les deux mois auprès des enfants. L'orchestre invite les enfants qui peuvent sortir de l'hôpital aux répétitions des concerts. Des musiciens de l'orchestre parrainent aussi des enfants qui suivent des études musicales : ils leur apportent leurs connaissances et leur chaleur humaine en venant dans leur chambre lors de visites privées. Alain Moglia a indiqué lors de la signature de la convention de jumelage : " L'orchestre de chambre a décidé d'aller à la rencontre des enfants hospitalisés pour rompre l'isolement qu'ils ressentent malgré le dévouement des soignants et même si leur famille est présente et qui les rend temporairement

différents des autres enfants. Cet isolement est encore plus cruel quand on ne peut pas se déplacer ou très peu. Le musicien a un rôle de thérapeute à jouer avec tous les publics, avec les populations isolées en général et les enfants malades en particulier qui sont avides de connaître et de communiquer. C'est aux artistes de faire le premier pas pour cette rencontre. En effet, le musicien ne se contente pas de faire de la musique, mais il parle, il présente des œuvres, et je suis ravi de le faire ”.

Le responsable culturel hospitalier doit être comme un poisson dans l'eau à l'hôpital. Plus il sera connu et reconnu, plus les projets seront consensuels. Si ce nouveau métier n'est pas reconnu statutairement en France, les bonnes volontés risquent de s'essouffler. La semaine dernière, un responsable culturel hospitalier a démissionné et un autre a été remercié. J'attends beaucoup de la réflexion de la Direction des hôpitaux sur ce sujet.

### **Carine DELANOE-VIEUX**

Je retrouve dans votre témoignage un certain nombre de points communs avec l'intervention de Mary Hooper : le responsable culturel hospitalier sert de courroie de transmission entre les soignants et les artistes, recherche des fonds et sert d'interface entre les associations et les pouvoirs publics. Je note que le programme culturel a été intégré au projet d'établissement, ce qui en fait un axe institutionnel. Toutefois, le responsable hospitalier ne devrait-il pas plutôt être rattaché à un territoire plutôt qu'à une institution ?

### **Brian CHAPMAN**

Je gère des projets et je coordonne le travail de coordinateurs culturels. Je suis également un commanditaire d'œuvres artistiques. Le siège de notre organisme se situe à Manchester. Nous travaillons dans des régions très déshéritées. Notre travail consiste donc à tisser un lien entre l'hôpital et les communautés vivant alentour. Nous essayons de favoriser la participation de différents acteurs à certains événements ponctuels ou à l'organisation de certaines activités. Je travaille dans ce domaine depuis 20 ans. De nombreux changements sont intervenus depuis cette époque. Il faut désormais jongler avec des décisions prises au niveau national, régional et local et avec les modifications qui découlent de ces décisions et qui ont un impact tant au niveau des sources de financement que des projets artistiques. Nous devons gérer à la fois l'aspect bureaucratique de l'institution et les projets artistiques. Il nous faut également faire la part des choses entre notre sensibilité artistique et la recherche d'une intervention artistique qui soit la plus pertinente selon le contexte. Une grande partie de notre travail consiste justement à comprendre ces différents contextes. Nous travaillons avec tous les services de santé : gérontologie, pédiatrie, oncologie, etc. Il est nécessaire d'assurer la pérennité de ces actions.



Notre structure fut le premier organisme consacré à l'art à l'hôpital à s'être implanté en Grande-Bretagne. Elle comprend cinq responsables culturels. Nous dépendons du Health Trust par l'intermédiaire de l'hôpital. Trois Health Care Trust nous subventionnent sur Manchester. Nous recevons également des fonds de la région, mais aussi d'autres partenaires, de mécènes ou de fonds de charité. Nous avons un statut associatif. Nous gérons plusieurs projets répartis dans quatre domaines différents : des projets d'organisation d'espaces dans les hôpitaux ; des projets dans le domaine de la santé ; des projets pour susciter l'expression et le partage d'idées et des projets autour de la question de l'environnement des patients. Ainsi, nous faisons en sorte d'intégrer la dimension culturelle dans la création de nouveaux bâtiments.

Il y a quelques années, nous avons développé un projet dans un hôpital psychiatrique avec un peintre et un sculpteur. Plusieurs œuvres d'art ont été produites par les malades et un CD-Rom a été réalisé, ce qui a permis aux malades de faire connaître leurs œuvres. Nous avons également exposé un certain nombre d'œuvres dans une galerie.

Un autre projet a consisté à faire travailler les artistes avec des architectes, des médecins, des infirmières et des enfants afin d'élaborer une unité d'urgence pédiatrique d'un nouveau genre. Les artistes ont intégré dans les plafonds des œuvres, ce qui permettait à des enfants qui restaient allongés de regarder des œuvres.

Un livre a aussi été conçu pour répondre à la fermeture d'un hôpital qui était très apprécié par les patients. Il a rassemblé un grand nombre de témoignages, de photographies et de dessins réalisés par d'anciens patients.

Par ailleurs, un lien a été tissé entre des enfants du Zimbabwe et des enfants hospitalisés à Manchester. Ils évoquent la question de la leucémie avec l'aide de musiciens qui leur permettent de créer des images sonores sur Internet.

Un artiste travaille aussi dans la rue et interview les passants sur leur besoin en termes de santé. L'objectif est d'imaginer un nouveau programme de développement de la santé à Manchester.

Il est possible de travailler de multiples façons avec les artistes : ce peut être dans différents services ( gériatrie, pédiatrie...), mais aussi dans des domaines différents (architectures, décoration, danse, peinture...). Toutes ces expériences sont positives : il faut qu'il y en ait le plus possible. Il faut éviter que tout soit géré par les autorités sanitaires. La culture à l'hôpital est l'affaire de tous : c'est ainsi que l'on pourra faciliter une meilleure perception des œuvres artistiques, promouvoir des soins de santé plus adaptés et améliorer la vie de tous.

## Questions et débats

### **Carine DELANOE-VIEUX**

Le responsable culturel hospitalier est confronté à quatre questions :

la question du maintien dans l'institution hospitalière un espace public ou une communauté ;

la question des transformations de l'établissement, qui peuvent être accompagnées par l'art et la culture ;

la question du partenariat : le responsable culturel hospitalier se caractérise par sa capacité à tisser des dialogues avec différents partenaires et à faciliter la porosité de milieux divers ;

La question de savoir s'il faut laisser le contexte décider de la fonction culturelle en milieu hospitalier, chaque action artistique étant déterminé par les besoins de l'établissement, ou s'il faut faire du responsable culturel hospitalier un métier, avec une méthodologie, un statut, des compétences professionnelles identifiées et un déroulement de carrière.

### **Elisabeth de la JENARDIERE, association Tournesol**

Je suis médiateur culturel bien que je n'appartienne pas à l'institution hospitalière. Après un certain temps d'existence, il apparaît nécessaire de se regrouper en association. Il m'apparaît indispensable de conserver une certaine autonomie par rapport aux structures afin de faire vivre une activité culturelle novatrice, dans un hôpital qui reste une structure plutôt traditionaliste. Une structure indépendante, comme une association, permet de renforcer la présence et le rôle des médiateurs dans l'hôpital. L'association permet également de réunir les artistes et les responsables de l'hôpital dans une même structure afin de réfléchir aux projets et de trouver les financements.

Par ailleurs, les responsables culturels hospitaliers ont des origines très diverses. Il faudrait qu'ils puissent se former pour disposer d'outils plus récents. Il existe déjà des formations culturelles. Ainsi, les animateurs culturels titulaires du DEFA reçoivent une formation de plusieurs années pour exercer le métier de médiateur culturel.

Il est enfin nécessaire qu'il y ait un référent au niveau de la Direction et qu'il y ait des conventions passées avec la Direction. En effet, si un Directeur d'établissement est favorable à une action culturelle, il recrutera un médiateur culturel. S'il part, le médiateur culturel pourra se retrouver isolé : il faut donc que son recrutement soit ratifié par l'établissement par une convention afin de

faire perdurer l'action culturelle.

### **Carine DELANOE-VIEUX**

Il existe effectivement un grand nombre de manières d'exercer la médiation ou la coordination culturelle.

### **Erik FABRE-MAIGNE**

La mise en place d'un réseau de responsables culturels hospitaliers est en effet une question importante. Nous essayons, avec une dizaine d'autres responsables, de constituer un réseau afin d'échanger nos expériences mais aussi de réfléchir à la diversité de nos statuts et à la nécessité de créer un grade particulier.

### **André FERTIER, Président de Sémaphore**

Concernant le pouvoir de décision sur l'action culturelle à l'hôpital, Van Gogh indiquait dans une lettre à son frère Théo qu'il se sentait " vraiment imbécile de devoir demander la permission de peindre à ses médecins "...

La fonction d'animateur culturel a été créée dans le cadre de la fonction publique hospitalière par un arrêté de 1996. Le problème du statut des responsables culturels hospitaliers pose la question de ses rapports hiérarchiques avec les agents hospitaliers qui ont une fonction d'animateur. Ces questions d'action culturelle devraient être repositionnées par rapport au droit d'accès à la culture qui est défini par la loi d'orientation de 1975 sur l'accès aux loisirs et aux sports ou le traité d'Amsterdam sur la non-discrimination mais aussi par rapport à des notions de politique d'action culturelle générale. Ainsi, les contrats de ville ne prennent pas en compte les populations hospitalisées qui sont donc exclues de ces politiques d'action culturelle.

### **Carine DELANOE-VIEUX**

L'action culturelle en milieu hospitalier doit en effet s'inscrire dans le cadre de la politique culturelle des collectivités territoriales.

## **José SAGITE, Délégué culturel au Centre hospitalier du Rouvray**

Je travaille en psychiatrie depuis longtemps. Ce terme de délégué culturel n'est apparu que récemment. Je suis infirmier de formation et j'ai intégré une dimension culturelle dans mon travail pour des raisons personnelles. Les délégués culturels viennent d'horizons très variés. Certaines personnes ont une culture très universitaire, d'autres sont des emplois-jeunes. Il est nécessaire de légitimer cette fonction pour la pérenniser. Il est effectivement nécessaire de mettre en place un réseau pour faire aboutir la réflexion sur les responsables culturels hospitaliers. Je ne sais pas s'il faut leur donner un statut : je ne suis pas concerné par cette question. En psychiatrie, l'intervention de la culture est très ancienne et ne poursuit pas les mêmes objectifs que dans les autres services. La culture est une composante du soin. L'arrivée des artistes ou le fait de sortir pour aller dans des équipements culturels sont des événements importants pour les malades. Nous préférons d'ailleurs sortir de l'hôpital pour permettre aux malades de renouer des liens avec la société et les pratiques culturelles.

Je suis également responsable d'un festival, Art et déchirure, qui traite de la culture, de la santé mentale et de la folie. Si des personnes sont intéressées par ce thème, elles peuvent me contacter.

## **Carine DELANOE-VIEUX**

Dès qu'il y a émergence d'une nouvelle fonction, il faut définir les métiers qui lui sont concomitants comme les animateurs culturels ou les médiateurs culturels.

## **Catherine FERRET, Musée Gadagne de Lyon**

Les médiateurs culturels du Ministère de la Culture n'ont toujours pas réglé la question de leur statut. Il faudrait peut-être que les médiateurs culturels du Ministère de la santé nous contactent pour que nous réfléchissions ensemble à ce problème. En revanche, nous avons réglé la question des responsabilités de ce médiateur culturel au Ministère de la Culture, ce qui est fondamental. En effet, lorsque nous devons nouer des contacts avec des hôpitaux, nous ne savons pas à qui nous adresser : le médiateur culturel n'est en général pas le bon interlocuteur en termes hiérarchique et fonctionnel. Plus les responsabilités hiérarchiques du médiateur culturel dans les hôpitaux seront importantes, plus la mise en place de partenariats sera facilitée. La question du statut aura aussi des implications financières. Les budgets consacrés à la culture dans les hôpitaux sont en effet résiduels. Or, créer la fonction signifie créer la ligne budgétaire. C'est d'ailleurs ce qui pose problème.

## **Guy EADS, Coordinateur culturel hospitalier, île de Wyat**

Les hôpitaux sont dirigés par des médecins ayant une formation scientifique. La santé publique est plutôt gérée par des politiques. Les projets culturels devraient donc plutôt être gérés par des artistes car ils pensent surtout en langage non verbale : ils utilisent leurs sens pour communiquer avec les gens. Les organismes de formation artistique devraient envisager de créer des programmes de formation des responsables culturels hospitaliers.

## **Brian CHAPMAN**

Nous avons également des actions de formation. Nous faisons appel à des étudiants détachés de certaines universités. Cela nous a été très utile pour créer une nouvelle base de donnée nécessaire à la gestion de notre système. Un sculpteur est également rattaché à notre association dans le cadre d'un programme de mise en œuvre. Notre objectif est de l'intégrer dans notre environnement et peut-être à terme de créer un nouveau poste de responsable culturel hospitalier. Par ailleurs, il était indispensable que la direction du Trust annonce officiellement, dès le début du projet que je dirige actuellement, que la politique culturelle faisait partie intégrante de la politique de santé de la région. Ce soutien s'est révélé indispensable. De même, il faut nommer un responsable culturel dès le début d'un projet pour le faire aboutir. Il doit être rattaché directement à la Direction des services de santé. Le programme culturel doit faire partie intégrante de ces services.

## **Marie-Christine OBEN CALCELLI, Responsable du théâtre de l'hôpital psychiatrique Edouard Toulouse de Marseille**

Le théâtre a été inauguré au mois d'octobre et la programmation tout public a débuté au mois de novembre. Lors de la signature de la convention entre les Ministère de la culture et de la Santé en 1999, j'étais un peu inquiète devant la politique de recrutement des responsables culturels hospitaliers : la priorité était donné aux emplois jeunes et la formation de ces responsables était limitée à deux sessions de 15 jours par l'ARSEC. Il me semble pourtant qu'il existe une différence entre un responsable culturel hospitalier et un animateur. En effet, un projet culturel s'inscrit dans un projet d'établissement : il ne se limite pas à une opération de 15 jours. Il faut mener une réflexion avec l'équipe soignante et d'autres partenaires extérieurs qui doivent comprendre le projet pour le soutenir. C'est notamment vrai pour les mécènes qui ont besoin d'avoir des perspectives. En tant que responsable culturelle hospitalier, je suis chargée de la mise en place d'une politique culturelle au sein d'un hôpital que je mets en place avec l'équipe soignante et avec des animateurs culturels. Par exemple, l'animateur culturel va prendre en charge un projet précis portant sur la lecture. Le responsable culturel hospitalier a une vision globale de l'ensemble des activités culturelles qui rentrent dans le projet culturel. Il faut donc réfléchir au profil du responsable du culturel hospitalier, sinon on estimera que n'importe quel jeune peut s'occuper de la politique culturelle d'un établissement, ce qui est faux. Ce poste demande une réflexion préalable sur ce qu'est un projet culturel, et notamment un projet culturel dans un hôpital. Ensuite, il faut faire attention aux types d'opérations qui sont menées à l'intérieur d'un hôpital : il faut essayer d'ouvrir l'hôpital psychiatrique sur l'extérieur mais il faut en revanche bannir certaines opérations qui sont contestables d'un point de vue éthique.

## **Ellen MALEN**

Je suis conseillère artistique pour un organisme anglais de financement de la culture. Je souhaiterais savoir si les intervenants estiment qu'un programme culturel peut permettre de fidéliser le personnel.

## **Mary HOOPER**

Le département de la santé a récemment affecté de l'argent au Health Trust en vue de rendre l'environnement plus accueillant pour le personnel soignant. En fait, celui-ci souhaite d'abord des effectifs supplémentaires, de meilleures conditions de travail et une rémunération plus attractive. Par ailleurs, notre travail conduit à tisser des liens entre le personnel soignant et les artistes, ce qui peut constituer une source d'amélioration des conditions de vie de ce personnel. On considère que notre action permet effectivement en ce sens de retenir le personnel soignant.

## **Brian CHAPMAN**

Il y a trois ans, un responsable d'un hôpital nous a demandé d'intervenir pour améliorer l'ambiance à l'intérieur d'un hôpital qui était très mauvais en raison de nombreux conflits entre les différents services. Il a fallu réorganiser les services en associant les effectifs à cette démarche. Nous avons rassemblé les salariés pour leur permettre d'exprimer leur volonté. Cette démarche s'est traduite par une amélioration de l'ambiance dans les services.

## **Carine DELANOE-VIEUX**

Il existe une pénurie d'infirmière dans les hôpitaux français. Un Directeur de service de l'hôpital du Vinatier m'a indiqué qu'il venait de recruter une infirmière qui ne connaissait pas l'hôpital. En revanche, elle connaissait la ferme du Vinatier, le projet culturel de l'hôpital, ce qui lui avait donné envie de venir y travailler.

## **De la salle**

L'école nationale de musique et de danse du Puy-en-Velay intervient sur l'ensemble de la communauté d'agglomération qui a été constituée il y a un an. Cette école a noué des relations avec le centre hospitalier auquel elle fournit des prestations. Le problème est que l'on ne connaît pas trop le profil idéal des responsables culturels hospitaliers ni les fonctions qu'ils doivent occuper. Ils n'ont pas de statut. L'aspect financier des activités culturelles en hôpital n'est pas neutre non plus pour les petites régions. La DRAC apporte des aides mais les demandes sont de plus en plus fortes : des services identiques existent dans les prisons ou les missions locales. En qualité d'élue, j'aurais souhaité savoir quel est le statut de ces personnes, qui les paye, à qui elles sont rattachées, etc.

## **Carine DELANOE-VIEUX**

Aucune réponse ne sera apportée dans l'immédiat à cette demande. La réflexion est encore en cours sur la question du statut. La position du responsable culturel hospitalier dépend de la volonté politique des directeurs d'établissement, des potentiels culturels de la région, de l'engagement des DRAC et des Agences régionales d'hospitalisation. Par ailleurs, certaines personnes ont été embauchées sur des postes d'animateurs, de coordinateurs, de médiateurs ou de responsables culturels, mais elle n'ont pas de budget. Ce n'est pas très normal : la politique culturelle de l'hôpital ne peut être financée intégralement par les dons des mécènes ou par les subventions. Au Vinatier, il existe une ligne budgétaire pour conduire des projets. Je passe cependant beaucoup de temps, pour chaque projet, à réaliser des montages financiers qui sont parfois très compliqués.

## **Patrice MARIE, Chargé de la culture à l'hôpital, Ministère de la Culture**

Notre travail consiste à aider les hôpitaux à se doter d'une véritable politique culturelle et à ne pas se contenter d'actions morcelées, confuses, où l'on ne sait pas très bien ce qui est thérapeutique et ce qui ne l'est pas. Il faut donc inscrire la culture dans un projet d'établissement. Le Directeur de l'établissement doit affirmer que la culture est importante pour son établissement et doit choisir l'organisation pour mettre en place la culture dans l'hôpital. Cette organisation passe par la présence d'un responsable professionnel qualifié. En effet, il n'existe pas dans l'hôpital de personnes compétentes en matière de culture. Le responsable culturel hospitalier, chargé de la coordination de la politique culturelle de l'hôpital, n'est pas un animateur. L'animateur est celui qui va s'occuper d'un atelier avec des patients. Cela n'a rien à voir avec le responsable culturel, qui est rattaché à la Direction de l'hôpital et qui met en place la politique culturelle de l'établissement.

Ce mouvement que nous avons lancé est récent. Il touche des hôpitaux psychiatriques, comme le Vinatier qui est le deuxième hôpital psychiatrique de France et qui a mis en place une politique exemplaire dans ce domaine, mais aussi des hôpitaux généraux. La culture prendra des formes très diverses selon les cas : ce sera l'aménagement d'une salle d'accueil ou d'une salle d'opération, la réalisation par des artistes de la signalétique de l'hôpital, un jumelage avec un équipement extérieur, l'intervention d'artistes dans l'hôpital, etc. Le problème est que nous avons beaucoup de mal à définir clairement la place de la culture à l'hôpital. Le personnel hospitalier confond souvent beaucoup de choses : l'art comme thérapie, la création artistique, l'animation, le travail des bénévoles, la simple décoration de l'hôpital, etc. De même dans le milieu culturel, cette confusion est fréquente. Un grand nombre d'artistes pensent qu'il s'agit seulement d'aider les patients à passer le temps. Ils ignorent que les interventions à l'hôpital nécessitent un professionnalisme et des compétences spécifiques.

## **Carine DELANOE-VIEUX**

Comme l'a indiqué Brian Chapman, la politique culturelle doit aussi se définir en fonction des transformations du milieu de la santé subies par les établissements et de la perception de la question de la santé par les populations.



## **De la salle**

Je suis infirmière et chargée de mission culturelle. Le médiateur culturel a un rôle humain important. Certains artistes ont eu le courage de travailler dans les hôpitaux avant même la mise en place des conventions culture/santé. D'autres artistes aimeraient le faire mais n'osent pas car ils ne sont pas habitués à ce type de public. Le médiateur culturel doit les aider et les accompagner dans cette démarche. De même, des actions sont montées dans certains services et certaines personnes semblent réticentes quand on leur propose d'étendre leur action à un autre public : ils ne s'en sentent pas capables ou ils estiment que leur action ne mérite pas tant d'honneurs. Le rôle du responsable culturel est justement de les rassurer et de leur faire prendre conscience de l'importance de leur travail. Le responsable culturel hospitalier doit avoir, pour mener à bien son travail, une bonne connaissance du milieu culturel et une bonne connaissance du milieu hospitalier. Par ailleurs, sa crédibilité sera renforcée si son action s'appuie sur une politique culturelle claire de l'établissement.

## **Barbara GALLIVER, Hôpital de Glasgow**

En Ecosse, nous essayons d'étudier ce point sous un angle à la fois européen mais aussi régional. Le renforcement du rôle du Parlement écossais s'est traduit par le développement des politiques d'inclusion sociale, d'apprentissage en direction des adultes, etc. Le Parlement écossais et la municipalité de Glasgow ont reconnu l'importance de la culture à l'hôpital. L'accès à la culture des personnes exclues ou malades contribue à renforcer la cohésion sociale. Il faut accélérer la coopération européenne dans ce domaine. Par ailleurs, un artiste peut parfaitement devenir responsable culturel hospitalier. Je souhaiterais rencontrer des personnes désirant travailler sur ce sujet au niveau européen.

*Mardi 6 février*

*Matin*

Les jumelages entre hôpitaux et équipements  
culturels  
Séance plénière

*Ont participé à cette séance :*

*Philippe BOUTELOUP, directeur de Musique et Santé*

*Hélène KOEMPGEN, responsable des ateliers pédagogiques de la Cité de la Musique*

*Docteur Marie-France Le HEUZEY, psychiatre pour enfants et adolescents à l'hôpital Robert Debré*

*Isabelle FUCHS, plasticienne*

*Michel KRETZ, chef du service pédiatrie de l'hôpital de Colmar*

*Monique FUCHS, administratrice de Haut-Koenigsbourg*

*Patrice MARIE, Ministère de la Culture et de la Communication*

*La séance était animée par Anne de CHALENDAR, journaliste à France 3 Alsace*

**Anne de CHALENDAR**

Les expériences de partenariat entre hôpitaux et équipements culturels se multiplient depuis quelques années et permettent un enrichissement mutuel des partenaires. Nous verrons deux démarches concrètes qui se sont développées au cours de plusieurs années.

I. La logique des jumelages

**Patrice MARIE**

Pour vous expliquer cette logique, je vous demande de penser à l'hôpital. C'est un endroit au sein d'une ville que tout le monde connaît, où pratiquement tout le monde est allé, où des personnes travaillent, où des personnes sont hospitalisées, où des personnes vont faire des visites. Il s'agit donc un lieu familier et important de la ville. C'est également un lieu symbolique : le lieu de la maladie et de la renaissance.

Dans la même ville ou dans la même région, des espaces sont réservés à la culture : un théâtre, une bibliothèque, un monument historique. Ces lieux sont également des lieux familiers de la ville. Ce sont souvent des lieux publics, mais qui ne sont ni fréquentés de la même manière que les hôpitaux, ni fréquentés

autant.

## 1. Une démarche à double sens

Notre idée est d'aider l'équipement hospitalier et l'équipement culturel à se rencontrer. Ces bâtiments sont animés par des personnes mobiles. La demande d'activité culturelle dans l'hôpital croit. Mais on manque de savoir-faire pour y mettre en place cette activité culturelle car les personnels sont très occupés par le soin et car il n'y a pas de responsable professionnel. Du côté de la culture, il existe un désir d'atteindre des publics que l'on ne peut toucher en mettant simplement une affiche ou en vendant un billet, un désir d'atteindre des personnes qui ne sont pas forcément habituées à fréquenter l'équipement culturel. Dans une ville, beaucoup de gens passent devant les musées sans jamais y entrer et passent devant une bibliothèque sans avoir l'idée de s'y inscrire. Il peut être intéressant pour l'équipement culturel d'essayer de travailler avec l'hôpital car la population de la ville se retrouve à un moment ou à un autre dans cet hôpital. Il est important que chacun trouve son compte dans un partenariat.

Il faut d'abord provoquer cette rencontre. La première étape est la rencontre humaine entre la direction de l'hôpital et celle de l'équipement culturel. Le terme hôpital inclut toutes sortes de centres de soins comme les centres médico-sociaux ou encore les maisons de retraites. Les équipements culturels regroupent quant à eux les musées, théâtres, centres d'art, conservatoires, monuments historiques, voire les compagnies de théâtre ou de danse.

Les personnes se rencontrent et s'interrogent sur le projet à mettre en place. Elles doivent imaginer des programmes d'actions qui seront particuliers en fonction du contexte. On peut imaginer que l'équipement culturel propose des activités à l'hôpital, comme une exposition, une représentation théâtrale dont les comédiens iraient dans les chambres voir les patients, la création d'une bibliothèque d'hôpital liée à la bibliothèque de la ville... Beaucoup d'idées peuvent jaillir quand les personnes discutent sur un pied d'égalité et ont de l'imagination. L'équipement culturel peut aussi proposer au personnel de l'hôpital de venir à lui.

Il est important de souligner l'égalité de professionnalisme, de démarche entre l'hôpital et la culture. Les deux savoir-faire nécessitent des compétences et une rémunération. La culture représente souvent pour l'hôpital une activité peu valorisée, et elle verra un caractère social à son action envers l'hôpital. Les deux compétences sont au contraire absolument fondamentales pour la réussite de l'action. Je suis convaincu que les personnels hospitaliers ont envie d'avoir face à eux des professionnels de la culture qui les prennent au sérieux et qui ne pensent pas que l'hôpital se contentera de n'importe quoi. La question du respect des personnes et du respect de l'action culturelle est fondamentale.

Ainsi s'organisent ces échanges et nous verrons tout à l'heure que des enfants malades sortent de l'hôpital pour aller visiter un équipement culturel ou participer à une action. Le jumelage est donc un outil d'ouverture sur la cité. La conception de l'équipement culturel consiste à aller vers les publics et donc à sortir de ses murs.

## **2. La notion de projet artistique**

La notion de projet artistique est un autre aspect important du jumelage. Le projet artistique correspond au travail que les artistes vont effectuer dans l'hôpital, avec des patients et avec le personnel soignant. Ils vont travailler pour un but commun. L'aboutissement de ce qui a été organisé dans le cadre du jumelage est important car il correspond à la restitution des efforts. Ce peut être, par exemple, une fête où la population sera conviée. L'hôpital est un monde clos et il est important de pouvoir montrer ce que l'on y fait, car c'est valorisant pour les participants et cela peut permettre de faire connaître l'action. La proposition de Madame Tasca d'organiser chaque année des journées de l'art à l'hôpital, que nous espérons internationales, participe aussi de cette idée de présenter ses travaux pour les faire connaître.

## **3. Le financement du projet**

Les hôpitaux français ne disposent pas de budgets spécifiques pour la culture et le Ministère n'a pas de budget destiné aux hôpitaux. L'hôpital et le Ministère doivent tous deux avoir la volonté de financer un projet artistique pour parvenir à dégager des crédits. Il s'agit de rémunérer les artistes et de couvrir les frais engagés.

Le Ministère de la culture a imaginé un dispositif qui consiste à associer des fonds publics et privés. Nous avons créé un club d'entreprises intitulé " le cercle des partenaires de la culture à l'hôpital ". Le Ministère a signé une convention sur trois ans, renouvelable, avec une dizaine d'entreprises et de fondations d'entreprises. L'accord passé exige que les projets naissent dans les régions et soient expertisés par les directions régionales des affaires culturelles (DRAC). Si ces projets sont approuvés, le cercle des partenaires les présente aux entreprises qui les financent pour trois ans, à hauteur de 30 000 francs par an. Ce partenariat avec les entreprises constitue une partie de la solution que nous pouvons apporter au financement.

## II. Le jumelage du château de Haut-Koenigsbourg avec l'hôpital de Colmar

### Monique FUCHS

Je tiens tout d'abord à remercier Patrice Marie de nous avoir aidés à réaliser ce projet. Ce jumelage présente trois aspects :

la possibilité pour nous de faire découvrir notre monument *extra muros*. Un monument n'est en effet pas mobile.

la sensibilisation d'un public différent de celui que nous connaissons, à savoir les touristes et les scolaires. Nous avons affaire à des enfants très réceptifs, mais qui ne participaient pas tous à toutes les séances.

l'obtention d'un financement. Nous disposions de 30 000 francs débloqués par la fondation Suez-Lyonnaise des eaux, et la DRAC y a ajouté 30 000 francs, soit un budget annuel de 60 000 francs.

Il nous a fallu réunir des conditions humaines : une forte complicité et une grande confiance se sont établies entre les animateurs, les intervenants, et le personnel hospitalier. Il fallait une grande coordination entre les intervenants de façon à ce que l'idée soit intégrée au quotidien de l'hôpital.

Le projet artistique est à la fois le support et la mémoire de ce projet. Il fallait trouver un fil conducteur pour chaque année, qui permette aux enfants de profiter d'une séance ponctuelle ou bien de suivre le projet sur plusieurs années en fonction de la durée de son hospitalisation. Nous avons abordé plusieurs thèmes, comme celui de la princesse qui attend le retour de son mari à sa fenêtre. Cette fenêtre est magique et lui permet de découvrir la vie au loin du château et la vie à l'intérieur du château. Une autre année le comte était malade et les enfants ont dû chercher les médecines nécessaires pour le soigner. Cela a abouti à une fête mémorable au château.

Les séances se sont principalement déroulées à l'hôpital. Nous avons néanmoins organisé quelques rendez-vous au château. Nous avons besoin d'animateurs motivés, capables d'approfondir les thèmes choisis de façon ludique et sur le long terme. Nous avons maintenant engagé trois animateurs à l'année au château.

Les retombées pour le château consistent principalement en une plus grande ouverture d'esprit. Cette opération a répondu à mes attentes vis-à-vis du service public. Nous avons vu pour la première fois, des enfants de quartiers défavorisés, de cultures différentes, amener leurs parents au château lors des journées du patrimoine. Nous avons donc participé à l'intégration de ces personnes.

## **Anne de CHALENDAR**

Pourriez-vous nous expliquer les spécificités de ce château, afin de donner envie au public de venir le visiter ?

## **Monique FUCHS**

C'est un château fort de montagne, perché à 750 m d'altitude. Il a été construit au XII<sup>ème</sup> siècle, reconstruit au XV<sup>ème</sup> et restauré entre 1900 et 1908 par l'Empereur allemand. A partir des années 1980, la château a commencé à être considéré comme un lieu permettant de se familiariser avec la vie quotidienne d'un château à la fin du XV<sup>ème</sup> siècle.

## **Michel KRETZ**

J'ai été d'emblée enthousiasmé par ce projet de jumelage, lorsque Patrice Marie me l'a soumis. Nous avons fait, dans le service, l'expérience des interventions artistiques ponctuelles, mais l'élaboration et la réalisation d'une action prolongée sur une année nous posait un énorme problème en raison de la durée moyenne de séjour des enfants, qui n'est que de trois jours. Après une réunion avec l'ensemble des intervenants, nous avons décidé de proposer à tous nos enfants malades chroniques et à nos jeunes voisins du quartier de participer à ce projet pour assurer l'ossature du groupe et être la mémoire vivante de tout ce qui se réalise. Pour compléter leur rôle, nous avons créé un fil conducteur : nous avons réalisé un livre et les thèmes des séances du jumelage ont été repris par l'équipe des éducatrices de jeunes enfants et par l'institutrice.

Je tiens à souligner le rôle primordial des équipes du château et du service, sans lesquelles aucune action n'aurait été possible. Nous avons aussi été aidés par notre administration car il n'est pas simple, pour des questions de responsabilité, de laisser partir un groupe d'enfants malades dans un château. L'équipe paramédicale nous a également supportés, en dépit de l'excès de travail engendré.

Ce jumelage a été une réussite totale, au point que nous l'avons renouvelé deux fois. Depuis trois ans, nos enfants se sont approprié ce merveilleux château fort. Le Moyen Age est un thème très porteur et nous avons observé une osmose totale entre l'imaginaire et le réel. Les enfants vivaient ces séances de façon extraordinaire : la maladie n'existait plus et la qualité des rapports entre les enfants et les animateurs était telle que les enfants vivaient le Moyen Age.

L'enfant était toujours au centre de l'action, il était l'artiste. Nous avons pu observer l'ouverture aux autres et l'épanouissement d'enfants particulièrement fermés. Le terme d'arthérapie, s'il existe, a pris tout son sens dans la réalisation

de la fresque d'Isabelle Fuchs.

Ce jumelage a été d'une richesse incroyable, car il a associé des enfants d'âges différents, de pathologies extrêmement diverses, de milieux variés. Le service de pédiatrie de Colmar est situé dans la zone la plus défavorisée de la ville et les enfants venaient spontanément. Les visites au château ont permis une ouverture d'esprit pour des enfants qui n'y seraient jamais allés.

Nous avons tous été enrichis par cette expérience. Le service a été embelli par toutes les décorations, les réalisations des animateurs. Il existe maintenant un dynamisme et une ouverture d'esprit incroyables.

Le jumelage est terminé, car après trois ans, nous voulions changer de thème et d'esprit.

## **Isabelle FUCHS**

Le jumelage a été l'occasion de rencontres, d'échanges et d'ouverture. J'ai rapidement considéré que l'hôpital était un lieu comme les autres, ouvert sur le monde extérieur, et avec lequel il fallait établir une continuité. Les interventions d'art plastique ont pris la forme d'un atelier, lieu de vie, d'ouverture et de découverte. Les enfants se sont ouverts au monde de la création plastique en expérimentant diverses techniques et en prenant contact avec différents matériaux, outils et supports. Chaque atelier s'organisait autour d'une problématique précise, donnant lieu à une réalisation que les enfants pouvaient conserver. Les différentes réalisations nous ont permis d'aborder différents points tels que l'expérimentation de la couleur, la pratique de l'impression, la technique du collage, le travail par à-plats et graphismes et l'étude du portrait.

Une fois cette approche amorcée, les ateliers ont été consacrés à l'élaboration d'une fresque pour agrémenter une verrière à l'extérieur de l'hôpital. Le sujet de la fresque s'est d'abord décliné sur le thème du château fort, puis sur le thème du jardin médiéval. Cette réalisation devait donc devenir un travail collectif auquel chaque enfant devait pouvoir participer et laisser sa touche au fur et à mesure des séances.

Le projet s'harmonisait avec les interventions des animateurs du château. Les enfants pouvaient donc se raccrocher à l'histoire tramée, mais ce projet devait également rester relativement large et ouvert afin que chaque enfant puisse se l'approprier. La principale difficulté rencontrée a été la mise en place d'ateliers qui fonctionnaient en séances de deux heures. Ces ateliers devaient permettre aux malades chroniques de suivre le projet, mais aussi aux enfants ponctuellement présents de s'y intégrer. Nous avons réuni des enfants de quatre à seize ans autour de ce travail, ce qui impliquait une certaine souplesse.

Les enfants ont travaillé par modules et sur papier, dans un premier temps : ils

dessinaient des éléments du château qui, assemblés, ont abouti au château fort dans sa totalité. Ils dessinaient également des éléments végétaux qui ont donné naissance au jardin médiéval. Les enfants ont progressivement acquis une extraordinaire liberté et aisance d'expression dans leur création. Je n'avais plus qu'à les accompagner dans leur travail et à les guider dans l'assemblage des différents modules.

Cette fresque se trouve sur la façade de l'hôpital et donne sur les chambres des enfants. Ce travail crée donc un véritable lien avec l'extérieur.

### **Anne de CHALENDAR**

Patrice Marie, quel élément de ce jumelage vous séduit le plus ?

### **Patrice MARIE**

Le côté naturel du déroulement de l'action se dégage. Il est important que la culture apparaisse comme quelque chose de simple. La spontanéité du discours des trois intervenants est évidente. Chacun d'eux sort enrichi de ce jumelage. Il faut retenir de ces expériences que le projet mis en place fait sens et s'impose de lui-même. Il trouve donc facilement son financement. La restitution de ces expériences, notamment par une fête, a toujours un impact local à travers la presse, et cela permet de montrer que la culture est ouverte à tous.

### **Anne de CHALENDAR**

Monique Fuchs, envisagez-vous d'autres jumelages ?

### **Monique FUCHS**

Nous avons monté une pièce de théâtre à l'automne avec des déficients mentaux âgés de huit à quatorze ans. La façon dont les enfants ont, à cette occasion, été sortis de leur handicap est extraordinaire. Nous démarrons un nouveau projet pour monter un jardin médiéval au château.

*Gestes artistiques avec Turbulences : Voyage à travers la polyphonie.*



### III. Le jumelage entre la Cité de la Musique, l'hôpital Robert Debré et Musique et Santé

#### Hélène Koempgen

La cité de la Musique est un jeune établissement public. Elle a ouvert ses portes en 1995 et se trouve Porte de Pantin. Elle a plusieurs missions. La plus connue du public est celle de diffusion, puisque 247 concerts s'y déroulent cette saison. Une autre mission tient à la préservation du patrimoine, à travers le Musée de la Musique situé à l'intérieur de la Cité. La dernière mission concerne la pédagogie et l'information. Bien que peu perceptible au premier abord, elle tient une place importante dans le projet de l'établissement, puisqu'un quart de son budget est consacré aux actions pédagogiques.

#### 1. Un travail tridimensionnel

La politique en direction de l'hôpital et en partenariat avec le milieu hospitalier a été un des projets pédagogiques engagés dès l'ouverture de la Cité. Nous avons souhaité travailler dans trois directions différentes et complémentaires. Nous avons organisé des rencontres professionnelles, qui ont réuni des professionnels de la musique et du secteur hospitalier sur des thèmes variés, tels que l'enfant, la musique et l'hôpital, l'enfant handicapé et la musique, ou encore la culture à l'hôpital. Nous menons parallèlement un travail de recherche avec Philippe Bouteloup, dans le cadre de séminaires professionnels réunissant des soignants et des musiciens. Nous faisons enfin un travail de terrain, qui se concrétise à travers les jumelages. Ces trois dimensions complémentaires constituent pour nous un équilibre des activités, chacune des directions se nourrissant l'une et l'autre.

Les enfants sont notre fil conducteur commun car nous travaillons, dans le cadre de nos actions pédagogiques, pour les jeunes et les amateurs. En réfléchissant aux enfants dans leur cadre de vie, il faut considérer l'enfant dans sa famille, à l'école, à l'école de musique, dans les associations, mais également l'enfant à l'hôpital. Il nous paraissait donc naturel de travailler avec les différents partenaires de ces lieux. Nous travaillons beaucoup avec l'éducation nationale, et il nous a semblé normal de réfléchir à ce que la musique pouvait être à l'hôpital.

Nous avons participé à trois jumelages et il a fallu imaginer un projet pour chacun d'entre eux. Nous ne sommes pas seuls porteurs de ce projet. Il s'agit d'un travail systématiquement réalisé avec Musique et Santé et avec les équipes médicales. Lorsque nous avons travaillé au centre de pédiatrie et de rééducation Bulion, ou lorsque nous travaillons à l'hôpital Robert Debré, les contextes sont différents. La Cité de la Musique et les musiciens réfléchissent à la façon dont nous travaillons dans les différents hôpitaux, à la façon de monter les projets, aux contenus musicaux et aux moyens de communication qui seront mis en

œuvre.

## 2. Une politique *extra muros*

Imaginer tous ces projets est pour nous une politique *extra muros*. La Cité comprend de nombreux espaces ouverts au public, mais quelle que soit la qualité de l'architecture dans laquelle nous nous trouvons, nous ne pouvons pas nous enfermer dans un lieu. Nous devons aller au-devant de la communauté, au-devant de la population, en sortant de la salle de concert et en n'attendant pas que le public y vienne régulièrement. Cette réflexion est en cours pour les musiciens. Nous avons organisé deux journées de réflexion l'année dernière, dont le thème était " le musicien au service de la communauté ". Le musicien se demande quelle est sa fonction sociale aujourd'hui. Elle est certes de jouer dans le cadre du concert, dans ce rituel un peu sacralisé mais porteur d'émotion. Elle est aussi de se demander ce qu'est sa vie professionnelle de musicien et peut-être d'aller porter sa technique musicale, son talent, son partage, sa communication en prison, à l'hôpital, à l'école, au collège, dans les banlieues faciles et difficiles et ainsi se frotter à la réalité de la société. Dans le cadre de notre travail mené en direction du milieu hospitalier, nous nous interrogeons sur notre fonction sociale en tant que médiateurs culturels, ainsi que sur la fonction sociale que nous pouvons partager avec les musiciens.

Il s'agit d'un double mouvement, puisque nous allons à l'extérieur, dans les salles de classe et dans les services hospitaliers, avec l'espoir que des enfants, des familles, des parents, des enseignants pourront également venir dans nos murs et comprendre que ce lieu de patrimoine musical leur est destiné et qu'ils peuvent en pousser la porte.

Ces jumelages nous ont conduits à des situations différentes : d'une part ce questionnement, et d'autre part la possibilité de le décliner avec notre spécificité, avec l'identité artistique de la cité de la musique puisque nous balayons tous les répertoires musicaux.

Nous avons dans un premier temps travaillé avec Jean-Jacques Milto, qui a donné un concert pour les jeunes à la Cité ; des enfants du CPR Bulion ont assisté et participé à ce concert. Nous avons ensuite travaillé avec Steeve Warring qui a lui aussi donné un spectacle dans la salle de concert de la Cité et nous y avons accueillis les enfants de l'hôpital Robert Debré, ainsi que les équipes soignantes. Cette forme a évolué et nous avons souhaité mettre la Cité de la Musique en résidence à l'hôpital. Nous travaillons donc depuis plusieurs mois à l'hôpital Robert Debré avec Philippe Bouteloup. Nous allons poursuivre cette action dans le cadre d'un projet de résidence à Marseille.

Nous disposons de savoir-faire et j'espère qu'une institution comme la nôtre saura mettre au service de ces projets un savoir-être afin de tisser des relations sociales et culturelles. Je crois que chacune des structures a à bénéficier de celle

avec laquelle elle mène un projet.

## **Anne de CHALENDAR**

Quels bénéfices tirez-vous de ce partenariat ?

## **Docteur Marie-France Le HEUZEY**

En visite à l'hôpital Robert Debré vendredi dernier, Madame Tasca a eu la gentillesse de dire que nous étions des précurseurs et elle n'avait pas vraiment tort. Ces jumelages formalisent en effet des actions que nous menons depuis de nombreuses années.

Cet année, le partenariat se développe sur le thème du voyage autour du monde à travers la percussion et la voix chantée. Les ateliers se déroulent soit à l'hôpital Robert Debré, soit à la Cité de la Musique. Ce partenariat concerne les enfants du service de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent, qui est un grand service de l'hôpital. Ce partenariat s'établit vraiment autour de l'aspect culturel de la musique. Je ne me prétends pas arthérapeute. Je n'en ai pas les références théoriques et je ne revendique pas cette terminologie. Je suis une psychiatre ordinaire, qui s'occupe d'enfants et d'adolescents ayant des pathologies psychiatriques, psychologiques, sociales, et familiales diverses. Il s'agit de choses simples, de médecine et de psychiatrie de tous les jours, et de culture pour tous les jours, pour des personnes ordinaires.

### **3. Des difficultés de communication**

Ces jeunes sont à la fois ordinaires, ce sont ceux du quartier, des banlieues violentes autour de Robert Debré, car il s'agit d'un quartier difficile. 70 % de la population de l'hôpital Robert Debré a au moins un parent non-francophone. Nous avons donc affaire à un mélange de cultures, de langues qui rend la communication difficile. Les enfants séjournent en moyenne quinze jours dans notre service.

Je voulais insister sur l'aspect de l'implication du personnel. Le jumelage s'effectue entre les enfants et les musiciens, mais tout le personnel soignant est concerné, nous seulement les soignants et les éducateurs, mais aussi les aides-soignants, les agents hospitaliers et les infirmières. Cet aspect interactif est très important. Les enfants participent vraiment et passent d'objets de soins à sujets actifs et porteurs d'un projet.

Ce projet est avant tout culturel et nous envisageons le rôle ludique et récréatif de la musique pour distraire de l'ennui, de la souffrance, de l'absence. Il s'agit également d'un rôle pédagogique d'initiation, d'ouverture à la musique, de sensibilisation à l'esthétique pour ces enfants dont les conditions de vie sont

parfois extrêmement difficiles. C'est une ouverture vers la connaissance des cultures, qui attise la curiosité. Il s'agit souvent du premier contact avec la musique pour beaucoup de ces jeunes.

#### **4. Etablir la communication**

En fonction de la pathologie, on peut voir certaines spécificités : la musique peut nous aider à rentrer en contact avec les autistes, les retardés mentaux et les enfants souffrant de troubles de la communication. On peut parfois atteindre leur sensibilité et ainsi échanger. Les enfants agités, inattentifs, impulsifs, voire agressifs apprennent le rythme, et attendent leur tour, c'est-à-dire qu'ils apprennent à respecter et écouter l'autre, à travailler en groupe. Pour les enfants dépressifs, suicidaires, maltraités, malheureux, souffrants d'échecs variés, scolaires ou dans d'autres domaines, la musique est une expérience positive. Ils réussissent enfin quelque chose. Il s'agit du fameux renforcement positif. Les anorexiques sont les bonnes élèves des ateliers musiques et elles en tirent aussi profit. Ces jeunes filles maîtrisent d'habitude leur corps. La maîtrise passe du corps à l'instrument de musique et elles en tirent un certain plaisir. Il faut en effet que tous ces efforts concourent au plaisir pour tous : les soignants, les musiciens et pour les enfants.

Tous ces enfants sont confrontés à la maladie, à l'échec, à l'exclusion, aux défaillances familiales et parfois sociales, et surtout à l'hospitalisation. Il faut qu'ils trouvent en eux les ressources pour faire face à l'adversité. Cette capacité à rebondir, à résister au stress, à faire face, renvoient au fameux mot à la mode : la résilience. Plus on est résilient, plus on résiste à l'adversité. Je crois que la culture fait partie des éléments qui construisent la bonne résilience d'un enfant. Si nos ateliers musicaux contribuent à placer une petite pierre dans les capacités de résilience d'un enfant, alors ils sont nécessaires.

Si le jumelage touche à sa fin, je ne crois pas que la Cité de la musique nous abandonne. Nous continuerons à nous y rendre et à travailler ensemble. Nous avons bien sûr d'autres projets de jumelage.

#### **Philippe BOUTELOUP**

L'atelier organisé cet après-midi permettra de réfléchir à la double question qui se pose : comment et pourquoi mener de telles expériences ?

Lors de ces ateliers, qui nous ont permis de nous plonger dans différentes ères culturelles, notre priorité a consisté non seulement à " faire pour " les enfants, mais surtout à " faire avec ". En effet, l'hôpital peut ainsi devenir un lieu collectif de partage. Dans la mesure où je travaille sur la dimension d'écoute, j'ai été surpris d'entendre un jour un enfant me confier que l'hôpital était un lieu d'observation et non d'écoute. En outre, dans la continuité des propos de Marie-

France le Heuzey, je parlerai de " plaisir partagé ", puisque notre ambition consiste aussi à " jouer " de la musique.

Un proverbe *peul* peut ainsi faire écho à notre désir " d'offrir " ce temps de musique et de le laisser vivre au-delà de notre temps de présence : " la connaissance est la seule chose que l'on peut donner sans la perdre ".

J'achèverai mes propos sur le concept de rizhome cher à Gilles Deleuze. Ce dernier illustre bien l'idée de racines souterraines tissées entre la cité et l'hôpital Robert Debré, en sorte que les enfants, les parents et les équipes puissent continuer à échanger autour de la notion de musique, même si le projet arrive à sa fin.

### **Anne de CHALENDAR**

Nous l'espérons et vous remercions.

Après cette approche de la percussion, nous terminons notre séance plénière sur le thème de la polyphonie, à travers un geste artistique de *Turbulences*, le groupe vocal de l'hôpital Santos-Dumont.

*L'assemblée assiste à l'interprétation d'une prestation musicale.*

### **Anne de CHALENDAR**

Tout le monde conviendra que nous venons d'entendre le plus beau témoignage de la réussite de ces jumelages entre des équipements culturels et des hôpitaux. Je vous propose maintenant de rejoindre les ateliers. Je vous remercie.

## Atelier n° 1 : Les jumelages

*Ont participé à cet atelier :*

*Marie-Thérèse PASTOR, Educatrice de jeunes enfants à l'hôpital de Lagny-sur-Marne ;*

*Jean-Pierre BOISSELLE, des Francas ;*

*Bernard GIRARD, Directeur des ressources Humaines à l'hôpital de Rangueil à Toulouse ;*

*Christian GRENET, Directeur du Centre de Ressources des Pratiques Culturelles ;*

*Benoît GUILLEMONT, Conseiller pour l'action culturelle à la DRAC Rhône-Alpes ;*

*Catherine FERREY, Attachée de conservation du Musée Gadagne de Lyon ;*

*Jean-Maurice LASSERRE, Directeur de l'Hôpital Bassens – CHS de Chambéry ;*

*Pierre BOUTIN, ADDIM de Savoie ;*

*Farid DAOUD, ADDIM de Savoie.*

*L'atelier était animé par Bernadette LEFEVRE, chargée de mission du développement culturel auprès des publics spécifiques, Association franc-comtoise de coopération pour la lecture, l'audiovisuel et la documentation.*

### Un exemple de jumelage: la découverte d'un château par de jeunes enfants hospitalisés

Marie-Thérèse PASTOR  
Educatrice de jeunes enfants à l'hôpital de Lagny-sur-Marne

#### **I. Le contenu du projet**

Médecin de formation, Monsieur Douste-Blazy a eu l'idée, en 1996 - et alors qu'il était ministre de la Culture, de rapprocher la santé et la culture. Nous avons donc été contactés par Monsieur Patrice Marie. L'existence d'un superbe château du 18<sup>ème</sup> siècle, situé aux alentours de Lagny-sur-Marne et animé par un conservateur extrêmement dynamique, a certainement contribué à nous faire bénéficier de cette expérience.

##### **1. Les différentes expériences menées**

Nous avons ainsi mis en œuvre quatre projets successifs, portant chacun sur un thème spécifique.

D'octobre 1996 à janvier 1997, nous avons travaillé sur *Les Fables de la Fontaine*, d'une part parce certains fauteuils du château sont recouverts d'une tapisserie représentant des scènes des fables, d'autre part parce que nous collaborions à cette époque avec Pia San Marco, qui était conteuse ;

De septembre 1997 à juin 1998, nous avons mis en œuvre - une fois encore avec une conteuse - un projet intitulé *Chinoiseries*, parce que le château abritait de nombreux objets rappelant des voyages en Chine ;

De septembre 1999 à mars 2000, notre projet s'est intitulé *Dans un bruissement d'étoffes*, puisqu'il portait sur les tissus.

Enfin, de décembre à juin 2001, nous avons travaillé sur le thème de *l'Histoire du jeu*.

## **2. La trame commune aux diverses expériences**

Pour tous ces projets, nous avons systématiquement suivi une trame commune.

Tout d'abord, les interventions à l'hôpital alternent avec les visites au château. Les ateliers sont menés par des animatrices du patrimoine, qui apprennent aux enfants les techniques du 18<sup>ème</sup> siècle : pour les tissus, par exemple, les enfants ont découvert la broderie, le point de chaînette, les différents tissus précieux anciens et les multiples nuances des coloris. Pour chaque projet, les animatrices créent une malle support, remplie d'objets liés au thème proposé. Elles parviennent ainsi à faire " entrer " une partie du château dans le service de pédiatrie. En outre, elles élaborent un " livret découverte ", qui permet aux enfants de revenir au château avec leurs parents, pour y redécouvrir les éléments qu'ils ont pu aborder dans le service.

Ensuite, les ateliers d'art contemporain sont animés par des artistes. Par exemple, dans le cadre du projet relatif aux tissus, une plasticienne a fait découvrir aux enfants un travail très actuel de collage et de dessin, qui a débouché sur la création d'une fresque de sept mètres de long. Je regrette d'ailleurs que le film diffusé hier ne l'ait pas montrée. En effet, elle témoigne d'une vitalité et d'une sensibilité intenses, dans la mesure où les enfants ont raconté par ce biais leur vie à l'hôpital ainsi que les histoires imaginaires que leur inspiraient les images du château.

## II. Les points forts du projet

### 1. Un travail collectif

Le premier point fort de notre projet réside dans son caractère collectif : les différents partenaires manifestent en effet une volonté véritable de travailler ensemble, alors même que nous venons d'univers très différents. Le conservateur du château nous a par exemple accueilli constamment avec beaucoup d'enthousiasme, permettant ainsi aux enfants de bénéficier de visites exceptionnelles agrémentées de l'autorisation de faire fonctionner les tiroirs secrets des meubles anciens. De même, il organise lui-même la fête qui clôt chaque année le projet, en permettant d'utiliser la grande salle à manger du château pour abriter l'exposition réalisée par les enfants ainsi que le goûter.

### 2. Des rencontres régulières

Le second point fort de notre projet a consisté à organiser des temps réguliers de rencontre, pour en assurer la cohérence malgré la grande diversité de partenaires. Ces réunions ont permis de dresser des bilans portant sur l'adéquation du projet à nos objectifs initiaux.

### 3. L'autonomie de fonctionnement

Le fait d'accéder très rapidement à une grande autonomie de fonctionnement a constitué le troisième point fort de notre projet et traduit la confiance dont notre projet a bénéficié. Les participants à la première réunion étaient très nombreux – environ 25 personnes : y étaient présents le délégué ministériel Patrice Marie, le responsable DRAC, le directeur Jean-Yves Delanoé, le chef de service Monsieur Chalvon-Demercey. Nous avons ainsi pu rapidement fixer un calendrier et établir des objectifs.



#### **4. L'enfant au cœur du projet**

Le quatrième point fort de notre démarche a résidé dans le fait de maintenir l'enfant au cœur du projet. Toutes les actions entreprises ont toujours été conçues pour les enfants, en sorte que les séances ont été adaptées en fonction de l'évolution du public d'enfants. A cet égard, la création d'un groupe référent d'enfants ayant suivi le premier projet sur toute sa longueur n'a pu être répétée les années suivantes. Par suite, les animatrices prévoient que chaque enfant puisse fabriquer un petit objet sur une seule séance d'atelier, de manière à repartir avec à la fin. Quant aux artistes, elles prennent soin d'expliquer aux enfants qu'ils participent à une œuvre collective et de les y intéresser en les invitant à venir voir le résultat complet du projet lors de l'exposition de fin d'année.

#### **5. Un support culturel riche**

Le fait de disposer d'un support historique très riche – le – château, constitue le cinquième point fort de notre projet. Ce dernier repose sur un édifice superbe articulé autour de quatre thèmes différents – le mobilier, la Chine, les tissus. De surcroît, la proximité du château a permis des déplacements réguliers avec les enfants.

#### **6. Une organisation souple et réactive**

Enfin, la souplesse et la réactivité de notre organisation ont représenté le dernier point fort de notre démarche, que Monsieur Jean-Pierre Boisselle va maintenant aborder.

# Les facteurs de réussite d'un jumelage

Jean-Pierre BOISSELLE  
Francas

L'organisation et la gestion du projet ont bénéficié de deux facteurs de réussite.

## I. La rapidité de décision

D'une part, pour un projet se déroulant sur quatre à huit mois, la capacité décisionnelle d'un groupe de pilotage restreint permet de faire évoluer les moyens mis en œuvre et s'adapter à la réaction des enfants très rapidement. En effet, une fois le projet validé par les partenaires institutionnels, les propositions de modifications formulées dans le groupe peuvent être mises en œuvre presque immédiatement. Cette autonomie contribue donc à faciliter la concrétisation des intentions retenues pour les enfants.

## II. Une gestion assurée par une association

D'autre part, la gestion des finances et des moyens humains – artistes, plasticiennes – est assurée par une association, ce qui autorise ainsi une grande souplesse et une forte réactivité, et permet de préparer le projet avant même d'obtenir les fonds de la part de nos différents partenaires (DRAC, Institut Santé EDF). En effet, une simple lettre adressée à l'Association permet d'embaucher les intervenants et de garantir leur rémunération, sans attendre le versement des subventions qui intervient parfois quand le projet est terminé. Dans ces conditions, le calendrier et le nombre de séances prévues peuvent être facilement modifiés.

La capacité d'engager les moyens nécessaires au projet offre donc une marge de manœuvre appréciable. Ainsi, pour le projet 2000-2001, l'opération directe avec les enfants a démarré en décembre et se déroulera essentiellement de janvier à juin. Or, dès octobre, nous avons pu contacter et engager les artistes et plasticiens pour préparer le projet.

### **Bernadette LEFEVRE**

Vos propos sont extrêmement positifs. Toutefois, les freins et les difficultés rencontrés constituent une question intéressante que nous aborderons tout à l'heure.

Je donne la parole à Monsieur Bernard Girard et à Monsieur Christian Grenet.

# L'origine du jumelage entre l'hôpital de Rangueil et la Maison des Racine du Monde à Toulouse

Monsieur Bernard GIRARD

**Directeur des ressources Humaines à l'hôpital de Rangueil à Toulouse**

Je vous remercie.

Nous représentons le jumelage réalisé entre l'hôpital de Rangueil – qui est l'un des établissements du CHU de Toulouse – et la Maison des Racines du Monde – établissement culturel implanté à Toulouse depuis de nombreuses années.

Je décrirai l'origine et l'itinéraire du projet, tandis que Christian Grenet abordera les actions réalisées.

Dans le CHU de Toulouse, l'hôpital de Rangueil présente plusieurs handicaps. Nous nous situons dans la perspective décrite par Nicolas Frize : un public unique existe, mais il peut s'enraciner dans des sols différents. Or, l'implantation de l'hôpital de Rangueil est très pénible, puisque cet établissement monobloc est localisé à la périphérie de Toulouse, sur une colline très isolée. Les durées de séjour y sont très courtes, générant une rotation de malades très importante. Les soins y sont très spécialisés, assurés par de nombreux consultants. Cette organisation ne favorise pas une action culturelle à long terme et renforce l'isolement de l'établissement et sa coupure avec la ville et la population.

Nous avons souhaité lutter contre ces handicaps. Nous pourrions disserter longtemps sur les raisons pour lesquelles les hôpitaux sont des lieux fermés, voire des lieux d'exclusion. Je crois que ce phénomène résulte pour une large part de leurs propres pratiques – et peut-être de celles des administrations culturelles.

Nous avons tenté de réagir en prévenant l'aggravation de cette rupture avec la ville et celle des fragmentations sociales à l'intérieur de l'hôpital. Pour ce faire, nous nous sommes adressés à des personnes ayant l'habitude de travailler sur le thème de l'insertion par l'action culturelle – et donc à l'établissement de la Mounaïde. Nous nous sommes rapidement accordés sur le fait que le soin constitue un acte culturel, révélateur des schémas véhiculés par la société, et que nous pouvions travailler dans le cadre du rapport qui s'établissait à cette occasion.

Si les types d'action que nous avons mis au point se révèlent banals, le sens que nous leur avons donné le sont peut-être un peu moins. Nous recourrons aux ateliers, aux spectacles et aux créations. Même si ce type de présentation ne convient pas à une exposition médicalisée, nous allons vous montrer notre première action inscrite dans la durée sous la forme d'un clip.

# Un travail sur le son et l'image en interaction avec les patients et les artistes

Monsieur Christian GRENET  
Directeur du Centre de Ressources des Pratiques Culturelles

Je vous remercie.

S'agissant des difficultés rencontrées, lorsque Bernard Girard m'a demandé de participer à ce jumelage entre Ranguheil et la Maison des Racines du Monde, j'avais le sentiment que ce projet ne recelait que des obstacles. En effet, les deux partenaires potentiels semblaient antithétiques : l'hôpital est constitué d'hommes et de femmes en blanc, tandis que l'uniforme répandu au sein de la Maison est noir ; de plus, l'hôpital se situe, de par son caractère technique et médical, du côté de l'ordre, alors que la création relève davantage du désordre.

Puis, Bernard et son équipe m'ont expliqué qu'eux-mêmes se sentaient aussi exclus que les quartiers sur lesquels je travaille, notamment celui de la Raisnerie, dont tous les téléspectateurs ont du entendre parler l'année dernière. Nous nous sommes aperçus que nous présentions des points communs, en l'occurrence concernant le public. Même si le terme est choquant, ce public est " parqué " - d'un côté dans des immeubles, de l'autre dans un hôpital, et ne parvient plus à avancer. Face à ce constat, nous avons estimé intéressant de travailler sur l'accès à la culture pour tous, en expérimentant sur Ranguheil l'action que nous développons depuis 20 ans dans les quartiers.

Plusieurs méthodes pouvaient alors être adoptées. Nous pouvions tout d'abord agir sur le mode " consommatoire " : travaillant beaucoup avec les musiques du monde, nous pouvions envoyer des musiciens à Ranguheil.

Toutefois, nous pouvions surtout réaliser un travail à travers les résidences d'artistes. Nous avons donc mis en résidence deux " Artistes Tout Terrain ". D'une part, Hervé Tamigneau, qui est compositeur, a mis au point lui-même son cahier des charges, reprenant l'ensemble des bruits – positifs ou non - de l'hôpital (chariot, bloc opératoire, ...) pour en faire un concerto. D'autre part, Farez a mené un travail avec soignants et soignés sur la photographie en noir et blanc, par rapport aux outils médicaux, afin d'en faire une exposition : il détourne tous ces " instruments de torture " pour en faire des bouquets ou des sculptures. La seconde partie de ce projet est actuellement en cours.

Dans ce cadre, nous avons fait en sorte que le patient soit le moins possible témoin et le plus possible acteur : Farez a fait travailler la photographie aux malades, tandis qu'Hervé a demandé aux patients quels bruits ils souhaitaient entendre sur la bande son. L'objectif final consiste dans une exposition sonorisée en mars ou avril à l'intérieur du CHU et au Centre d'Art Contemporain de

Toulouse.

*Un clip est diffusé à l'assistance.*

## **BERNADETTE LEFEVRE**

Je vous remercie. Après ce jumelage à Toulouse avec musique et photographie, nous allons en région lyonnaise. Je passe donc la parole à Catherine Ferey, qui est attachée de conservation du Musée Gadagne de Lyon, ainsi qu'à Benoît Guillemont, de la DRAC Rhône-Alpes.

### Un projet de jumelage portant sur la vidéo

Benoît GUILLEMONT  
Conseiller pour l'action culturelle à la DRAC Rhône-Alpes

Je ferai une intervention très rapide, pour réserver une plage de temps aux questions.

Nous préparons un projet avec une école d'art grenobloise, autour d'un concept dont nous n'avons pas beaucoup parlé aujourd'hui, en l'occurrence le Canal 9, qui est un canal vidéo interne alimenté par l'école par des rencontres et des débats organisés dans le cadre d'émissions spécifiques.

Je laisse Catherine Ferey vous présenter le projet mis en œuvre avec l'hôpital Debrousse à Lyon.

### Un jumelage avec un musée d'histoire urbaine : la découverte de la Ville par le son

Catherine FERREY  
Attachée de conservation du Musée Gadagne de Lyon

Je te remercie. Mes propos seront relativement brefs. Je vous expliquerai d'abord pourquoi un musée s'intéresse à l'action culturelle en hôpital, cette démarche étant peut-être moins évidente que pour le spectacle vivant ou la musique. J'aborderai ensuite le contenu de cette action. Enfin, j'évoquerai les intervenants de ce projet, avec les difficultés qui lui sont inhérentes.

## I. L'origine du projet

### 1. La démarche du Musée : l'ouverture à tous les publics

Le Musée Gadagne porte sur l'histoire de la Ville et constitue en même temps le Musée International de la Marionnette. Sa restructuration a offert l'occasion de réviser son projet scientifique et culturel. Représentant depuis quelques temps une obligation ministérielle, ce projet prévoit que le Musée est ouvert à tous les publics " empêchés " ou valides. Les patients hospitalisés relèvent naturellement de la première catégorie de public, d'autant que le statut de Musée d'histoire de la Ville de Lyon fait du Musée Gadagne le Musée des Lyonnais au sens très large du terme – musée de l'agglomération lyonnaise, voire de la Région Rhône-Alpes.

Le projet que je vous présente est le second mené avec l'hôpital Debrousse. L'an passé, le projet avait porté sur Guignol – marionnettes et Lyon obligent. Il impliquait deux MJC qui ont écrit et interprété une pièce avec des spécialistes du Théâtre de la Marionnette. Dans ce cadre, les enfants de l'hôpital avaient construit un castelet avec de jeunes architectes. Nous assurons, pour notre part, le lien entre ces différentes interventions.

L'action à l'intérieur de l'hôpital nous apparaît désormais comme devant être pérennisée. Or, cette conception suppose de " prendre la DRAC à la gorge ", parce que la gestion des fonds de cette institution n'est pas forcément adaptée. La première difficulté réside peut-être dans cet ajustement. Ainsi que cela a déjà été souligné, pérennité ne signifie pas répétition. Chaque année, un nouveau projet est donc élaboré, l'enjeu essentiel consistant à en cerner les contours de manière à le mener sur une année et à le rendre compréhensible au public interne et externe à l'hôpital, comme l'a suggéré Patrice Marie. En effet, ce genre d'opération est excessivement médiatisé, et ce indépendamment de la volonté de ses instigateurs - parce que les journalistes sont friands de sujets mettant en présence des enfants alités. Dans ces conditions, nous avons tout intérêt à entreprendre une démarche visible.

## **2. Le dernier projet de jumelage avec l'hôpital Debrousse : la découverte de la Ville par le son**

Le projet consistant à valoriser la dimension historique de la Ville de Lyon, nous avons donc travaillé sur le concept de patrimoine, d'autant que nous avons constaté que les enfants séjournant à l'hôpital n'avaient plus de repères spatiaux ni temporels, en dehors du service dans lequel ils sont placés. Nous avons donc considéré comme important de travailler sur cette notion d'espace. Toutefois, étant incapables de mettre au point tout seul la totalité du contenu du projet, nous étions en quête de partenaires. La participation d'experts dans différents domaines s'avère en effet nécessaire tant pour garantir la cohérence et la pertinence dans la durée de la démarche entreprise que pour assurer une véritable présence culturelle et non seulement un événement à l'intérieur de l'hôpital.

Nous avons donc entrepris de faire découvrir la Ville aux enfants hospitalisés, ce qui constitue évidemment une gageure puisqu'ils ne sont pas valides. Nous avons donc choisi la solution du son, en nous appuyant sur l'idée que l'Hôpital comme la Ville représentent des univers sonores distincts – le premier étant à ce titre particulièrement dépaysant pour les enfants. Nous avons de ce fait élaboré un parcours virtuel de l'Hôpital dans la Ville avec un retour, grâce à l'enregistrement de sons urbains par des spécialistes. Cette bande son s'appuie à une réalité spatiale – grâce à une malle contenant des gravures, des jeux, etc...

## **II. Les partenaires du projet**

Pour ce faire, nous ne sommes pas seuls. Je vous présente donc l'ensemble des partenaires du projet.

### **1. Une association pour la conduite du projet**

Tout d'abord, le Musée Gadagne n'est pas le chef de projet. Je rejoins là encore Jean-Pierre Boisselle, pour dire qu'une institution culturelle manque de souplesse pour remplir cette fonction, notamment en termes de gestion de fonds. Nous avons donc préféré confier la conduite du projet à une association – en l'occurrence l'association d'architectes Robin des Villes, les urbanistes et les architectes nous semblant les acteurs mieux placés pour parler de la Ville. S'agissant du contenu du projet, il est co-décidé par le Musée et l'Association. Nous nous situons donc dans la direction de projet culturel au sens conceptuel du terme.

## **2. Les éducateurs hospitaliers**

Ensuite, nous sommes entourés d'une série de partenaires différents, en fonction des volets requis par ce type de projet. Jeux et Loisirs recouvre l'ensemble des éducateurs hospitaliers qui constituent un excellent relais fonctionnel à l'intérieur de l'établissement en nous faisant entrer dans les services, et qui articulent le planning à l'organisation de l'Hôpital. Ce partenaire ne représente cependant pas le bon relais hiérarchique : en effet, dès l'instant où l'un de nos projets implique un financement ou l'image de l'Hôpital, nous devons en référer à la Direction, ce qui génère des lourdeurs de gestion importantes. Par conséquent, nous appelons de tous nos vœux la création d'un corps de médiateurs à l'hôpital, de manière à être en relation avec un partenaire unique, connaissant le terrain, habilité à prendre les décisions et reconnu par tous les corps de métiers hospitaliers.

## **3. Un prestataire technique**

Nous disposons également d'un partenaire technique, en l'occurrence une le Grand Lyon dans son pôle de l'environnement sonore, qui a réalisé le CD avec lequel nous travaillons.

## **4. Des partenaires culturels**

Nous collaborons enfin avec des partenaires culturels. Robin des Bois intervient à la fois comme chef de projet et comme animateur culturel, tandis que PAX – association de musiciens habitués à intervenir en milieu hospitalier – assure la partie artistique du projet.

## **III. Les contraintes financières et temporelles**

Cette entreprise suppose de passer un temps considérable à l'Hôpital – au moins deux après-midi par semaine pendant six mois. Cette durée non-négligeable nous semble indispensable pour mettre en place un tel projet.

De surcroît, notre démarche engage des coûts – à hauteur de 180 000 francs. J'aimerais en effet que nous abordions cette question dont il n'a pas encore été question. Nous bénéficions heureusement de la somme institutionnelle de 30 000 francs versés par les services de Benoît Guillemont à la DRAC – ce dont nous le remercions d'ailleurs vivement. En revanche, nous ne recevons pas les 30 000 francs du cercle de partenaires qu'évoquait Patrice MARIE ce matin, parce que nous devons attendre qu'une société privée ou une fondation se montre intéressée par notre projet pour " l'acheter ". Or, n'étant pas familiarisé avec les projets culturels, l'Hôpital n'y consacre pas de fonds, même s'il met, cette année, son service de communication à notre disposition. Or, ce progrès se



révèle insuffisant. L'existence d'un chef de projet se révèle donc indispensable pour organiser la collecte de son financement.

## **Bernadette LEFEVRE**

Vous pourrez peut-être intervenir à nouveau lors du débat.

Le quatrième jumelage – dans le domaine musical – se déroule également en région Rhône-Alpes, entre l'hôpital Bassens et l'ADDIM Savoie, et s'intitule " L'Hôpital ouvert sur la Ville ".

## La possibilité de jumelage avec un hôpital psychiatrique

Jean-Maurice LASSERRE  
Directeur de l'Hôpital Bassens – CHS de Chambéry

Bonjour.

Les organisateurs ont prévu une formule très intéressante, puisque j'interviens en même temps que Farid Daoud et Pierre Boutin de l'ADDIM de Savoie, qui seront appelés à vous présenter notre action – certainement de manière très pertinente. Nous concevons ainsi le partenariat. Dès lors, même si notre temps de parole n'est pas équivalent, nous partageons le désir que chacun occupe la place qui lui revient dans cette démarche.

*L'intervenant diffuse des transparents.*

### I. Les conditions de mise en place du jumelage

#### **1. Les atouts culturels de l'hôpital psychiatrique de Bassens**

Avant de vous parler de culture et d'hôpital, je vous entretiendrai sur la Savoie.

L'Hôpital de Bassens se trouve à deux kilomètres du centre de Chambéry, alors que de nombreux hôpitaux psychiatriques ont été construits loin des villes. Il couvre le département de la Savoie. Cet établissement a pour particularité de receler un patrimoine historique important, puisqu'il a été construit en 1852 et présente toutes les caractéristiques architecturales de ce type de bâtiment qui ont été imposées par la loi de 1838 sur les hôpitaux psychiatriques.

L'hôpital de Bassens dispose d'atouts exceptionnels : un patrimoine progressivement restauré, et un certain nombre de lieux, devenus équipements culturels internes. L'ancienne conciergerie de l'Hôpital, qui constituait auparavant les locaux d'enfermement, abrite aujourd'hui une bibliothèque de loisirs pour les patients et le personnel. Certaines installations n'ont été rendues possibles que parce que le nombre de lits d'hospitalisation a diminué, permettant donc de disposer de locaux vacants : ainsi, le Château de Bressieux accueille aujourd'hui l'École Intercommunale de Musique ainsi que l'École de Dessin. Nous envisageons d'installer dans d'autres bâtiments le dépôt de fouilles et une réserve de patrimoine. Nous avons également aménagé un auditorium.

## **2. La démarche thérapeutique de l'hôpital psychiatrique de Bassens**

Pourquoi et comment se met en place un jumelage ?

En premier lieu, l'hôpital psychiatrique remplit une mission de resocialisation. Or, pendant longtemps, celle-ci a été organisée sous forme de travaux d'ergothérapie. Mais aujourd'hui, la resocialisation ne passe plus seulement pas le biais du travail, mais aussi par la culture.

En second lieu, l'hôpital psychiatrique est un monde clos, que la démarche thérapeutique a tenté d'ouvrir pour y accueillir la population.

L'hôpital psychiatrique s'est largement ouvert sur le plan thérapeutique en investissant d'autres lieux et en développant des activités culturelles.

## **II. Les conditions de réussite d'un tel jumelage**

Je conclurai mon propos en énumérant les quatre conditions de la réussite d'un tel jumelage.

Tout d'abord, la Direction doit faire preuve d'une forte implication. A défaut, le projet ne s'inscrira pas dans une démarche institutionnelle. Or, nous avons signé une convention de jumelage avec la DRAC, la Ville de Bassens et le Conseil Général.

Ensuite, le corps médical doit manifester son adhésion au projet, parce que la démarche s'engage à travers eux, d'autant que les patients sont impliqués.

Par ailleurs, les professionnels de la Culture doivent également se mobiliser.

Enfin, notre projet, qui est global, doit s'inscrire dans la durée. Nous avons recruté un responsable culturel et constitué un comité d'action culturelle, composé de soignants relais, d'un médecin référant et de nos partenaires (ADDIM,...). De cette manière, nous espérons opérer un rapprochement entre l'art et la Santé.

Je m'excuse de la piètre qualité de cette présentation et cède la parole à mes partenaires, qui vous parleront des raisons de ce jumelage. Je vous remercie.

## Les ADDIM, partenaire possible de jumelages

Pierre BOUTIN  
ADDIM de Savoie

Je souhaite seulement préciser que le Réseau des Associations Départementales de la Musique et de la Danse se ramifie sur l'ensemble du territoire national. Or, les jumelages avec des organismes tels que l'ADDIM restent encore assez rares. Dès lors, nous pourrions débattre de cette question, parce que la caractéristique de notre démarche consiste à vouloir inscrire ces projets dans une véritable politique publique culturelle et territoriale, en y impliquant à long terme l'ensemble des acteurs publics.

Je laisse la parole à Farid, pour décrire la démarche culturelle et artistique que nous avons imaginée et qu'il a conduite.

## La musique et la danse à l'hôpital psychiatrique

Farid DAOUD  
ADDIM de Savoie (ADDIMS)

De notre point de vue, le jumelage représente une aide sur trois ans. Cependant, l'Hôpital requérait déjà l'aide de la Délégation départementale depuis une dizaine d'années. Ce projet représente donc seulement un aboutissement : il ne tend pas à faire revenir à l'Hôpital une culture qui y est déjà présente. L'Hôpital de Bassens, tel qu'il est ouvert sur la Ville – sans murs et avec une ferme, un château et une histoire – en témoigne.

En réalité, des infirmières ont sollicité notre aide dans le cadre de la définition de leur mission – laquelle mêle soins et plaisir. Nous avons donc réfléchi, parce que notre savoir-faire était minime dans le domaine de la culture. Or, le jumelage valorise notre travail. Dans notre département– et ils sont nombreux dans ce cas, des infirmières et des musiciens habitant près de l'hôpital étaient prêts à agir et à en faire un lieu de travail et d'expérimentation. Nous avons donc tenté de mettre en place un projet de fond, uniquement fondé sur la formation des équipes de l'Hôpital, auxquelles s'ajoutent à leur demande un travail avec des musiciens plasticiens, des danseurs et des architectes. Actuellement, nous

sommes donc heureusement bousculés, de manière à pouvoir profiter des moments passés dans cet hôpital pour concevoir des activités artistiques un peu différentes.

L'accès des musiciens à l'Hôpital psychiatrique est une possibilité fantastique, même si ce lieu fait toujours peur. Un auditorium ouvert et actif et une école de musique semblent constituer des réalités à la fois extraordinaires et complexes dans un tel endroit : par exemple, la démarche des parents amenant leurs enfants à l'hôpital psychiatrique pour interpréter de la musique peut poser question.

En outre, les pratiques artistiques sont très diversifiées. Nous avons pour notre part placé l'artiste reconnu un peu plus en aval de la démarche, valorisant donc d'abord le travail de fond. Arrivé il y a quelques mois, José Montalbot a remarqué que de nombreux artistes viendront s'ils sont accueillis de cette manière. Les artistes connaissent la raison de leur intervention, mais le soignant sait lui aussi mesurer la plus-value du passage d'un artiste dans l'Hôpital.

La venue d'un orchestre départemental tel que l'orchestre des Pays de Savoie permet aussi de modifier le cahier des charges, par rapport à un orchestre public, même si cette démarche pose de nombreuses difficultés.

Après cette présentation, une discussion sur la démarche entreprise se révélera plus intéressant.

## **Bernadette LEFEVRE**

Je vous remercie et vous félicite pour cet exercice très difficile.

Je laisse maintenant les personnes présentes poser des questions.

## Questions et débats

### **De la salle**

Je suis psychiatre en région parisienne. Je souhaite poser une question à Monsieur Boisselle.

Depuis deux ans, les associations font l'objet dans le milieu hospitalier d'une charge très forte résultant du Ministère et causée par sorte de psychose dont fait preuve la Cour des Comptes. Cette dernière tente ainsi de réduire l'intervention des associations dans le secteur hospitalier. Or, l'assemblée ici présente connaît certainement le rôle important des associations dans le

domaine psychiatrique et l'implication des patients qu'elles organisent.

Je ne comprends donc pas comment une association de pilotage de projet a pu être montée sans difficultés.

### **Jean-Pierre BOISSELLE**

Nous agissons non pas dans le cadre d'une association, mais plutôt d'un partenariat institutionnel initié au niveau national, décliné sur le territoire, et instigateur de ce projet de jumelage entre culture et hôpital. Francas est ainsi une association d'éducation populaire, qui se préoccupe du temps de vie de l'enfant. En effet, l'enfant à l'hôpital reste un enfant avant d'être un patient. Au niveau départemental, nous constituons donc l'un des partenaires de ce projet, avec une souplesse de gestion sous forme de convention. Pour le montage de notre projet départemental, nous bénéficions de fonds de l'un des partenaires du projets, en l'occurrence l'Institut Santé EDF.

### **Bernard GIRARD**

La multiplication des associations dans les hôpitaux a posé divers problèmes (transparence,...). Toutefois, nous aurions souhaité ne pas créer d'association, mais nous serons certainement contraints de le faire parce que c'est le meilleur moyen de collecter et d'utiliser des fonds facilement. De plus, dans les hôpitaux, la culture est en concurrence avec les autres activités et se révèle toujours perdante sur le plan financier, parce que les soins sont prioritaires. Nous sommes donc pris dans un paradoxe qu'il est important d'évoquer.

### **De la salle**

Je ferai écho aux propos précédents. Les associations jouent un rôle important dans le domaine de l'action culturelle, dont les projets sont presque toujours financés par des institutions publiques et des associations. Or, le jumelage semble constituer l'une des solutions permettant aux établissements de santé de participer à ces activités culturelles pérennes.

### **Benoît GUILLEMONT**

Je ne vois pas de quelles associations vous parlez, ce terme recouvrant une réalité très vaste.

## **De la salle**

J'évoque à la fois deux types de structures : les associations du champ artistique, et celles financées par les établissements publics de santé eux-mêmes pour simplifier et démocratiser leur démarche.

## **Pierre BOUTIN**

Le problème de la gestion constitue l'une des difficultés du jumelage entre des entités fonctionnant de manière très différente sur ce plan. Un tiers doit donc gérer le projet.

L'association départementale n'a *a priori* aucun lien avec l'Hôpital. Nous nous inscrivons dans une logique d'aménagement culturel du territoire dans la perspective d'une véritable politique publique croisée entre le département et l'Etat. Le jumelage nous permet donc de progresser, mais il s'inscrit d'abord dans un projet culturel construit avec l'ensemble des partenaires politiques du territoire.

## **Jean-Maurice LASSERRE**

Le milieu hospitalier - et notamment psychiatrique - utilise les associations pour effectuer certaines démarches incontournables. Cependant, pour mettre en place des jumelages dans le domaine culturel, la constitution d'une association n'est, de mon point de vue, absolument pas nécessaire. Les liens que nous entretenons avec l'ADDIM sont exclusivement des relations de client à fournisseur.

S'agissant des moyens, des fonds sont disponibles, au niveau culturel et hospitalier. Certes les hôpitaux ont parfois des difficultés à faire admettre que des fonds doivent être mobilisés. Toutefois, la contribution d'organismes encourage les directeurs d'hôpitaux à engager les finances complémentaires. En réalité, le financement issu de l'Hôpital résulte de la volonté du chef d'établissement.

## **De la salle**

Je représente la fondation Bayer Santé, qui est l'un des partenaires des jumelages. Je souhaite savoir comment les promoteurs du projet de Bassens parviennent à mobiliser les finances nécessaires à leur démarche.

## **Un intervenant**

Je m'excuse auprès de nos partenaires – en l'occurrence GlaxoWelcome, pour ne pas vous les avoir présentés. Nous bénéficions d'une subvention de la DRAC d'un montant de 30 000 francs. Nous disposons du concours du cercle des partenaires – GlaxoWelcome - à hauteur de 30 000 francs, ainsi que d'une participation du Conseil Général d'un montant de 30 000 francs. L'Hôpital peut ainsi compléter cette enveloppe financière. Notre budget s'élève donc à 150 000 francs environ, pour un hôpital dont le budget d'exploitation est de 300 millions de francs.

Mais cette enveloppe ne se décompose peut-être pas de la même façon dans toutes les régions.

## **De la salle**

Je suis l'assistant du Conseiller Action Culturelle de la DRAC de Haute-Normandie. De quelle manière les Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH) peuvent-elles intervenir dans le financement de jumelages ?

Une convention a-t-elle été passée entre la DRAC et l'ARH de Rhône-Alpes ?

## **Un intervenant**

Je reconnais l'importance des liens avec l'ARH, qui représente l'extension du Ministère de la Santé en Région et le financement des hôpitaux. Nous avons d'abord souhaité mettre en place une formation pour les directeurs hospitaliers, parce qu'ils ne sont pas toujours motivés et que les projets sont d'abord portés par les hôpitaux eux-mêmes. Portant sur l'importance de la culture au sein de l'Hôpital, cette formation, qui s'appelle Groupe de Réflexion Culture et Hôpital, a d'abord fait l'objet d'une convention avec l'ARH. Huit après-midi permettent une présentation des divers aspects de la culture par des spécialistes, auprès d'une dizaine de chefs d'établissements. Suivra une journée de restitution organisée le 26 juin à Lyon, une publication permettant d'informer et de sensibiliser les directeurs d'hôpitaux sur cette question.

Dans un second temps, nous orientons notre action dans trois directions. Nous espérons d'abord signer une convention d'action avec l'ARH en octobre ou novembre, pour s'accorder sur des financements communs de projets. La difficulté réside dans le fait que c'est l'ARH qui draine les crédits ministériels vers les hôpitaux et rejette la gestion de ces enveloppes sur le chef d'établissement. Dans ces conditions, nous tentons ensuite de rendre l'ARH incitative et de faire en sorte qu'elle prenne en compte des projets communs à plusieurs hôpitaux.

## **Un intervenant**

Si nous tentons de dépasser la question du jumelage. et de réfléchir à l'élaboration d'une véritable politique publique territoriale, la difficulté du financement doit être appréhendée différemment. Le Ministère finance largement les institutions culturelles (théâtres,...). Le Ministre devrait donc rappeler à ces dernières que le public de l'hôpital doit apparaître dans les lignes budgétaires, faute de quoi elles perdraient une part de leurs subventions.

## **De la salle**

La gestion effectuée par l'ADDIMS est-elle très différente d'une gestion assurée par une association de type loi de 1901 ? Etes-vous soumis à des contrôles supplémentaires qui garantiraient une gestion saine des fonds ?

## **Un intervenant**

L'ADDIMS est prestataire de services pour assurer une formation des personnels soignants de nature à se répercuter sur les patients. De surcroît, dès lors qu'elle s'insère dans le cadre d'un partenariat, elle fait bénéficier l'hôpital de ses réseaux et de sa connaissance des différents espaces culturels – notamment l'espace Malraux. Cela étant, la démarche de l'Hôpital est globale : si l'ADDIMS constitue son partenaire privilégié, il entretient également des liens avec d'autres acteurs (école de musique, de dessin...).

## **Catherine FERREY**

L'association Robin des Villes est une association loi de 1901 réalisant des animations ailleurs qu'à l'hôpital. Ayant ouvert un budget particulier pour l'opération dont j'ai parlé, elle reçoit à cet égard des subventions de la part de différents partenaires : DRAC, divers services de la Ville de Lyon( 70 000 francs), Ministère de la Jeunesse et des Sports, Région. Le budget n'étant pas arrêté pour l'année à venir, je ne sais pas d'où proviendront les prochaines subventions.

Chacun des partenaires engagés facture le prix de sa prestation à l'association Robin des Villes qui le rembourse. Le dispositif est donc transparent.



## **Marie-Thérèse FACTOR**

Nous ne disposons pas d'un budget véritablement prévu. Nous demandons à notre directeur de participer à l'opération – à hauteur de 15 000 francs cette année. Nous envisageons également de requérir des prestations en nature de la part de différents services de l'Hôpital : le service transport peut par exemple contribuer au déplacement des enfants, la reprographie effectue les tirages des ouvrages réalisés par les enfants... Cette approche représente donc une manière différente de requérir l'implication de l'Hôpital, parce que demander une aide financière s'avère toujours problématique.

### **De la salle**

Les IME peuvent-ils mettre en place des jumelages ? Des exemples de conventions existent-ils entre un équipement culturel et plusieurs établissements de santé ?

## **Benoît GUILLEMONT**

Le principe des jumelages s'applique surtout aux hôpitaux, mais pourrait très bien concerner un IME ou un CAT : il instaure un lien privilégié entre une structure médicale et une structure culturelle.

### **De la salle**

Je reviens sur le concept de synergie des acteurs, à laquelle certains ne participent pas du tout : la Fédération Hospitalière de France (FHF, qui représente 3000 établissements, la PEAP, qui en représente 1000.

La mise en place d'un module de formation se révèle certes remarquable. Toutefois, un tel dispositif de petite envergure ne résoudra pas le problème rapidement. Je suggère donc que les présents débats puissent avoir lieu lors des congrès de la FHF organisés annuellement dans chaque grande région et présidés par Monsieur Schrink, ainsi que lors des Journées Nationales de Paris. Ainsi, les directeurs d'hôpitaux convaincraient plus facilement leurs partenaires de l'importance qui doit être accordée à la culture à l'hôpital.

## **Un intervenant**

Cette dimension est importante. Nous n'avons en effet pas beaucoup abordé la question du poids du politique dans ces dispositifs de jumelage. Les conseils d'administration des hôpitaux sont présidés par les maires des grandes villes ou par les présidents des conseils généraux. Or, par nature, ces élus sont en lien avec le monde artistique et culturel. D'autres pistes - dirigées *via* la FHF notamment - peuvent donc certainement être explorées.

## **Bernadette LEFEVRE**

Une telle suggestion ne constitue-t-elle pas aussi une réponse à la demande de Patrice Marie de formuler des propositions nouvelles ?

## **De la salle**

S'agissant des institutions culturelles absentes de ce mouvement, je suis choqué de la faible représentation des théâtres publics nationaux.

## **Bernadette LEFEVRE**

Nous n'avons présenté ici que 4 jumelages sur 100.

## **De la salle**

Je représente aujourd'hui le Théâtre National de Toulouse. Or, au regard de la liste des participants, j'ai le sentiment que les centres dramatiques publics sont peu représentés ici.

## **Bernadette LEFEVRE**

Les structures pouvant agir au niveau régional ne peuvent peut-être pas être présentes aujourd'hui parce qu'elles travaillent sur le terrain.

## **Pierre BOUTIN**

Je suis très sensible à cette remarque. Aujourd'hui, les grandes institutions culturelles, largement financées par les pouvoirs publics, ne se sentent pas encore véritablement concernées par la démarche qui s'ouvre. Cette inertie devra être résolue de manière significative. Mais une telle évolution exige de clarifier les conventions de service public et les contrats d'objectifs que ces institutions signeront avec leur autorité de tutelle. Ce mouvement est fondamental.

## **Bernadette LEFEVRE**

Les conventions DRAC et ARH pourraient le prévoir au niveau régional. En Franche-Comté, nous précisons actuellement que la mobilisation vers les publics des hôpitaux relève des missions des institutions culturelles nationales.

## **Christian GRENET**

Je suis d'accord avec vous. Je connais le travail du Théâtre National de Toulouse par rapport à l'exclusion. Toutefois, je crois que certaines structures pensent avoir définitivement acquis un public intellectuel et cultivé qui remplit leurs salles, sans voir la nécessité de se trouver un autre auditoire. Or, nous assistons actuellement à une " fin de règne ", d'autant que la création artistique a lieu dans des lieux alternatifs.

## **De la salle**

Je me sens interpellée par ce que vous venez de dire. Je m'occupe des actions culturelles au sein de l'Atelier du Rhin, centre dramatique régional d'Alsace. Or, dans cette structure, nous ne nous sommes pas encore préoccupés de l'environnement hospitalier, parce que nous travaillons sur d'autres zones comme le milieu rural, pour lequel nous mettons en place des résidences d'artistes, et comme les quartiers défavorisés. Ces actions pérennes demandent beaucoup de temps et de réflexion. Dès lors, le souci de l'Atelier du Rhin est bien d'aller à la rencontre de tous les publics.

Je tenais à faire cette précision, parce que vous jetez facilement la pierre à ceux qui sont supposés disposer de finances, parce que nous tentons réellement d'accomplir un travail de fond et de sens avec ces moyens. L'Hôpital représente ainsi un objectif prochain.

## **De la salle**

Je suis soignante tout terrain au sein d'une petite équipe. Nous représentons également les patients hospitalisés, qui revendiquent un accès à la culture. Pour parvenir à mettre en place des partenariats avec des administrations très lourdes, nous devons batailler, parce que les directeurs de ce genre de structures sont souvent inaccessibles. Je souhaite donc rendre hommage aux directeurs d'hôpitaux ici présents – dont celui de Pierrefeu-du-Var, dont nous avons fortement besoin. En effet, nous ne manquons pas de projets – les populations hospitalisées sont en demande permanente de ce point de vue. Mais les relais manquent, parce que la hiérarchie se révèle extrêmement pesante.

J'estime finalement que ce congrès devrait être plus animé.

## **Bernadette LEFEVRE**

Nous sommes devant une lourde tâche. J'espère que vous avez recueilli suffisamment d'informations pour constituer des jumelages dans vos régions. Je vous remercie.

## Atelier n° 2 : Les plasticiens à l'hôpital

*Ont participé à cet atelier :*

*Sylvana CRESCINI, hôpital de Castiglione Stiviere (Italie)*

*Françoise DUBOIS, conseiller arts plastiques à la DRAC Nord-Pas-de-Calais*

*Rachel EVEN, Art dans la Cité*

*Susann LOPER*

*Docteur Françoise RUSSO-MARIE, directeur de recherche à l'INSERM-Hôpital Cochin*

*Dana SIMIONESCU, hôpital de la Tinaia de Florence*

*L'atelier était animé par Sylvie GERBAULT, directrice de l'Association de création contemporaine, 3 bis F à Aix-en-Provence.*

## Le 3 bis F : Les résidences d'artistes de l'hôpital Montperrin d'Aix-en-Provence

Sylvie GERBAULT

Directrice de l'Association de création contemporaine, 3 bis F à Aix-en-Provence.

### I. Le 3 bis F

#### 1. La naissance du projet

Le 3 bis F est un atelier d'art contemporain à la frontière entre la santé et la culture, situé dans les murs de l'hôpital psychiatrique Montperrin. Jusqu'en 1983, l'hôpital Montperrin était un lieu d'hospitalisation fermé, un pavillon de force pour les femmes. Le 3 bis était le nom de ce pavillon, le F signifiant quant à lui " Femmes ". Il s'agissait, lors de la mise en place de l'expérience, de revaloriser l'intra-hospitalier, à une époque où les hôpitaux psychiatriques se vidaient du fait de la sur valorisation de l'extra-hospitalier. A l'initiative d'un praticien hospitalier et d'un peintre est née l'idée de proposer à des artistes, principalement des plasticiens, de venir développer au sein de l'hôpital leur démarche de création. L'hôpital Montperrin a la particularité de se trouver non loin du centre-ville, ce qui est rare pour un hôpital psychiatrique.

## 2. Les principes fondateurs

Il s'agissait de modifier le rapport aux personnes hospitalisées, dans le cadre d'ateliers de pratiques artistiques collectives. Il fallait permettre aux patients de nouer des relations personnelles et d'échapper à leur statut de soignés. La participation s'effectuait sur la base du volontariat et ne faisait donc pas l'objet d'une prescription. Ces ateliers offraient la possibilité aux patients de rencontrer des personnes extérieures et de reconstruire un lien social.

Aux artistes reçus en résidence, il n'était pas demandé de jouer un rôle thérapeutique, mais de poursuivre leur travail de création en pariant sur l'effet d'une rencontre fondée sur l'échange entre eux et les patients. L'hôpital leur ménageait un espace de création en échange de l'ouverture de leur atelier sur l'hôpital et sur la ville. Ils travaillaient pour eux, entre eux, mais aussi avec notre équipe, en tenant compte des enjeux de la psychiatrie publique et en menant une réflexion sur la place de l'art à l'hôpital.

La position des trois soignants mobilisés sur ce projet pourrait être qualifiée *a priori* de non-thérapeutique. Cela signifie que nous acceptions d'oublier momentanément notre savoir médical pour nous ménager un autre point de vue. Ce renoncement à la maîtrise d'un savoir théorique nous impliquait davantage dans la relation à l'autre. Accepter de ne pas être dans l'immédiateté du soin est une démarche très exigeante pour les soignants.

Le public quant à lui était invité à faire évoluer son propre regard sur la folie, quitte à y rencontrer sa propre étrangeté.

## II. Le 3 bis F aujourd'hui

Le 3 bis F est un atelier d'art contemporain pluridisciplinaire qui accueille des compagnies de théâtre, de danse et des plasticiens.

Les plasticiens sont reçus selon des modalités diverses. Il peut s'agir d'une résidence à l'année. L'artiste accueilli développe alors un travail personnel et ouvre sa démarche au milieu hospitalier en prenant en charge un atelier de pratique artistique à la fois intra et extra-hospitalier.

L'artiste peut également être accueilli dans le cadre d'une résidence courte, construite autour d'un projet proposé par l'artiste et élaboré en collaboration avec l'équipe soignante. Ce projet s'adresse à la fois aux patients à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital. La participation y est libre et tous les types d'engagement sont possibles.

Quelle que soit la forme prise par l'articulation du travail de l'artiste et de celui du groupe, il est admis au préalable que nul ne peut prévoir ce qui va se produire lors de cette rencontre. Le point commun des projets n'est pas

l'acquisition de techniques, mais le partage.

Qu'il s'agisse de créations plastiques, chorégraphiques ou théâtrales, il est possible d'éviter le piège de l'instrumentalisation de l'art en acceptant l'interaction des spécialités, sans renoncer pour autant à leurs spécificités.

## La commande publique à l'artiste japonais Katsuhito Nishikawa pour l'hôpital Huriez à Lille

Françoise DUBOIS  
Conseiller arts plastiques à la DRAC Nord-Pas-de-Calais

### I. L'hôpital Huriez

#### 1. Historique

L'hôpital Huriez fait partie du centre hospitalier régional. Il a été conçu en 1930 par l'architecte Jean Walter. Il s'agit du premier édifice à réaliser l'union étroite entre l'hôpital et la faculté de médecine. Il est implanté sur un terrain de soixante hectares. Sa construction, engagée en 1934, s'est achevée en 1953. La capacité initiale de 1 200 lits a été portée à 1 700, puis réduite en 1994 à 950. S'engage alors un plan de modernisation visant à réduire la capacité à 552 lits. Le bâtiment est en béton armé et briques. Il comporte neuf étages carrés et deux sous-sols. Les bâtiments sont réunis au sud par des blocs opératoires et au nord par la faculté de médecine. Chaque étage comporte des locaux pour le diagnostic (consultations externes), le traitement (hospitalisation) et l'enseignement.

#### 2. Le projet de réhabilitation

Un projet de réhabilitation engagé dans les années 1980 a abouti à l'organisation d'un concours d'architectes en 1997. L'extension permet de regrouper les blocs opératoires au sud. Le hall d'accueil est doublé. C'est à l'occasion de la mise en œuvre du chantier que l'hôpital contacte le musée des Beaux-Arts de Lille qui l'oriente vers la DRAC. A l'été 1998 a lieu la première rencontre. Nous décidons d'accompagner l'hôpital dans sa démarche et un groupe de travail se constitue. S'engage alors une réflexion sur le domaine d'intervention de l'artiste. Des dossiers et des œuvres sont présentés et commentés. Nous passons d'une demande initiale d'exposition dans le hall d'accueil à un programme d'intervention qui couvrirait le hall, les ailes et la cour d'honneur.

*L'intervenante commente les diapositives présentant la configuration de l'hôpital et les modifications entreprises.*

Le groupe de travail aboutira au choix de l'artiste Katsuhito Nishikawa. L'ampleur de l'intervention a nécessité la mise en œuvre d'une procédure de commande publique.

*Des diapositives sont projetées au public, présentant quelques exemples du travail de Katsuhito Nishikawa : une pièce sans titre de 1991 en plâtre, une pièce de 1994, une chaise, un projet de jardin alliant un travail sur le minéral, l'eau et la lumière, des sculptures, la première proposition de l'artiste pour l'hôpital.*

## II. Le projet de Katsuhito NISHIKAWA

### 1. Le domaine d'intervention

Katsuhito Nishikawa propose de travailler à la fois sur la cour, l'ancien hall d'accueil, son extension et les ailes latérales, lieux de circulation ouverts au public. Il propose une mise à niveau de la cour, une trame géométrique dans laquelle viennent s'inscrire des plantations et un travail de marquage par la lumière. Son projet est construit suivant un axe nord-sud. Au centre de la cour, se trouve un grand banc de forme cruciforme. Cette forme est réintroduite dans le hall d'accueil par le biais d'une œuvre en métal qui vient s'encastrent dans un plancher de chêne. Lui répond à nouveau la forme cruciforme sous l'escalier monumental. Les matériaux sont d'une grande sobriété : béton, pierre de Soignies, bois.

### 2. Une œuvre d'art intégrée à l'hôpital

Ce projet aurait pu être présenté dans le cadre de l'atelier " L'œuvre d'art à l'hôpital ". L'œuvre de Katsuhito Nishikawa fera en effet partie du quotidien de l'hôpital et ne se bornera pas à un lieu réservé à l'œuvre d'art.



### **3. Un travail sur l'espace et le temps**

Son projet aurait également pu être présenté dans le cadre de l'atelier intitulé " L'architecture et l'aménagement des hôpitaux " parce qu'il a trait à une question d'architecture : celle de l'espace-temps. Chez Nishikawa, l'espace est celui d'un temps, et le temps est celui d'un espace. A Huriez, l'intervention porte essentiellement sur les sols, les lumières, ainsi que sur un espace extérieur qu'elle remodèle. Son projet s'oppose à la fragmentation, à la dislocation, à la rupture comme à la fermeture. La temporalité des espaces sur lesquels intervient l'artiste tient à la profondeur continue qu'il leur donne. Il s'agit d'une temporalité fluide. Il n'y a par exemple pas de rupture entre la temporalité de la cour et la temporalité du hall. Cette temporalité n'est pas pour autant homogène mais nuancée, élastique. Elle est relative aux corps, aux dispositifs que l'on croise. Le banc dans la cour d'honneur est un temps de pause intégré dans une progression, non un arrêt. L'expérience développe une aptitude à la présence partagée.

Le temps est suspendu, pensé pour recevoir, comme l'espace. Le projet vise à rendre l'hôpital hospitalier. L'artiste déploie un imaginaire, véhicule des valeurs. Son activité concerne tout à la fois l'architecture, l'environnement, le mobilier, le dessin, la sculpture, la vaisselle, toute hiérarchie étant gommée. Cette activité artistique se caractérise par un dépassement de la limitation, de la spécialisation, de l'univoque.

### **4. L'omniprésence du corps**

Le corps est une constante dans la démarche de Nishikawa, une composante de son œuvre. Les matériaux que travaille l'artiste accèdent à un degré de corporalité qui nous fait prendre conscience de notre propre corps. Ce dernier n'est pas figuré, mais a infiltré tous les matériaux de l'œuvre qui offrent toujours les conditions d'une posture active du corps. Cette présence du corps est un leitmotiv, se déclinant constamment dans la matérialité, la physicité, le chromatisme.

On pourrait imaginer que ce travail entre en résonance immédiate avec l'hôpital. De fait, cette place faite au corps comme mesure du sensible et de l'esprit est implicite dans l'hôpital. Le choc provoqué par la venue de Nishikawa réside dans le fait qu'il fait advenir l'implicite au niveau de l'explicite. Ce choc se traduit encore aujourd'hui par des résistances, des peurs qui se dissimulent sous des critiques d'ordre technique et fonctionnel. Ce choc permet une confrontation entre les pratiques de l'hôpital et une autre culture.

La dernière esquisse remonte au mois de janvier. Je voudrais citer Glissant parlant de l'espace des Caraïbes : " Il y avait là une espèce d'introduction, une sorte de liaison entre ce qu'il faut laisser derrière soi et ce qu'il faut entreprendre de connaître. "

# Art et environnement : comment promouvoir l'art dans le milieu de la recherche ?

Françoise RUSSO-MARIE  
Directeur de recherche à l'INSERM-Hôpital Cochin

## I. L'art au cœur de l'hôpital Cochin

### 1. L'origine du projet

Je présente une expérience qui n'a rien d'institutionnel. Notre réflexion ne porte pas sur " Art et hôpital " mais sur " Art et science ". Nous sommes des chercheurs. Nous avons eu la chance de disposer, il y a dix ans, d'un local neuf sur le campus de l'hôpital Cochin, comprenant un grand hall d'entrée, trois étages et un escalier en colimaçon que nous avons baptisé le Guggenheim du XIV<sup>ème</sup> arrondissement. Nous avons voulu introduire l'art dans ces murs, pour faire se rencontrer chercheurs et artistes. Très récemment, nous avons eu l'idée de sortir de notre bâtiment et d'aller vers l'hôpital. L'hôpital Cochin possède les bâtiments du couvent de Port-Royal de Sœur Angélique, restaurés au XVIII<sup>ème</sup> siècle et comprenant un cloître, un chœur des religieuses et un réfectoire. Nous pouvons utiliser ces bâtiments pour organiser des expositions.

Notre démarche n'est pas institutionnelle, mais spontanée. Nous sommes des amateurs. Nos objectifs au moment où le projet a été engagé étaient d'une part de promouvoir l'art contemporain dans les milieux de la recherche et de l'hôpital et d'autre part de faire sortir l'art des musées et autres lieux habituels d'exposition. Les chercheurs qui se rendent à leur laboratoire et le personnel hospitalier qui circule dans notre bâtiment doivent pouvoir se dire que l'art fait partie du quotidien. Nous nous sommes montrés par ailleurs très exigeants sur la qualité des œuvres présentées.

Chaque fois que cela a été possible, nous avons fait suivre les expositions de forums de discussion entre artistes, chercheurs, personnel soignant et, récemment, malades.

### 2. Les fondateurs

Les initiateurs du projet sont Jean-Gérard Guillet Jean-Paul Levy, qui dirigeait jusqu'à l'année dernière l'Association nationale de recherche sur le sida, Dona Levy, Eliane Strosberg et moi-même. Eliane Strosberg vient d'écrire un livre intitulé *Art et Science* paru à l'UNESCO.

Nous nous sommes entourés d'un comité pour nous aider à choisir les œuvres à exposer. Nous avons recruté des personnes issues du monde des arts ou de la recherche : Claire Fresh, administrateur au musée d'Orsay, Jacques Loeb, chercheur issu d'une famille de tradition artistique, Barbara Polla, propriétaire d'une galerie d'art contemporain à Genève et chercheur.

Nous avons organisé une série d'expositions suivies de conférences débats, des concerts ; nous avons accueilli des artistes en résidence et favorisé le dialogue avec les patients. Financièrement, nous fonctionnons sur le mode du mécénat et nous sommes très peu organisés.

### **3. Les réalisations**

Chaque année, nous avons présenté une exposition d'œuvres de jeunes chercheurs de l'Ecole Supérieure des Arts Décoratifs.

Nous avons organisé des conférences débats sur les œuvres issues d'un atelier d'art-thérapie de Ville Evrard. Nous avons à cette occasion bénéficié de l'aide financière d'entreprises privées pour exposer les œuvres pendant deux mois. On ne peut pas vendre les œuvres de malades mentaux. Jean-Paul Levy est intervenu sur " Biologie de la représentation du monde " et Didier Chartier sur " Expression plastiques et soins psychiques ".

Nous avons reçu des artistes plasticiens en résidence, qui ont réalisé au bout de six mois une exposition intitulée " Les dérives imaginaires du corps ", sur la génétique et le clonage, sujets qui font l'objet de nos préoccupations en tant que chercheurs. Cette exposition fut un grand succès.

*L'intervenante projette des diapositives présentant les œuvres exposées.*

Une autre exposition a dû être interrompue. Deux éthologues avaient envisagé, à l'époque du clonage de la brebis Dolly, de réaliser une œuvre sur le clonage. Ils ont empaillé un lapin qu'ils ont placé sur une paillasse au centre de notre escalier. Avec de la laine de Dolly achetée en Ecosse, ils ont tricoté des organes qui sortaient des entrailles du lapin et se prolongeaient en fils qui allaient écrire sur les murs de l'escalier des phrases sur le problème du clonage, sur l'utilisation des organes à partir de cellules souches, sur la question que pose l'utilisation des animaux à des fins médicales ou biomédicales. Dans le même temps, nous avons reçu Axel Kahn qui est intervenu sur le thème " Clonage, maladie et altérité " et le philosophe Pascal Bruckner avec lequel nous avons discuté des problèmes psychologiques induits par la maladie. Le débat était animé par Barbara Polla. Cette exposition devait durer un mois. Malgré l'extraordinaire succès qu'elle a rencontré, nous avons dû l'interrompre au bout de quinze jours car les personnes qui circulaient dans le bâtiment, se sentant agressées, découpaient et brûlaient les fils que nous devons constamment remplacer.

#### **4. Le dialogue avec les patients**

Un artiste japonais, Yukisa Ysobe est intervenu dans le cadre d'un congrès sur la pollution de l'air. Nous avons reçu le soutien de la DRAC pour exposer ses œuvres, dont le but est de provoquer la réflexion du public sur le problème de la pollution.

Yukisa Ysobe prolonge actuellement ce travail en se rendant chaque semaine dans les services de pneumologie où ils discute avec les patients atteints d'asthme.

Notre association vit au jour le jour, sans subventions, au hasard des projets qui nous sont proposés. Nous sommes tous bénévoles.

### Questions et débats

#### **De la salle**

Vous avez dit qu'il était interdit de vendre des œuvres de malades mentaux.

#### **Françoise RUSSO-MARIE**

C'est exact. Les œuvres appartiennent à l'atelier de Ville Evrard. La vente d'œuvres de malades mentaux qui avait eu lieu à la suite d'une exposition à la Salpêtrière avait en effet posé de graves problèmes avec les familles des patients qui avaient réclamé des droits.

#### **De la salle**

Je suis praticien hospitalier en psychiatrie. Je participe en tant que soignante à un atelier animé par un peintre. Je suis étonnée de voir que les patients n'ont pas signé les œuvres de l'exposition que vous avez organisée. En d'autres termes, ils ne sont pas identifiés

#### **Françoise RUSSO-MARIE**

Les malades de Ville Evrard participent à un atelier ouvert. Ils auraient pu signer les œuvres, mais nous n'avons pas l'intention de les vendre. Nous n'avons pas voulu nous encombrer de problèmes juridiques.

## **De la salle**

Je ne vous parle pas d'un problème juridique mais humain. Une œuvre d'art soit être signée. D'ailleurs, pourquoi un malade mental ne pourrait-il pas vendre ses œuvres comme n'importe quel artiste ? Quoi qu'il en soit, le créateur doit apposer son nom sur une œuvre. En tant que soignants, nous nous efforçons de restaurer une identité. Je ne peux pas rester muette sur le sujet et me rendre complice de ce déni d'identité.

## **De la salle**

Je suis journaliste. Ma question porte sur l'intervention de Françoise Dubois. J'aimerais connaître le point de vue des patients et des soignants sur le projet artistique.

## **Françoise DUBOIS**

Il n'y a pour l'heure pas encore eu de communication sur le projet qui en est au stade de l'esquisse. Le groupe de travail réunissait des membres du personnel administratif de l'hôpital, des médecins, des maîtres d'œuvres, l'architecte de l'extension, des représentants de la DDE qui accompagne la maîtrise d'œuvre, un représentant du musée et la DRAC. Ce groupe a rédigé un volumineux cahier des charges qui a été remis à l'artiste. Les pourparlers sont en cours avec l'équipe hospitalière, car le projet pose un certain nombre de problèmes d'accessibilité, pour les handicapés notamment. Le projet devrait être validé en mars par le Conseil d'Administration. En novembre 2000, l'hôpital a recruté une personne chargée de définir un projet culturel et artistique de sensibilisation de l'ensemble des personnels et patients. Le service communication de l'hôpital a également été associé au projet.

## **De la salle**

L'artiste travaillera-t-il sur place ?

## **Françoise DUBOIS**

Le projet artistique prend place dans le cadre d'un chantier. L'artiste mettra en œuvre un projet pérenne. Son travail porte à la fois sur la conception d'un espace extérieur et d'un espace intérieur, qui est également en chantier actuellement.

## **De la salle**

Qu'une création effectuée à l'hôpital par un artiste ou un patient soit considérée comme une œuvre ou bien comme une expérimentation, elle est la propriété de son auteur, et l'on ne peut l'utiliser sans son consentement. Si nous ne sommes pas clairs, en tant que responsables culturels, sur ce principe juridique élémentaire, il est inutile de poursuivre dans cette voie.

## **Susann LOPER, directrice d'un hôpital à Londres**

Je remplace Jane Willis, qui est comme moi responsable d'un hôpital. Elle n'a pas pu participer à ce forum car elle est malade.

Il faut opérer une distinction entre les œuvres d'art réalisées dans le cadre d'une thérapie et les œuvres produites par de véritables artistes et destinées à accompagner la thérapie en modifiant l'environnement du malade. Les œuvres d'art qui font l'objet d'une commande sont la propriété de leur commanditaire.

## **Françoise RUSSO-MARIE**

Nous avons présenté les œuvres d'un atelier d'art-thérapie. Nous avons fait encadrer ces œuvres pour qu'elles puissent être exposées. Elles sont ensuite retournées à l'hôpital où étaient soignés les patients qui, je pense, ont pu les récupérer. J'ai seulement fait en sorte de valoriser ces œuvres. Je n'ai pas voulu entrer dans une logique marchande.

## **De la salle**

Vous refusez l'institutionnalisation de l'art. Vous voulez que l'art sorte des lieux qui lui sont traditionnellement réservés. Depuis les années 60, toutes les pratiques artistiques tendent vers ce but. Je ne vois donc rien de très nouveau.

De plus, vous parlez de rencontre entre les chercheurs et les artistes. En réalité, je ne vois pas là de véritable rencontre, mais l'illustration par des plasticiens de sujets de recherche, comme le clonage. A ce propos, vous êtes restée vague sur le contenu de l'œuvre : quelles étaient les phrases inscrites sur le mur de l'escalier avec la laine de Dolly ?

## **Françoise RUSSO-MARIE**

Il s'agissait de phrases issues d'articles parus dans les journaux américains à propos du clonage. Le clonage sera-t-il une source de mieux être pour l'homme ? L'homme ne risque-t-il pas de devenir un monstre ?

Nous ne prétendons pas être novateurs. Nous donnons simplement un espace à des artistes. En revanche, je pense que nous avons le mérite d'obliger les chercheurs, qui vivent d'ordinaire en vase clos, à se demander à quoi servent leurs recherches. C'est en cela que la confrontation avec les artistes est enrichissante pour nous. Par ailleurs, les artistes nous renvoient l'image de ce que le public perçoit de nos travaux. Nous avons besoin de connaître les représentations du public, afin de mieux communiquer sur ce que nous faisons.

## Approches pédagogiques et artistiques

Sylvana CRESCINI  
Hôpital de Castiglione Stiviere (Italie)

### I. L'atelier de l'hôpital de Castiglione Stiviere

L'atelier de peinture de l'hôpital psychiatrique pénal de Castiglione Stiviere a été créé en 1990. J'en suis la fondatrice et l'artiste responsable. Notre but est d'impliquer les patients dans une activité artistique en stimulant pour chacun la créativité expressive et en refusant parfois de faire apparaître des individualités douées d'un talent créatif spontané. L'hôpital psychiatrique pénal, qui héberge plus de deux cents malades, n'est pas seulement un établissement de soins, mais aussi une prison. On y trouve des malades mentaux, considérés comme irresponsables au moment des faits. Dans cet hôpital, l'activité artistique est conçue comme un outil majeur de communication pour des patients soumis à des mesures de restriction de la liberté individuelle. Par conséquent, l'atelier est consacré à la recherche d'une liberté intérieure, à l'appropriation d'un espace pour l'âme et pour l'esprit obscurci ou annihilé par la maladie psychique.

Depuis la création de l'atelier, de très nombreuses personnes se sont présentées spontanément, en provenance de toute l'Italie. Au moyen du dessin et de la couleur, elles ont exprimé leurs messages et extériorisé leurs pulsions. En plus des dessins sur papier, toile et panneaux, les malades ont réalisé des peintures murales sur les parois internes de l'hôpital, les rendant ainsi plus lumineuses. Les salons où se trouvent ces peintures murales peuvent ainsi être admirés par des visiteurs extérieurs.

A partir de 1991, les œuvres réalisées dans l'atelier ont été présentées dans le cadre d'expositions, de congrès et de séminaires. L'activité artistique exercée jusqu'à présent dans cet hôpital pénal favorise un certain bien-être psychologique pour les patients, mais permet aussi un échange culturel et des relations humaines entre le monde extérieur et la réalité intérieure des malades.

## II. Présentation et commentaire de quelques œuvres

*Des diapositives sont projetées.*

Mario a vécu à l'hôpital pénal ces cinq dernières années. Il a réussi à trouver un remède à ses angoisses par la peinture et la poésie. Ses peintures expriment le souvenir de sa vie et de sa ville au bord de la mer.

Franca a commencé à peindre à la Tinaia de Florence. Après huit années d'inactivité, elle est arrivée à l'hôpital de Castiglione et s'est remise à la peinture, produisant en quatre ans des œuvres d'une grande intensité. Elle est ensuite retournée à Florence, où elle continue à fréquenter la Tinaia.

Pipo a exécuté des œuvres de grandes dimensions. Il a d'abord dessiné au feutre sans lever la main, traçant des lignes sinueuses dans lesquelles on peut reconnaître des figures humaines, des animaux, des totems ainsi que d'autres symboles. Il a ensuite peint, avec l'aide de certains de ses camarades.

Mario a peint sur ce panneau des brebis rouges sur fond vert. Le contraste des deux couleurs complémentaires donne à cette peinture l'aspect d'une radiographie. Tandis qu'il travaillait, Mario décrivait avec force détails la disposition des organes internes mis en évidence par le dessin. Outre les brebis qui sont son sujet de prédilection, Mario a peint des paysages de Sardaigne, sa terre natale, qu'il évoque avec nostalgie.

Lorsqu'elle est entrée pour la première fois à l'atelier, Nabila tenait une tasse contenant du marc de café qu'elle voulait me lire. Je l'ai invitée à traduire en signes ce qu'elle voyait dans le fond de la tasse. C'est ainsi qu'elle a produit sur la toile des figures étranges qu'elle a définies comme les fantômes de l'esprit. Après avoir tracé les signes dans un état de transe, elle a rempli son dessin de couleurs vives, méditerranéennes, qui lui rappellent ses origines égyptiennes.

Luidgia exécute de préférence des portraits de personnes qui lui sont chères. Elle dessine de mémoire. Malgré la vivacité de la couleur, ses tableaux sont voilés de mélancolie. J'écoute volontiers les anecdotes de sa vie en lui passant les couleurs.

Giacomo peint des visages aux couleurs vives et à l'expression hagarde, dont les regards fixes et pénétrants mettent mal à l'aise. Il inclut dans ses portraits, sur les joues et le front, des paysages, des palais et autres figures géométriques.

Séraphino ne sait ni lire ni écrire. Il parle rarement. Il exécute des dessins de manière infantile. Le plus souvent, il s'agit de figures humaines dont les bras sont grands ouverts. Parfois, des flèches transperçant les corps soulignent ses états d'âme.



Daniele, par le biais de la physionomie de ces visages, exprime d'une manière ironique le caractère et les sentiments des personnes. Il ajoute à ses œuvres des phrases et des pensées poétiques.

# Art dans la cité

Rachel EVEN  
Art dans la Cité

## I. Les objectifs de l'association

Je dirige l'association Art dans la cité, créée il y a quatre ans et demi par une personne venant du monde de la communication et par moi-même, formée aux arts plastiques. Quelques amis bénévoles ont bien voulu nous rejoindre.

Nous avons envie de faire découvrir l'art contemporain au public, et il nous paraissait que le meilleur moyen était de mettre ce dernier en contact direct avec les plasticiens. Nous nous sommes rapidement tournés vers l'enfant hospitalisé.

La vocation de l'association est d'améliorer l'accueil et le séjour de l'enfant à l'hôpital, d'être un trait d'union entre l'enfant et l'artiste, de promouvoir de jeunes talents et de faire découvrir à des publics nouveaux l'art et les artistes.

## II. Les principes de l'association

Le choix de l'artiste revient toujours à la structure d'accueil. Nous mettons en place un projet avec le service de pédiatrie qui choisit des artistes parmi une liste que nous lui proposons. Pour nous, ce principe est capital.

Un lieu dans l'hôpital est mis à la disposition de l'artiste retenu, le temps de la création de l'œuvre. Il peut s'agir d'une salle de jeu, d'une bibliothèque. La structure hospitalière ne se prête pas nécessairement à l'ouverture d'un atelier, mais nous avons toujours réussi à trouver un endroit pour l'artiste.

Les enfants sont témoins de la création, mais peuvent également créer leurs propres œuvres, exposées avec celle de l'artiste. Cette dernière est propriété de l'hôpital. Cet atelier " déplacé " est donc inscrit dans le quotidien de l'hôpital.

Après quatre ans et demi, nous sommes en mesure de tirer un bilan de l'expérience. L'atelier a ouvert l'imaginaire des enfants et stimulé leurs réflexions. La présence d'un artiste professionnel leur a permis d'exprimer leur potentiel créatif. L'émulation est réciproque, l'artiste étant lui-même influencé par les enfants. Plus de vingt artistes ont travaillé dans le cadre de cet atelier. Tous nous ont confié avoir vécu une expérience positive et enrichissante.

Nous ne prétendons pas faire de l'art-thérapie. Je n'entrerai donc pas dans l'examen des vertus thérapeutiques de l'atelier, mais me contenterai de

présenter le témoignage des médecins qui nous ont dit que l'atelier " déplacé " apportait beaucoup aux enfants.

### III. Les critères de la réussite

La réussite d'un projet de ce type repose avant tout sur l'adhésion de l'hôpital. C'est pourquoi nous devons expliquer aux équipes qui nous sommes et ce que nous recherchons.

L'installation et la préservation des œuvres posent problème dans le cadre d'un hôpital. Il est important d'impliquer le personnel dans cette tâche.

J'aimerais insister aussi sur l'importance de la communication. Des partenaires nous ont aidé à faire connaître notre projet. Pourtant, l'hôpital répugne souvent à citer leurs noms. Cela me semble pourtant la moindre des choses.

J'ajouterai que tout travail mérite salaire. Il convient donc de rémunérer l'artiste qui intervient à l'hôpital. Cette rémunération est la reconnaissance de la valeur de son travail. Il est impossible de demander à un jeune artiste de travailler bénévolement pendant plusieurs mois.

Ceci me permet d'aborder la question du financement du projet. Nous nous sommes demandé s'il fallait solliciter ou non la participation de l'hôpital. Depuis plus de quatre ans, nous fonctionnons essentiellement sur le principe du mécénat. Nos partenaires sont essentiellement privés. Je voudrais dire à ce sujet qu'il manque en France une volonté politique de promouvoir le mécénat qui permettrait à nombre d'entreprises encore réservées de participer et de donner vie à des initiatives comme la nôtre.

*Pour conclure, l'intervenante projette des diapositives illustrant le travail mené au sein de l'atelier.*

## Questions et débats

### **Susann LOPER**

J'œuvre dans ce domaine depuis sept ans. J'ai assisté partout en Europe à des conférences comme celle-ci car, malgré ce qui a pu être dit, il ne s'agit pas de la première conférence européenne sur ce thème. En 1997, j'ai participé à Londres à une conférence intitulée " La culture à l'hôpital : l'apprentissage sur la base de nos expériences. " Cela correspond précisément à ce que je veux vous demander aujourd'hui : qu'avons nous appris ?

Peut-être n'avez-vous pas besoin, en France, de convaincre les financiers de vous aider. En revanche, il s'agit d'une nécessité au Royaume-Uni. Afin d'obtenir une aide pour continuer à intégrer les arts visuels et plastiques à l'hôpital, j'ai dû apporter la preuve que ma démarche ne relevait pas seulement de l'anecdote. Je me suis alors demandé comment quantifier la réussite de nos projets. Naïvement, j'ai cru que si nous pouvions mesurer les réactions des patients face à l'œuvre d'art, nous obtiendrions une réponse objective à la question que nous nous posons depuis si longtemps, à savoir celle des vertus thérapeutiques de l'art à l'hôpital.

Ainsi, avec l'aide d'un scientifique, nous avons tenté d'évaluer les réactions du patient : la tension artérielle, les pulsations cardiaques, etc. Nous avons bel et bien constaté, par exemple, que la diffusion de musique en salle d'anesthésie faisait une grande différence, en particulier dans la gestion du stress et de l'angoisse.

Le service national de la santé est le plus grand employeur d'Angleterre. Nous avons découvert que la musique et les interventions artistiques étaient très appréciées par le personnel soignant qui est probablement moins satisfait de ses conditions de travail que le personnel soignant français, étant mal rémunéré et surchargé de travail. Nous savons, à Chelsea Westminster, que si nos effectifs sont plus élevés qu'ailleurs, c'est parce que nous avons su créer un environnement propice. Ce type de preuves quantifiées est très important aux yeux des bailleurs de fonds. Il s'agit de la première enquête clinique de ce genre. J'espère pouvoir être en mesure de vous en présenter les résultats définitifs au mois de juin.

Je conclurai en disant que nous savons tous que ce que nous faisons fonctionne. A présent, nous devons nous demander pourquoi nous le faisons.

## **Françoise RUSSO-MARIE**

Des études ont été menées dans les hôpitaux nord-américains sur l'influence de l'art sur les comportements. Des rapports sont parus dans *Nature* et *Science*. Les études actuelles utilisent des procédés d'imagerie cérébrale pour observer la modification des comportements. Nous devons démontrer que cela marche, afin de convaincre nos ministères d'investir.

## **Susann LOPER**

Nous voulions aller au-delà de l'étude réalisée en 1994 et présentée dans *Nature*. Il ne s'agissait alors que de couleurs. Nous parlons quant à nous de véritables œuvres d'art et de musique jouée en direct. Cette entreprise est d'une grande difficulté, mais je pense que nous allons parvenir à des résultats étonnants.

## **Françoise MARIE-RUSSO**

Rachel Even a réussi à travailler avec des artistes très connus. Comment avez-vous trouvé l'argent pour les payer ? Les œuvres d'Olivier Debray ont-elles été volées ?

## **Rachel EVEN**

J'espère qu'elles ne l'ont pas été ! L'une des rares choses que nous demandons à l'hôpital est de garantir l'intégrité des œuvres. En revanche, des œuvres ont été volées un jour à l'hôpital de Lagny.

## **Françoise MARIE-RUSSO**

A qui appartiennent les œuvres que vous obtenez pour les hôpitaux de Paris ?

## **Rachel EVEN**

Les œuvres appartiennent à l'hôpital. `

## **De la salle**

Je viens de Stockholm. Nous menons depuis cinq ans un programme de recherche sur la culture à l'hôpital. Nous avons cherché à savoir comment l'art et la musique pouvaient avoir un impact sur les personnes âgées, les malades mentaux, les personnes ayant subi une crise cérébrale.

Il est très important de mener une recherche sur ce sujet pour obtenir des financements et aller de l'avant. En Suède, le conseil compétent en la matière a pris connaissance des résultats de cette recherche et autorisé un autre projet étalé sur cinq ans, auquel il a accordé un budget de cinq millions de couronnes. Ce programme concerne essentiellement des personnes âgées.

Il nous faut déterminer pourquoi cela fonctionne, et nous avons pour cela besoin de la recherche. C'est dans cette direction que nous devons maintenant nous orienter.

## **Susann LOPER**

Effectivement, nous prêchons ici aux convertis. Nous savons tous que nos expériences donnent des résultats. Il faut maintenant aller plus loin.

## **De la salle**

La pratique artistique n'a été envisagée que selon une approche médicale. Il n'a pas été question du point de vue de l'artiste. Pourquoi un artiste intervient-il dans une structure hospitalière ? Je ne suis pas convaincu pour ma part que l'art soigne. L'art n'a soigné ni Artaud, ni Kafka, et la peinture n'a pas empêché Modigliani de se suicider. Il me semble ici que l'art est instrumentalisé, et que l'on élude le problème fondamental du sacré et de la création.

## **Rachel EVEN**

Nous travaillons constamment avec des artistes. Il n'est pas uniquement question de soins. Il y a un véritable échange entre l'artiste et le public. L'enfant à l'hôpital est très réceptif.

## Atelier n° 3 : Les Clowns

*Ont participé à cet atelier :*

*Tom DOUDE, Clinic Clowns (Pays-Bas) ;  
Laura FERNANDEZ, Die Clown Doktoren (Allemagne) ;  
Yury OLSHANSKY, Soccorso-clown (Italie) ;  
Caroline SIMONDS, Le rire médecin (France)*

*L'atelier était animé par Bernie WARREN, Professeur d'art dramatique à l'université de Windsor (Canada).*

### Introduction

**Bernie WARREN**

**Professeur d'art dramatique à l'université de Windsor (Canada)**

Au cours de notre atelier, nous évoquerons chacun un secteur bien précis, en évoquant les sociétés dans lesquelles travaillent nos collègues, puis en évoquant le thème général des clowns dans les hôpitaux.

Les clowns, et d'autres amuseurs, travaillent dans les hôpitaux depuis l'époque d'Hippocrate, au Ve siècle avant Jésus-Christ. A cette époque, des troupes de clowns et d'autres artistes se trouvaient dans la cour de l'hôpital pour divertir les gens et les faire rire. La tradition actuelle des clowns travaillant dans les hôpitaux et les centres de soin commence avec les frères Fratellini, vers la fin des années 1800. Les grands parents de mes collègues ici présents, comme Michael Christiansen à New York, ou Kine Rudqui a lancé un projet à l'hôpital de Winnipeg pour les enfants au Canada.

Les clowns travaillent dans les hôpitaux pour plusieurs raisons. Tout d'abord, nous sommes conscients depuis longtemps des liens entre le corps et l'âme. Or le rire a un effet positif sur le corps. Par ailleurs, depuis trente ans, des recherches scientifiques concernant la façon dont le rire affecte le système d'immunité ou le système respiratoire, se sont développées. Le bénéfice médical du rire est positif. Nous connaissons aujourd'hui clairement la valeur du rire dans les hôpitaux. Ainsi, des clowns travaillent dans les hôpitaux et les administrateurs hospitaliers apprécient leur travail d'un point de vue médical. Alors que l'équipe médicale traite les symptômes et les problèmes de santé, les clowns traitent les âmes, le bien-être, et, ce faisant, ils aident la famille du malade à voir dans le patient autre chose qu'un malade. Nous donnons de plus en plus d'importance à ce rôle. En effet, depuis très longtemps, dans la culture occidentale, et plus encore dans la culture orientale, nous nous attachons à la personne dans son ensemble, et non pas seulement à sa maladie. Or les clowns ont un rôle très important à jouer dans ce sens.

Par ailleurs, nos collègues sont différents des amateurs. Il existe des amateurs doués et des divertisseurs à temps partiel pour les réunions d'enfants ou les anniversaires. Mais tous les clowns travaillant dans les sociétés que nous allons évoquer aujourd'hui sont formés et obéissent à de codes de déontologie, dans le cadre d'un contrat avec l'hôpital ou le centre de soin. Tous ces clowns travaillent en tandem, et durant toute l'année, souvent sans relâche. Ils ont un dialogue permanent avec les soignants, et ils suivent une formation continue, pour améliorer leurs compétences. Les sociétés qui sont présentées aujourd'hui sont perçues par les homologues médecins ou infirmiers comme faisant partie intégrante de l'équipe soignante. Il ne s'agit pas simplement de personnel à qui l'on fait appel de temps en temps pour amuser les malades.

Je vais à présent demander à chacun des participants à cet atelier de se lever lorsque je prononcerai une catégorie à laquelle il appartient. Qui est administrateur culturel ? Qui est infirmier ou infirmière ? Enseignant ? Sociologue ? Travailleur social ? Médecin ? Clown ? Sagittaire ? Jardinier amateur ? Pyromane ? Qui n'a pas de sous-vêtements ? Qui est ou a été enfant ?

*Chacun des participants se lève à la mention de la qualité qui lui correspond. Tous se lèvent à la dernière proposition.*

Je voulais simplement savoir à qui nous avons à faire. Je vais à présent demander à chacun des participants de se présenter.

## **Laura FERNANDEZ**

Je suis portoricaine, originaire de New York, et je travaille actuellement en Allemagne avec Die Clown Doktoren. J'ai d'abord été historienne d'art en histoire médiévale. J'ai rencontré un professeur de mime et j'ai étudié le mime durant 10 ans, avant de devenir clown. J'ai alors reçu un coup de téléphone, en 1987, de la part de la Clown Kerr Unit, à New York. Martin Christiansen cherchait des clowns pour travailler au sein de cette unité. J'ai tenté ma chance alors que je n'avais aucune expérience en la matière. Je pensais qu'il s'agissait d'un job d'été, mais 14 ans plus tard, j'y travaille encore. On m'appelait Docteur Humour. J'ai ensuite travaillé dans le théâtre en Europe et plus particulièrement en Allemagne. J'ai dû choisir entre Porto Rico et l'Allemagne pour lancer un programme allant dans le même sens que la Clown Kerr Unit. Mais j'avais l'impression que les Allemands avaient besoin de quelqu'un qui les fasse rire. Ainsi, en 1993, j'ai lancé ce programme en Allemagne. Aujourd'hui, l'hôpital en question compte 19 clowns.



## **Tom DOUDE**

Je suis Directeur général du Centre Clinic Clowns aux Pays-Bas. J'ai étudié l'administration publique et la communication et j'ai travaillé au Ministère des Affaires économiques, dans le service de la communication. J'ai également été Directeur de la Communication dans le World Wide Fund for Nature aux Pays-Bas. Depuis deux ans, je suis Directeur général du Clinic Clowns, une œuvre philanthropique employant 55 personnes. Nous avons commencé notre activité en 1992 au Centre Médical d'Amsterdam. Actuellement, nous avons 40 clowns, qui travaillent dans une soixantaine d'hôpitaux dans l'ensemble du pays. Nous avons affaire à 700 enfants toutes les semaines. Nous réunissons trois départements des affaires des clowns. Le premier traite de tout ce qui touche à l'organisation des travaux artistiques. Le deuxième est le département marketing et communication et le troisième est un département services de bureaux. Nous avons 20 000 donateurs dans tout le pays, et nous espérons porter ce chiffre à 100 000. L'année dernière, notre budget était de 3,2 millions d'euros. Nous sommes une œuvre philanthropique, reconnue par l'organe central qui autorise la recherche de moyens financiers. Notre objectif est de donner aux enfants dans des situations difficiles un moment de joie pour les aider. Nous voulons contribuer à la qualité de vie de ces enfants. Nos racines sont dans le milieu hospitalier, mais nous avons lancé d'autres expériences dans d'autres secteurs de soin, notamment pour les enfants handicapés mentaux et physique. Nous avons mis en place un travail expérimental dans les soins à domicile, en collaboration avec la Croix Rouge néerlandaise.

## **Yuri OLSHANSKY**

Je suis Directeur général et l'un des fondateurs d'une organisation italienne, Soccorso Clown, qui signifie clowns de premiers secours. Il s'agit du seul service professionnel de docteurs clowns en Italie. Cette organisation est le résultat d'un projet européen d'éducation, financé par le fonds social européen, et soutenu par la région de Toscane, et d'autres structures italiennes, et par l'hôpital de Florence premier hôpital à reconnaître l'importance de la formation de docteur clown. Le clown présente habituellement un projet pilote à l'hôpital d'une durée de trois ou quatre semaines, ou d'un à trois mois, selon les moyens financiers disponibles. Si les résultats sont positifs, ce qui est le plus souvent le cas, l'hôpital demande notre intervention. Nous recherchons alors des parrainages privés ou étatiques, au niveau régional et central. Nous présentons les projets pilotes dans huit hôpitaux italiens. En décembre dernier, nous avons bénéficié d'un prix de l'association des parents contre les tumeurs chez les enfants. Il s'agit du prix Michel Ange. Nous travaillons pour cette association deux à trois fois par semaine et nous espérons travailler selon un rythme plus soutenu. J'ai suivi une formation dans le théâtre et le cinéma et avant de commencer mon travail de clown. Mon frère, qui est directeur artistique, travaille dans la Clown Kerr Unit et joue un rôle important dans notre organisation.

## **Caroline SIMONDS**

En décembre 1997, j'ai participé à une réunion de Noël avec Laura Fernandez, au cours de laquelle elle a évoqué l'hôpital dans lequel elle travaillait. Or ceci a provoqué une réaction en moi. Six mois plus tard, j'étais le docteur Girafe et je travaillais dans le secteur du Bronx à New York, avec le docteur Luhn. Il s'agit d'une aventure extraordinaire. Trois d'entre nous sont des étrangers travaillant dans des pays étrangers, dans le cadre de structures bien financées, et avec des programmes particuliers, comprenant une formation sérieuse et une interaction avec d'autres personnels. Nous avons formé 30 clowns et nous lançons 9 programmes, dont l'un fait intervenir pour la première fois les personnels non-clowns et les parents. Nous voyons 720 enfants par semaine, 30 000 par an, avec 2 représentations par semaine.

## **Bernie WARREN**

Hier soir, lorsque nous avons préparé cette session, il est apparu que le fait de vouloir maintenir l'ordre entre les clowns s'apparentait au fait de vouloir maintenir l'ordre parmi des chats. Vous savez bien que les chats prennent chacun leur direction. Nous allons donc tenter de vous donner une indication sur le travail effectué par ces sociétés.

## L'organisation des sociétés des clowns et leurs rapports avec les hôpitaux

Tom DOUDE  
Clinic Clowns (Pays-Bas)

Nous avons décidé hier soir que je devais être le premier à parler car je suis le seul à n'être pas un clown ou un idiot. Si vous voulez vous endormir, c'est donc le moment de le faire. Les organisations des clowns constituent une partie très importante de notre travail. Le travail des clowns fait désormais partie intégrante des soins médicaux. Même si vous faites appel à des clowns externes, ces derniers doivent être professionnels. J'ai défini sept règles pouvant servir de lignes directrices pour de telles organisations.

Chaque organisation de clowns doit se fixer un objectif clair à atteindre, dans le cadre d'une mission. Nous aidons des enfants souffrant de graves problèmes de santé. Nous tentons d'améliorer leur qualité de vie. Nous devons donc nous focaliser sur l'enfant, et non sur le clown.

Nous devons savoir quel équipement est nécessaire pour atteindre cet objectif. Nous devons donc être responsables et établir des plans pour les années à venir. Il faut ensuite déterminer ce que vous allez faire et ce que vous n'allez

pas faire, dans le cadre d'une continuité, concernant l'évaluation. Pour cela, vous devez connaître les évolutions dans le domaine de la santé.

Nous devons savoir qui est responsable pour quoi. Les tâches et les rôles doivent être clairs. Le directeur général n'a pas les mêmes tâches qu'une secrétaire, ou que le responsable du budget. Ces responsabilités doivent être vérifiables à tout moment. Or ceci n'est possible que s'il existe un respect et une compréhension mutuelle dans le cadre de l'organisation. Ainsi, mon organisation a l'obligation, dans son programme d'introduction, de travailler une fois dans le bureau, pour voir ce qu'il s'y passe.

Nous devons tous connaître l'état de notre compte bancaire. Nous sommes des organisations bénévoles. Nous travaillons avec de l'argent, et nous devons l'utiliser de manière efficace. La transparence financière est nécessaire pour un meilleur suivi des plans.

Nous devons savoir où nous pouvons obtenir l'argent, dans le cadre d'une politique de génération des fonds. En effet, l'argent est très important pour pouvoir s'inscrire dans le long terme. Or cette partie du travail est souvent sous-estimée.

Nous devons bien nous occuper de notre personnel, avec une bonne politique des ressources humaines.

Nous devons être curieux et amical. Pour cela, nous devons bénéficier d'un très bon système de communication, à la fois interne et externe. En effet, les contacts avec les hôpitaux sont très importants dans notre travail. Nous devons nous assurer que nos clients sont satisfaits de notre prestation. Pour cela, notre organisation dispose d'un système d'évaluation particulier.

Enfin, nous avons besoin d'une organisation stable et bien définie. Il s'agit d'un moyen et non d'une fin en soi. Ceci nous permet d'aider des enfants qui en ont besoin.

## I. Interview des clowns souhaitant travailler dans une société

### **Laura FERNANDEZ**

Je passe 80 % de mon temps à m'assurer que nos clowns sont bien formés, car la formation est très importante. Il serait intéressant de savoir combien de personnes vous avez au sein de votre société.

## **Tom DOUDE**

En effet, il est parfois difficile de trouver du personnel qualifié et professionnel. Je souhaiterais que Yuri explique comment les clowns sont choisis. En effet, nous recevons de nombreuses candidatures, mais peu d'entre elles sont retenues. Nous utilisons un processus très complexe pour sélectionner ces clowns.

## **Yuri OLSHANSKY**

Notre projet était le premier de cette ampleur en Europe, puisque le fonds social européen était impliqué dans ce projet. Nous avons eu le privilège de lancer une publicité sur le plan national en Italie. Par ailleurs, nous avons organisé un cursus professionnel pour former des clowns professionnels. Nous avons reçu 250 candidatures et nous avons créé un partenariat avec les hôpitaux, avec des groupes de théâtre européens et avec une autre association qui nous aide à concrétiser ce projet. Malheureusement, nous avons dû fixer une contrainte, puisque nous avons limité l'âge des candidats à 35 ans. De plus, ces personnes devaient être des professionnels. Elles devaient envoyer un CV, une lettre de motivation, ainsi qu'une cassette vidéo ou des photos, que nous avons examinées. La Commission était composée d'un Directeur artistique, qui travaille dans le Clown Kerr Unit, de moi-même, d'un représentant d'un groupe théâtral italien, et d'un médecin. Nous avons dû faire un choix parmi ces 250 candidatures. Nous avons choisi 50 personnes en fonction de leur motivation, de leur expérience avec les enfants, et des photos ou des vidéos. Nous avons organisé des auditions pour ces 50 personnes et nous avons travaillé plus de 10 heures par jour. Nous avons passé au moins 45 minutes avec chaque candidat pour voir s'ils étaient aptes à exercer ce métier, puis nous avons donné notre opinion. Nous leur avons ensuite distribué un formulaire reprenant les critères suivants : spécialité, improvisation, aptitude de communication, motivation, et facilité pour travailler avec des enfants. Nous avons ensuite discuté avec ces candidats durant 5 ou 10 minutes, puis ils ont improvisé pendant 10 minutes. L'une des conditions préalables était la capacité de rentrer et de sortir du personnage du clown. En effet, ces personnes doivent savoir être elles-mêmes et en même temps être un clown. Nous avons donc rencontré des clowns très performants, à qui nous avons demandé de refaire leur numéro sans leur masque, ce qui est la chose la plus difficile à faire.

## **Laura FERNANDEZ**

En Allemagne, nous ne recevons jamais 250 candidatures. Nous en recevons environ 20. Nous sélectionnons 3 ou 4 personnes. Il me semble que la limite d'âge est très restrictive car, personnellement, je pense que les clowns s'améliorent avec l'âge. Pour ma part, je ne souhaite pas sélectionner des personnes de moins de 25 ans. Je ne fixe donc pas de limite d'âge. Si les gens sont bons à 70 ans, ceci ne pose pas de problème.

## **Caroline SIMONDS**

Je pense que nos techniques ont évolué dans le temps. J'avais, pour ma part, l'habitude d'interviewer individuellement chaque personne car une personne qui est un bon clown n'est pas forcément un bon communicateur. Or l'une des qualités cruciales d'un clown est de pouvoir enlever son nez, et le remettre pour reprendre son rôle. Si vous êtes confronté à une personne qui se porte bien, vous devez savoir si cette personne utilise ce travail comme une sorte de thérapie. En effet, une personne avec laquelle je travaille avait perdu un enfant et souhaitait faire ce métier pour donner quelque chose d'elle-même. Dans ce contexte, j'ai repoussé sa candidature pour quelques mois. Par ailleurs, lorsque je recrute des candidats, nous formons des formateurs : j'embauche des personnes sans savoir si elles pourront transmettre leur art durant les deux années à venir. Or ceci est la même chose pour nous.

## Une journée à l'hôpital

Laura FERNANDEZ  
**Die Clown Doktoren (Allemagne)**

Je suis Directeur artistique des clowns, mais je suis également clown moi-même. Je travaille donc une à deux fois par semaine avec des clowns comme partenaires. Je pense que, parmi vous, de nombreuses personnes travaillent dans l'environnement hospitalier. Or, dans cet environnement, nous ne savons jamais le matin comment la journée va se dérouler. Nous devons donc bien nous préparer pour savoir si nous allons être drôles, ouverts, charmants, dangereux, sarcastiques, ironiques... Nous devons être prêts à faire ce travail, grâce à une préparation physique et psychologique. Pour cela, certains clowns font des mots croisés, d'autres de la méditation ou du stretching, d'autres écoutent les Rolling Stones dans leur voiture. Mais vous devez être prêts dès le matin. Le travail commence avant même d'arriver à l'hôpital. Lorsque nous arrivons, nous devons étudier ce qu'il se passe autour de nous, voir si les malades sont réceptifs. Notre objectif est de passer la journée en rencontrant le moins d'obstacles possibles. Nous devons donc savoir gérer l'improbable.

Lorsque nous arrivons, nous nous maquillons en clowns. Nous apprenons ce qu'il s'est passé durant la journée précédente et nous tentons de savoir ce dont les autres auraient besoin. En Allemagne, nous avons un jeu qui se pratique avec les mains, " pierre, papier, ciseau ". Nous devons savoir si nous pouvons lutter avec la pierre, le papier ou le ciseau. Nous faisons ce jeu avant d'attaquer le travail de manière sérieuse. Nous devons donner des coups de fesses aux clowns. Ensuite, nous devons savoir quel chemin nous devons emprunter, en fonction des besoins des enfants et non de ceux des clowns. Nous déterminons ces besoins en fonction des besoins de l'hôpital. Pour cela, nous recevons des informations de la part des médecins, des psychologues... Il est important de cultiver cette relation car l'information que vous recevez va avoir un impact important sur votre travail ce jour-là. Vous devez connaître le prénom et l'âge de l'enfant, ainsi que son diagnostic médical, mais également savoir si son anniversaire arrive bientôt, si l'opération a déjà eu lieu ou s'ils l'attendent toujours... Si vous rencontrez un enfant de 8 ans, hyperactif, qui adore les Pockemons, ou si vous rencontrez une fille de 13 ans, qui s'est rendue à un concert de Backstreet Boys, et qui a perdu conscience durant le concert, il est important de le savoir. Ensuite, vous devez faire votre propre diagnostic en entrant dans la pièce. Vous observez si l'enfant a de la lumière, s'il regarde la télévision ou s'il joue à la Game Boy, s'il est content de vous voir... Vous pouvez ensuite être un clown blanc, un clown intelligent ou un clown bête, à moins que l'enfant ne fasse une suggestion lui-même. Vous devez savoir si vous êtes la bienvenue dans la chambre. Vous devez repérer toute la gamme des émotions : la satisfaction, la peur... Alors que, 60 fois par jour, des personnes entrent dans la chambre sans demander l'autorisation, le clown, lui, la demande, sous une

forme ou sous une autre. Il entame alors une activité, qui peut être drôle, sensible, chaotique, avec ou sans parole. L'enfant est le patron et contrôle la visite, qui peut durer de 20 secondes à 30 minutes, mais qui dure en moyenne 7 minutes. Vous tentez d'être bête et stupide, et de quitter la salle en laissant derrière vous une certaine résonance. La plupart des enfants sont contents de vous voir. D'autres ne le sont pas et vous demandent de partir. Mais vous tenterez de nouveau la prochaine fois. Nous répétons cette opération dans toutes les salles de l'hôpital où nous sommes autorisés à pénétrer. Après une journée de travail, nous rentrons à la maison pour faire un petit somme.

## La formation en cours

Caroline SIMONDS  
Le rire médecin (France)

Le travail des clowns pose certains dilemmes avec les infirmiers et les médecins. Ceci est tout d'abord lié au problème du bruit. En effet, notre activité sera toujours bruyante et le personnel médical sera toujours silencieux. Nous devons donc apprendre à connaître ce personnel. La formation comporte trois grands chapitres, sujets à des variantes.

Il s'agit tout d'abord du monde hospitalier et de l'évaluation de la douleur. En effet, lorsqu'un clown pénètre dans une salle, l'enfant peut être en proie à une douleur physique ou psychique, qui ne peut apparaître que si le clown a été formé pour cela. Vous adaptez la rapidité de votre geste à cette situation. Face à une douleur indicible, il est important de ralentir son geste. Nous devons savoir faire cohabiter trois mondes différents : notre propre monde, le monde artistique et le monde médical. Nous sommes donc formés pour être à l'écoute, dans le cadre d'un jeu de rôles. Un clown va par exemple jouer le rôle d'un enfant de deux ans qui a un cancer et qui l'ignore, un autre jouera le rôle de la mère en état de choc et un troisième devra égayer l'enfant. Cette formation peut paraître indécente, mais elle permet d'adapter notre travail à notre client. Or il faut du temps pour former le clown à ceci. Ainsi, sur une période de deux ans, un clown va travailler 100 jours à l'hôpital et passer 30 jours en dehors de l'hôpital, pour la formation. Des cours sont alors donnés sur l'hygiène, la résilience, qui permet à l'enfant de continuer à jouer et à sourire au sein de l'hôpital. Il est important de savoir pourquoi un enfant africain aura une réaction différente de celle d'un enfant maghrébin, ou d'une famille asiatique, devant un clown. Nous faisons donc appel à un ethnopsychiatre, à des experts en matière de gestuelle du corps dans le cadre de notre formation. En effet, nous devons comprendre pourquoi un enfant leucémique est différent d'un enfant qui a une tumeur au cerveau ou de celui qui souffre d'un handicap physique. Nous avons travaillé avec des psychologues et des psychiatres sur le deuil. Dans ma société, nous travaillons dans quatre hôpitaux, notamment dans les services d'oncologie et d'hématologie. Or, dans ces services, il nous arrive de perdre nos clients et

nous devons en parler, dans le cadre de groupes de parole. Parfois, nous faisons appel à une personne extérieure pour partager notre expérience. Ainsi, un expert en matière d'asthme intervient dans nos groupes de parole car nous nous demandons si le clown doit également être un enseignant en matière de santé. Nous réfléchissons à cette question depuis quatre ans.

Nous formons également les clowns pour respecter des normes très élevées. Nous avons des formations de deux jours de danse, de comédie, de chant. En effet, selon moi, la musicalité est une compétence importante pour les clowns.

Par ailleurs, nous devons apprendre non seulement à entrer dans une salle, mais également à en sortir. En effet, lorsque nous travaillons durant 10 ans dans un hôpital, à raison de deux fois par semaine, nous avons besoin de nous renouveler. Nous ne pouvons pas simplement entrer dans une salle avec le visage maquillé. Nous devons entrer dans une salle pour la transformer. Nous devons faire en sorte que le lit s'envole, que des poissons sortent du mur, en libérant l'imagination de l'enfant pour lui permettre de surmonter provisoirement sa maladie, par le jeu et l'improvisation. Pour cela, une formation spécifique est nécessaire.

## Questions et débats

### **De la salle**

Je travaille en Suède, où nous avons des clowns clinique depuis 1995, en particulier grâce à Rire Médecin, un programme de télévision diffusé en Suède, et qui a été notre source d'inspiration. L'expérience a été lancée par une association suédoise pour les enfants victimes de cancer, qui souhaitait imiter ce programme dans les services oncologiques de Göteborg. Les personnes de l'association m'avaient invité, ainsi qu'une collègue. Nous n'avions aucune expérience dans ce domaine, même si nous avons vu ce programme télévisé. Je suis simplement artiste et je faisais des études de mime en France. Ce défi nous a donc été lancé. Je travaillais dans un groupe dans le sud de la Suède, et, petit à petit, sept groupes indépendants les uns des autres se sont mis en place. Nous tentons de nous réunir une fois par an pour échanger nos expériences. Le clown crée une sorte de désordre, parfois bruyant. Notre pouvoir nous vient d'une absence de pouvoir et nous permet d'en donner à ceux qui n'en ont pas et qui se trouvent au bas de l'échelle. Nous tentons de faire grimper les patients de l'hôpital, qui pensent être en bas de l'échelle, en haut de cette échelle.

Je vais vous raconter une anecdote qui illustre la façon dont un clown dénué de pouvoir peut travailler. Nous étions des néophytes dans ce domaine et nous avons rencontré dans le couloir plusieurs enfants. Nous étions étrangers dans ce couloir, avec notre nez rouge. Un enfant de 5 ou 6 ans était un peu éloigné et portait un pistolet, qu'il a dirigé sur nous en faisant semblant de nous tirer



dessus. Or nous retrouvons souvent cette agressivité chez les enfants qui ont le cancer. Ceci est compréhensible. Nous devons tenter de canaliser cette agressivité. Nous nous sommes jetés par terre lorsqu'il nous a tiré dessus et nous avons riposté avec des bulles. Il s'est alors mis à rire. A la fin de la journée, il restait auprès de nous et nous l'avons déguisé en clown.

### **De la salle**

Quels sont vos critères administratifs pour évaluer le travail des clowns à l'hôpital ?

### **Yury OLSHANSKY**

Le critère principal est la satisfaction des enfants. Nous interviewons les personnes qui travaillent à l'hôpital, ainsi que les parents et les enfants. En outre, nous évaluons les clowns chaque année sur la base de leur prestation artistique et de leur comportement au sein du groupe. Annuellement, nous organisons des interviews avec certaines personnes de l'hôpital qui servent de base à la conception de rapports, analysés à un niveau plus élevé de l'organisation.

### **De la salle**

Les clowns ne peuvent pas, comme le font les comédiens, expliquer ce qu'ils vont faire dans l'hôpital, alors que leur travail est fait d'improvisation, de bruit et de désordre. Dans ce contexte, comment l'administration peut-elle juger de la qualité d'un clown qu'elle souhaite engager ?

### **Yury OLSHANSKY**

Comme nous l'avons dit, l'enfant est le patron, il détient le pouvoir. Le clown doit donc être celui qui n'a rien. L'improvisation est au cœur du travail de clown à l'hôpital. Il ne s'agit pas de faire un numéro préparé. L'enfant doit décider de la présence ou non du clown et de son travail. L'élément artistique de l'évaluation porte donc essentiellement sur l'aptitude du clown à improviser.

## **De la salle**

Vous arrive-t-il de travailler avec des musiciens au sein des services hospitaliers, et avez-vous le projet de créer un pont entre le travail des musiciens intervenant à l'hôpital et les clowns ? Je suis moi-même violoniste et nous intervenons depuis 10 ans, dans le cadre de l'association que je préside dans les hôpitaux de Rennes. Nous avons eu l'occasion de travailler avec un clown, qui nous a fait part de son désir de se servir de notre travail pour des numéros auprès des enfants. Or nous sommes assez effrayés par ce projet, qui sort du cadre de nos animations. Des formations sont-elles possibles pour les musiciens souhaitant travailler avec des clowns ?

## **Caroline SIMONDS**

Tous les clowns de ma compagnie sont des musiciens, même s'ils ne sont pas des professionnels. En effet, un contrat moral les oblige à travailler la musique, à travers des formations différentes. J'ai moi-même une formation de musicienne professionnelle. Cette question constitue donc pour moi un dilemme. Je souhaitais engager des musiciens avec des natures clownesques, mais je me suis aperçu qu'il valait mieux travailler avec un très bon clown ayant quelques techniques musicales, qu'avec un très bon musicien avec des petites techniques de clown. En effet, le côté théâtral, basé sur l'improvisation, me semble le plus important. Mais ce choix ne doit pas être forcé, il s'agit avant tout de définir son rôle et sa fonction dans l'hôpital. Il est possible d'agir ensemble, mais je ne pense pas qu'il faille forcer les choses.

## **De la salle**

Je souhaite savoir si des recherches ont été faites sur la joie des enfants, comparant les enfants qui ont bénéficié de ces animations, avec ceux qui n'en n'ont pas bénéficié. En Grande-Bretagne, nous n'avons pas de docteurs clowns. Des clowns travaillent à Edimbourg et une Fondation existe à Londres. Mais, dans le Yorkshire, nous n'avons pas de structure. Nous n'avons que des représentations individuelles. Or il serait intéressant de se baser sur de telles recherches pour montrer aux professionnels de la santé que ce travail a des effets bénéfiques.

## Un intervenant

Je suis chercheur. Or, certaines personnes recueillent des anecdotes à petite échelle dans ce cadre. Si vous prêchez à de convertis, cette information suffit. Mais, malheureusement, les gens qui essaient de mettre en place des modèles rigoureux de recherche pour évaluer le travail des clowns ne le font pas très bien. En effet, nous cherchons à prouver le côté thérapeutique du point de vue uniquement médical, ce qui dévalue l'utilité du travail du clown. En effet, vous avez affaire à quelque chose d'intangible. Quelle est la valeur du sourire ? Vous pouvez faire des recherches sur les changements de comportement, sur la durée des séjours à l'hôpital, sur la réaction des parents vis-à-vis des enfants. Des recherches sont menées dans ce sens à New York. Mais nous avons besoin de pousser plus loin ces recherches, qui doivent également être mieux adaptées. L'organisation pour laquelle je travaille à Leeds a mené des recherches, avec l'université de Nottingham, sur l'impact de l'architecture des bâtiments sur la santé. Or nous avons montré que la réduction des besoins de drogues et l'amélioration de la qualité du sommeil pouvaient être liés à l'aspect des bâtiments. Malheureusement, ces travaux ne sont pas publiés et n'ont pas dépassé les portes des établissements.

Nous avons mis en place une fiche d'évaluation, qui est remplie par des médecins et des infirmiers, et que nous transmettons mensuellement à l'hôpital. En Italie, nous nous intéressons beaucoup à cette recherche. Nous avons une proposition émanant des responsables d'un hôpital neuro-psychiatrique pour les enfants, qui ont été étonnés devant les résultats de nos interventions. On nous propose de mener cette recherche pour montrer comment nous pouvons jouer un rôle utile dans ce travail. Nous travaillons, dans ce service, en collaboration avec le personnel. Or nous devons être mieux documentés sur la maladie des enfants avec qui nous travaillons. Cinq étudiants en psychologie et en sociologie sont venus dans notre service pour se documenter, dans le cadre d'une étude qu'ils mènent, mais nous ne connaissons pas encore les conclusions de leurs travaux.

Toutes les semaines, nous rencontrons au moins trois infirmières qui veulent faire un mémoire sur le rire et l'effet des clowns. Une douzaine de médecins ont publié des thèses sur notre travail de clown. J'ai moi-même rédigé un article avec un psychologue sur les bénéfices du travail des clowns pour les malades. Il existe des ouvrages portant sur ce sujet aux Etats-Unis. Par ailleurs, un projet de recherche a été lancé avec une école de médecine, fondé sur des procédures médicales auxquelles assistent les clowns. Cependant, nous devons faire un effort pour obtenir ces données. Vous pouvez me contacter par la suite pour discuter de ce sujet.

Je souhaite évoquer l'étude menée par la Clown Unit de New York, avec l'université de Columbia dans une école de médecine alternative, comparant des enfants confrontés à des clowns, et des enfants qui ne l'étaient pas, sur la base de certains critères. Or, lorsque nous nous sommes demandés comment les

enfants devaient faire connaître leur réaction, nous avons comparé certains visages avec un léger sourire, d'autres tristes, et d'autres neutres. Mais nous ne présentions aucun visage heureux. Nous avons donc demandé aux enfants de choisir entre la terreur totale, la neutralité, et le dégoût modéré. Les données étaient insuffisantes. Nous devons donc modifier ces techniques. Il est important de définir une bonne structure de ces travaux de recherche.

## **Un intervenant**

Je pense qu'il existe un dilemme. Si vous avez des objectifs thérapeutiques, dans le cadre du travail de clown, êtes-vous en concurrence avec d'autres approches de psychothérapie ? Si vous définissez le rôle du clown comme un rôle d'artiste, il n'y a pas d'objectifs à atteindre. Dans le cas contraire, vous instrumentalisez ce travail. Or je ne sais pas dans quel sens nous devons aller. En tant que clown, je n'ai aucun objectif thérapeutique. Je recherche avant tout un moment d'amusement et l'enfant analyse cette expérience comme il l'entend. Mais je n'ai aucune responsabilité thérapeutique. S'il se produit des effets thérapeutiques, c'est à d'autre de faire cette évaluation, mais pas à moi en tant que clown.

## **Yury OLSHANSKY**

Cette question découle d'une situation concrète. En Italie, notre travail gagne en popularité et s'étend à d'autres groupes. Il est même question, dans les médias, de " comico-thérapie ", qui est une thérapie de comiques. Or ce terme est matière à confusion. De nombreuses personnes pensent être des thérapeutes comiques, ce qui n'est pas le cas. En effet, le travail des clowns est supplémentaire au travail traditionnel du thérapeute. Mais il ne s'agit pas d'une thérapie. Lorsque je présente un projet au directeur général, en 5 minutes, il me demande si nous sommes des médecins. Or nous leur répondons que nous n'en sommes pas, ce qui les soulage beaucoup.

## **Tom DOUDE**

Les objectifs thérapeutiques ne sont pas les objectifs des clowns. Aux Pays-Bas, nous avons mené des expériences avec des enfants handicapés mentaux pour lesquelles on nous a demandé de développer une thérapie clownesque. Nous avons refusé cela. Néanmoins, nous devons nous demander si nous pouvons apporter une contribution dans ce cadre.

Il s'agit d'un dilemme important. Certains médecins en sont presque venus aux coups, lorsque nous avons organisé une présentation, il y a 12 ans dans le quartier du Bronx à New York, sur le fait d'avoir ou non un objectif thérapeutique. Nous sommes également confrontés à ce dilemme. Ainsi, la

semaine dernière dans un hôpital de Toulouse, je me suis retrouvé face à un enfant qui avait la jambe cassée et qui venait de perdre sa mère dans un accident de voiture. Il était terrorisé. Or j'ai joué de la flûte pendant que l'infirmière lui tenait la jambe. Cette dernière m'a ensuite expliqué qu'elle avait senti sa jambe se détendre dans ses mains. Mon objectif n'était pas de permettre à l'infirmière de procéder à un acte médical dans ce contexte tragique. Mon objectif était d'établir un contact avec cet enfant qui souffrait. Néanmoins, l'effet thérapeutique a été obtenu. Et nous sommes nous-mêmes intéressés par l'interprétation qui peut être faite de cet effet thérapeutique.

### **Un intervenant**

Vous dites que nous n'avons pas d'objectif thérapeutique. Mais nous pouvons évaluer les effets de notre travail et ainsi susciter des attentes. Nous sommes dans une époque où la responsabilité est très importante. Il est donc nécessaire de justifier notre action. Les hôpitaux, en particulier leur service de communication, nous donnent de l'argent car nous avons modifié l'image de l'hôpital. Par ailleurs, des sociétés privées nous donnent de l'argent pour avoir une image humanitaire. Il existe donc un énorme écart entre ce que nous faisons et les raisons pour lesquelles on nous donne de l'argent.

### **De la salle**

Je suis clown à Strasbourg. Or il est très difficile de dire que nous sommes utiles thérapeutiquement, car nous n'en savons rien. Hier, le Professeur SICARD disait dans sa conclusion : " il faut changer l'image de l'hôpital pour que les gens aient envie de venir à l'hôpital ". Or, l'une des enfants que nous rencontrons le lundi à Strasbourg nous dit : " le lundi, j'aime venir à l'hôpital parce que les clowns y sont ". Je ne sais pas si ceci est thérapeutique, mais je pense que ceci est très important.

### **Bernie WARREN**

Il y a là un danger dans la mesure où les patients peuvent ne plus vouloir quitter l'hôpital !

Je remercie tous les participants de cet atelier.

## Atelier n° 4 : Art et thérapie

*Ont participé à cet atelier :*

*Docteur Xavier POMMEREAU, Chef du service de l'unité de l'adolescent au Centre Abadie de Bordeaux*

*Howard BUTEN, Comédien, écrivain, psychologue clinicien, directeur de recherche du centre Adam Shelton*

*Bruno BOUSSAGOL, Compagnie Brut de Béton Production, metteur en scène, intervenant l'hôpital du Puy-en-Velay*

*Paul ROBERTSON, Directeur artistique du Medici Quartet (UK)*

*Augusta BASSI-NAZZARO, Musicothérapeute (Italie)*

*Dominique FOX-RIGAUD, Déléguée de la Fondation Hachette*

*En présence de Véronique VELSCH-GERVAIS et Anne LOPEZ, danseuses et chorégraphes*

*L'atelier était animé par le Docteur Françoise HUCK, Psychiatre, service médico-psychologique régional à Strasbourg*

### Introduction

**Docteur Françoise HUCK**

**Psychiatre, service médico-psychologique régional à Strasbourg**

L'art et la culture sont entrés dans les hôpitaux psychiatriques depuis longtemps. Dès 1940, David Richard, qui fut un ami de George Sand de Liszt et qui fut le premier directeur de l'hôpital psychiatrique de Strefansfeld, invitait les troupes théâtrales à se produire devant les aliénés. Il organisait également des concerts et des séances de lecture pour ses patients. Le psychiatre a l'habitude de travailler avec l'expression artistique pour favoriser la parole, notamment dans le cadre des ateliers d'expression artistique et de psychothérapie institutionnelle. Ce qui est nouveau, c'est l'intervention d'artistes dans les hôpitaux.

Plusieurs questions se posent : l'art soigne-t-il ? Est-il thérapeutique en lui-même ? Un artiste peut-il revendiquer que son travail dans un service de soin soit thérapeutique ou doit-il se garder de toute prétention soignante ?

# La lecture, outil d'expression auprès d'adolescents suicidaires

**Docteur Xavier POMMEREAU**  
**Chef du service de l'unité de l'adolescent au Centre Abadie de**  
**Bordeaux**

Au CHU de Bordeaux, nous avons ouvert il y a huit ans une unité qui accueille des adolescents qui soit viennent de tenter de se suicider et ont été accueillis en service d'urgence ou de réanimation, soit sont adressés par des familles, des médecins ou des écoles, parce qu'on les sent en danger de passer à l'acte. Ces jeunes gens ne sont pas des malades mentaux. Un faible nombre d'entre eux présentent des troubles psychiatriques graves. Toutefois, beaucoup d'entre eux se trouvent dans des situations de détresse.

Nous pensons que ces jeunes gens éprouvent un intense sentiment de non-existence pour des raisons personnelles, familiales, conjoncturelles ou psychiatriques. Ils souffrent de ne pas trouver de place et d'identité qui soit digne, respectable ou simplement tolérable. Ils éprouvent une intense souffrance qu'ils traduisent par un acte suicidaire dont la signification est double : d'une part, ils pensent qu'ils pourront par leur acte suicidaire arrêter la douleur intolérable qu'ils ressentent et d'autre part ils espèrent secrètement qu'ils pourront exister autrement. Leur acte suicidaire est un acte de revendication existentielle. Ils se disent : " puisque je n'arrive pas à exister vivant, alors peut-être existerai-je davantage mort ". C'est un moyen de trouver une place et une identité qu'ils ne parviennent pas à trouver de leur vivant. Notre objectif est de restaurer leur envie de vivre, en dérivant vers des voies non mortifères la formidable énergie qu'ils rassemblent pour essayer de se tuer. Pendant les 15 jours où ces adolescents restent dans l'unité, nous essayons de leur faire comprendre les sous-bassement de leur acte. Notre unité constitue un sas. C'est aussi une zone d'initiation : notre objectif est que l'adolescent se pose des questions, afin qu'il accepte à sa sortie d'aller rencontrer un psychologue ou un psychologue pour poursuivre un travail de réflexion sur lui-même.

Par ailleurs, ces jeunes sont incapables d'avoir une vie psychique en relief, sachant que le réel, l'imaginaire et le symbolique sont les trois dimensions de la vie psychique. Ces jeunes souffrent d'une désarticulation de ces trois dimensions. Les entretiens que l'on peut mener avec eux ne suffisent pas : il faut organiser des discussions de groupe. Cependant, leur souffrance restant secrète, elle continue à œuvrer à leur propre insu, à un âge où les mots ont du mal à décrire les maux. Nous nous sommes rendu compte qu'il fallait trouver d'autres voies d'expression de leur malheur et de leur souffrance. Nous leur proposons ainsi des activités sportives, y compris des activités à risque comme l'escalade. Les moniteurs remarquent que ces jeunes sont beaucoup plus

prudents que les autres jeunes et nous n'avons jamais eu à déplorer d'accidents.

Nous avons également réfléchi à la mise en place de médiations culturelles. Dominique Fox-Rigaud, de la Fondation Hachette, nous a accompagné dans une expérience qui consistait à transposer dans le réel de notre service les paradoxes que nous percevions dans les modalités d'expression de la souffrance des jeunes. Nous avons demandé aux jeunes quel était le lieu qui leur semblait le plus adapté pour cela. Ils ont demandé la création d'un mur d'expression en face duquel ils ont souhaité que nous installions un punching-ball. Ils nous ont ensuite demandé des livres. Ce lieu est devenu une bibliothèque avec un punching-ball au milieu, très bruyant et rendant difficile la lecture, sauf si l'on est adolescent, et enfin un mur sur lequel les mots sont projetés pour exprimer l'espoir, le désespoir, la rage, la lassitude, etc.

Contre toute attente, et alors que nous avons essayé en vain de sensibiliser les jeunes à la lecture avec des intervenants extérieurs, des livres sont consultés, lus ou empruntés. Dominique Fox-Rigaud m'a demandé quels étaient les livres que les adolescents aimaient afin de nous aider à renouveler notre stock. Je lui ai répondu que nous avons besoin de plusieurs exemplaires du *Rouge et le Noir* de Stendhal : nous devons en acheter 20 exemplaires par an. Ce goût particulier peut sembler étrange, d'autant que de nombreux jeunes viennent de milieux défavorisés. Mais pour ces jeunes, le rouge, c'est le sang et le noir, le désespoir. Ils ont besoin de mettre ce livre sur la table de nuit pour projeter leur désespérance. Si les visiteurs viennent les voir, ils comprendront en voyant ce titre qu'ils sont malheureux...

Nous arrivons à mener une activité autour du livre et de la lecture sans jamais inciter de manière directe ces jeunes à lire. Nous sommes vraiment incités à poursuivre cette expérience de site de lecture, de boxe et de tags. Qui sait si, un jour, nous ne rajouterons pas un mur d'escalade ?



# Autisme et expression artistique

Howard BUTEN

Comédien, écrivain, psychologue clinicien, directeur de recherche du  
centre Adam Shelton

Bruno BOUSSAGOL

Compagnie Brut de Béton Production, metteur en scène, intervenant  
l'hôpital du Puy-en-Velay

**Howard BUTEN**

Je suis le fondateur et le directeur de recherche et action clinique d'un institut médico-éducatif dans la région parisienne qui s'occupe en externat d'adolescents et de jeunes adultes pour les cas les plus graves d'autisme et de psychose infantile. Cette institution est volontairement pluridisciplinaire : nous menons beaucoup d'actions qui peuvent être contradictoires, mais nous le faisons exprès car nos connaissances sur ces maladies sont encore limitées. Nous faisons appel à une équipe soignante, à des psychologues, à des soins corporels, à une pédagogie classique ou à une pédagogie plus originale, à des formes de thérapies corporelles et psycho-corporelles diverses et variées. Nous organisons également beaucoup d'activités artistiques. Tous les matins, il y a de la musique vivante quand les jeunes rentrent dans l'institut. Nous avons des ateliers de danse, de peinture, de collage, de papier mâché, de théâtre, de conte ou de musique. Un violoncelliste virtuose vient jouer pour trois personnes le vendredi après-midi. Une salle-cirque fonctionne trois fois par semaines. L'atelier de création musicale se passe dans un studio d'enregistrement. Il y a un atelier céramique. Le mercredi après-midi, il y a un troc culturel : les jeunes partent à la rencontre d'ethnies, d'associations et de cultures différentes dans la ville. Il y en a beaucoup à Saint-Denis où se trouvent l'institut.

Dans mon esprit anglo-saxon, le terme thérapie signifie : " une action précise et méthodique menée auprès d'une personne en souffrance et qui amène cette personne à un mieux être qui a)est lié directement à l'action précise et méthodique ; b)persiste au-delà du temps de l'action et après que le projet thérapeutique soit fini. "

## Bruno BOUSSAGOL

Je travaille à l'hôpital psychiatrique du Puy en Velay depuis 23 ans. Ce service a été ouvert à l'initiative du Docteur Quad, pédopsychiatre alors jeune. Dans la deuxième moitié des années 70, il a constaté qu'il y avait une rupture entre la culture et l'hôpital psychiatrique. Il a considéré que le moyen de retrouver ce lien était d'inviter des artistes dans l'hôpital. Nous étions trois : un comédien, un musicien et une peintre. Pour autant, nous ne sommes pas intervenus au titre de nos activités professionnelles ou de nos connaissances spécifiques : cette intervention demandait une totale remise en question, y compris des modes relationnels existant par exemple entre un metteur en scène et un acteur. Certains artistes sont restés, d'autres sont partis. Il y a eu notamment beaucoup d'intervenants en peinture et un peu moins en musique. Je suis resté fidèle au poste, et je continue à travailler quelques heures par semaine à l'hôpital. La majeure partie de mon activité se passe toutefois à l'extérieur de l'établissement.

Les problématiques ont changé par rapport aux années 70, en raison de l'arrivée de nouveaux médecins. Les années 70 ont constitué une période fondamentale pour la scène théâtrale avec des spectacles totalement éclatés, comme dans les spectacles d'Ariane Mnouchkine où les spectateurs se trouvaient au milieu de la scène ou comme ceux d'Augusto Boal qui installait le comédien dans une invisibilité : il pouvait se fondre dans une action dans la rue sans être identifié comme acteur. Cette remise en question extrêmement violente de la scène théâtrale permettait aux personnes qui s'y intéressaient de développer un projet de vie original. Je m'inscris toujours dans cette démarche, de la modification des espaces et des êtres. La question de l'enfermement était également cruciale dans les années 70, notamment à travers les écrits de Foucault ou de Deleuze.

La création du service de pédopsychiatrie est parallèle à ces évolutions. Elle marque une rupture avec la civilisation qui passe, pour nous tous, par l'école. Ce service a évolué : dans les années 90, de nombreux enfants autistes y sont entrés, et notamment des garçons alors que je travaillais essentiellement avec des filles auparavant. Dans cette structure, je conserve une certaine distance, me limitant à une écoute bienveillante de l'autre. Le théâtre, c'est la scène ; or il est très difficile de faire monter un enfant autiste ou psychotique sur une scène. Il faut donc négocier en permanence avec eux. Je considère que ces enfants ont fait un choix, que je n'ai pas à discuter. Je m'éloigne donc de tout aspect thérapeutique. Ce qui m'intéresse, c'est d'écouter la voix de l'autiste et de l'inscrire dans un acte artistique consenti, c'est-à-dire qu'il va aller sur la scène. Monter et descendre de scène, c'est pour moi le seul acte artistique réel. J'estime qu'un artiste qui rentre dans un hôpital psychiatrique doit s'engager pour de nombreuses années. Cela n'est évidemment pas valable pour d'autres patients.

Dans un asile, espace d'enfermement, il faut arriver à faire accepter cet autre

espace qu'est la scène. Or la scène n'est pas un espace de liberté : c'est un espace de consentement, comme en politique. Le dispositif est le même pour l'autiste et le comédien de la Comédie Française : il s'agit de quitter le système de la répétition, qui est toujours angoissante, pour la représentation. La répétition est assez problématique chez le sujet autiste et psychotique. La répétition, sur une scène traditionnelle, n'est justement pas une répétition puisque l'on élabore et que l'on modifie sans cesse ce qui deviendra la représentation et qui elle n'est justement qu'une répétition. Mon objectif est d'inscrire le sujet autiste, qui est pour moi le choix extrême qu'un enfant puisse faire, dans le champ de l'art. Pour moi, le théâtre est un champ radical. Je ne cherche donc pas à humaniser l'hôpital psychiatrique.

## Musique et thérapie

Paul ROBERTSON  
Directeur artistique du Medici Quartet (UK)

Augusta BASSI-NAZZARO  
Musicothérapeute (Italie)

### **Paul ROBERTSON**

Le rôle thérapeutique de l'art est indiscutable. J'en ai la conviction est c'est d'ailleurs la raison de ma présence parmi vous aujourd'hui. Je pense, en effet, que le pouvoir de l'art et son influence sur notre expérience et notre neurobiologie sont parfaitement établis. Bien sûr, la pratique artistique devrait être développée parallèlement à d'autres disciplines thérapeutiques, mais je n'ai aucun doute sur l'efficacité de l'art thérapie.

La musique est un catalyseur de changement. Elle permet à chacun d'entre nous de faire l'expérience d'une transformation. Toutes les sociétés et tous les êtres humains ont une conscience aiguë de l'évolution et un système auditif sensible à la musique et à la communication. Toute modification affective implique donc un changement fondamental de notre neurobiologie.

Lors d'une réunion de spécialistes qui avait lieu à Davos, la semaine dernière, la question du pouvoir de transformation de l'art a été posée. Il s'agit d'une approche pertinente : la question de l'art ne doit pas être traitée par le biais de son rôle, mais plutôt par celui de son pouvoir et de sa capacité à transformer la réalité.

Antonio Damasio et moi avons tous deux cherché à expliquer la neurobiologie de l'affect et de l'émotion. Il s'agit d'une science en tant que telle, et il conviendrait d'y recourir, dans la pratique clinique et scientifique moderne, afin de mieux comprendre les racines et les systèmes qui entraînent les modifications de nos émotions. Même lorsque ces modifications paraissent primaires, il semble que nous changions profondément l'organisation chimique de notre corps.

Les effets cognitifs de la réception du son paraissent considérables. L'espèce humaine est conçue pour recevoir des schémas auditifs, et ceci avant même que nous ne naissions. L'icône culturelle de la musique constitue d'ailleurs un moyen infaillible pour changer le fonctionnement cognitif humain. La musique joue donc un rôle fondamental dans notre culture.

J'imagine que le travail de Ralph Spinke ne vous est pas étranger. Ce médecin anesthésiste utilise la musique comme sédatif direct. Il est vrai que ses recherches peuvent poser problème aux entreprises pharmaceutiques mais il reste indiscutable que ce que l'on pourrait appeler " l'effet d'entraînement de la musique ordinaire " permet d'immenses transformations mentales de l'être humain.

Le professeur Samy Azaky, spécialiste de neurobiologie au University College de Londres, a créé un institut de neuroesthétique.

Il existe en effet ce qu'on appelle " les fils durs de la réponse esthétique ". Par exemple, les intervalles concordants ou les rapports de fréquence en basse font l'objet d'un traitement primaire au sein de l'hémisphère droit du cerveau. Ces fréquences suscitent une réponse plus affective. D'ailleurs, le langage traditionnel de l'Eglise occidentale relève de cette musique concordante.

*Les propos de Monsieur Robertson ont été illustrés par quelques notes de violon.*

A l'inverse, les intervalles de discordance, nombreux dans la musique contemporaine, sont traités au sein de l'hémisphère gauche du cerveau et sont donc assimilés à des processus plus intellectuels et à un usage plus abstrait de notation musicale.

Il s'agit donc d'un modèle tout à fait simple qui s'apparente à une syntaxe de la musique et de l'affect. Ce langage est celui de notre expérience affective interne. Chacun partage cette syntaxe, car la musique est un langage international et transculturel.

Je conseille à tous ceux que l'évolution du langage intéresse de se pencher sur une étude merveilleuse, qui montre que les tritons, traditionnellement appelé " l'intervalle du diable ", créent des liens entre les combinaisons de son, de manière spécifique et prévisible selon sa langue maternelle et selon le lieu où celle-ci nous a été apprise. Ainsi, les anglophones des comtés du sud de l'Angleterre et les anglophones des Etats-Unis entendent les tritons tout à fait

différemment. Il existe donc une expression préverbale, c'est-à-dire une masse universelle de réponses musicales permettant de créer un langage affectif.

Cette syntaxe sonore permet de mieux comprendre " l'art supérieur ". Il est universellement reconnu qu'il existe un intervalle sonore entre l'enfant et la mère et que cet intervalle est très souvent recherché par les adultes, au plus profond d'eux-mêmes. Il semble ainsi possible de parcourir le fil de ces souvenirs universels pour chaque nuance du langage musicale. La musique peut ainsi communiquer avec l'homme.

L'homme n'éprouve un sentiment optimal de bien-être et de santé que lorsque sa structure interne est reliée étroitement à ce qu'il perçoit extérieurement, c'est-à-dire lorsqu'il peut faire l'expérience d'un monde congruent.

Un morceau de musique s'apparente souvent à l'expression totale de notre neurophysiologie. En d'autres termes, la création artistique n'est possible que grâce à notre propre système interne. Or l'art que nous créons, si nous savons le lire, nous révèle nos systèmes biologiques internes. Un morceau de musique est, en quelque sorte, un conte de l'âme humaine, une bande sonorisée de la conscience de l'homme. De temps à autre, celui-ci a l'énorme privilège de pouvoir l'apercevoir.

## **Augusta BASSI -NAZZARO**

Je souhaite vous présenter ici mon travail de musico-thérapeute auprès de personnes atteintes de la maladie d'alzheimer.

Cette pathologie comporte trois phases :

une phase dite pré-symptomatique, qui dure plusieurs années ;

une phase pré-démentielle pendant laquelle l'individu est sujet à des troubles de mémoire, des modifications de comportements, ou une baisse d'intérêt ou de motivation ;

la phase proprement démentielle, lorsque les lésions ont atteint le neurocortex et que les troubles entraînent une perte progressive de l'autonomie.

La musicothérapie intervient en complément des soins prodigués au malade, quels que soient son âge et son état. Le champ investi par la musicothérapie est celui de la psychiatrie, de la psychologie et de la psychanalyse. Originellement, la musicothérapie est une psychothérapie qui utilise la musique comme médiatrice.

Le professeur Alain Caret a su élargir le champ d'application de la musicothérapie en l'utilisant, dès 1982, à l'occasion d'anesthésies générales et locales, puis dans d'autres domaines tels que la naissance et les soins palliatifs.

Alain Caret est l'un des rares Français à jouir d'une double compétence scientifique et musicale.

C'est sous sa direction scientifique que j'ai moi-même élaboré ma thèse de fin d'études de musicothérapie en Italie, en travaillant régulièrement auprès de patients atteints de la maladie d'alzheimer. Il ne s'agit pas de réaliser des miracles, mais simplement de maintenir, d'entretenir ou de restaurer des fonctions déficientes à l'aide de tous les outils qu'offre la palette musicale :

- le langage ;
- la parole ;
- la motricité ;
- les repères spatiaux et temporels ;
- l'expression non verbale des émotions ;
- l'identité à travers la créativité ;
- la mémoire ;
- la socialisation ;
- la notion de sujet à travers le plaisir musical.

Selon la définition de la Fédération Mondiale de Musicothérapie, la musicothérapie est l'utilisation de la musique et de ses composants (son, rythme, mélodie et harmonie) par un intervenant qualifié, dans un processus destiné à favoriser la communication, la relation, l'apprentissage, la motricité, l'expression, l'organisation et les autres objectifs thérapeutiques afférents. Cette discipline peut s'appliquer à un individu ou un groupe d'individus, et doit répondre à leurs nécessités physiques, émotionnelles, mentales, sociales et cognitives.

L'objectif de la musicothérapie est donc de développer les fonctions potentielles du sujet, de façon à ce qu'il puisse améliorer la qualité de sa propre vie.

Les rencontres thérapeutiques basées sur la musique rassurent, réveillent les habitudes, stimulent l'expression des émotions et facilitent le maintien de l'attention, la coordination des mouvements et l'usage de la parole.

Le musico-thérapeute doit être impérativement formé aux exigences de sa fonction et être doué d'une bonne maîtrise de lui-même et de ses réactions.

Les personnes âgées atteintes de la maladie d'alzheimer perdent leur spontanéité, et connaissent des difficultés de communication, de choix des mots et de compréhension de langage. De même, il leur est difficile de suivre des raisonnements. Leur capacité de jugement ainsi que leurs facultés de mémorisation s'amenuisent progressivement.

L'application de la musicothérapie en gérontologie est basée sur la conviction que la personne âgée est un sujet doué de capacité créative, et capable de nouveaux apprentissages. Malgré le vieillissement et l'inexorable déclin de

certaines fonctions physiques, il est néanmoins possible de consolider et d'améliorer le fonctionnement de leurs processus mentaux.

Lorsque la personne âgée est capable de nouvelles acquisitions cognitives et de nouvelles émotions, il devient possible d'envisager pour elle, des séances musicales, requérant l'intégration de nouvelles attitudes et de nouveaux comportements.

La musique est un langage qui parle à l'homme tout entier, à son corps : les ondes sonores activent le circuit sensoriel, font vibrer l'appareil somatique, suscitent des réponses motrices et invitent à la production de gestes.

La musique déclenche des émotions, des souvenirs, des associations de sentiment. Elle sollicite la pensée, l'attention, la mémoire, les comparaisons, le jugement. Elle se traduit en mots, devient échange de connaissances et partage d'intérêt. Le son produit des effets de pénétration des processus physiologiques et en ce sens, la musique peut devenir un instrument de stimulation.

La musicothérapie met l'accent sur la dimension artistique de la discipline musicale et doit permettre l'accès de chacun à la musique, quels que soient leurs âge et handicap.

Enfin, les objectifs visés par la musicothérapie sont les suivants :

- favoriser la communication ;
- exercer la motricité ;
- travailler la respiration ;
- améliorer le comportement ;
- stimuler l'audition ;
- enrichir la prosodie du langage ;
- solliciter l'imagination et la représentation mentale ;
- favoriser la relaxation et la détente ;
- susciter la créativité ;
- améliorer l'attention et la concentration ;
- exercer la mémoire à court et moyen terme ;
- proposer, surtout, un temps fort de plaisir musical partagé.

## Questions et débats

**Dominique FOX-RIGAUD**

Je m'occupe de la fondation Hachette depuis dix ans. Cette fondation crée des médiathèques, en particulier dans les services de psychiatrie.

Les propos de Monsieur Robertson sur l'autisme de nos dirigeants politiques et économiques m'ont rappelé à quel point vous et moi partageons les mêmes expériences. Il est probable que vous vous interrogiez sur la fonction d'un mécène et sur la raison de ma présence aujourd'hui.

En réalité, mon univers et le vôtre sont fort différents mais souffrent tous deux de leur autisme. J'éprouve de grandes difficultés à expliquer à mes dirigeants et à mon conseil d'administration, qui doit rendre des comptes à ses actionnaires, ce que je fais et pourquoi je le fais. De même, j'imagine que l'administration des hôpitaux se révèle souvent indifférente à vos combats.

Ainsi, vous et moi sommes plongés dans des milieux dans lesquels il est difficile d'être reconnu et compris, mais vous et moi croyons à ce que nous faisons. Je crois profondément aux bienfaits de la culture dans les hôpitaux et aux médiations culturelles. La santé est souvent affaire de mental.

## **De la salle**

Ma question s'adresse à Monsieur Pommereau. Vous expliquiez que les enfants sujets aux tentatives de suicide connaissent généralement des difficultés avec la culture. Avez-vous constaté une dyslexie, ou ce type de trouble est-il complètement étranger à leurs tentatives de suicide ?

## **Xavier POMMEREAU**

Les dyslexiques ne sont pas plus nombreux parmi les jeunes qui songent au suicide. Cependant, lorsqu'ils sont interrogés sur leur rapport à la lecture, et notamment sur leur faculté de lecture, il apparaît que le nombre de jeunes confessant des difficultés de lecture est considérable. Certains déclarent qu'il leur faut beaucoup de temps pour lire un livre, d'autres qu'ils se découragent devant un livre trop épais.

Par ailleurs, le genre romanesque est souvent délaissé au profit de livres consacrés aux religions ou à la philosophie générale. Contrairement à toute attente, les romans policiers ne sont pas plébiscités. Les adolescents s'orientent spontanément vers un nombre incalculable de livres sur l'Islam, les conflits religieux, la philosophie grecque, y compris les jeunes en totale désinsertion scolaire.



## **De la salle**

Je travaille, en tant que psychologue, au sein d'hôpitaux psychiatriques. Ma méthode de travail repose sur l'utilisation d'extraits littéraires, plutôt que de livres entiers. Cette méthode a été introduite dans les hôpitaux psychiatriques par Emile Darsque, ancien comédien et metteur en scène. Il a, lui-même, choisi un certain nombre de textes, en fonction de leur pouvoir inducteur d'émotions. Les malades choisissent les extraits qu'ils souhaitent lire à haute voix. La lecture à haute voix accroît le pouvoir imaginaire et la fonction métaphorique des mots, ouvrant ainsi la voie à de nombreuses représentations intellectuelles. L'art a sans doute le pouvoir de rouvrir à l'intérieur de soi une scène métaphorique.

## **De la salle**

Ma réflexion sur le développement de l'expression artistique à l'hôpital et sur la différence entre l'œuvre d'art et l'expression artistique m'a amené à prendre conscience de la dimension esthétique de la nature humaine. Cette dimension esthétique est aujourd'hui reformulée en termes scientifiques, mais l'est encore en termes philosophiques.

Le développement de l'expression artistique à l'hôpital correspond à un déficit de la création artistique dans l'éducation. Il devient très rare que les enfants puissent bénéficier de l'apprentissage de la musique, de la peinture ou de la poésie, que ce soit à la maison ou à l'école. L'appauvrissement de l'enseignement artistique semble pourtant fort regrettable.

Enfin, l'art correspond, pour chacun, à une prise de conscience de sa propre évolution, de son propre parcours initiatique. L'art est réalisation de soi et doit s'adresser à l'ensemble des êtres et non plus seulement à une élite.

## **Paul ROBERTSON**

L'un des plus beaux dons de l'art, c'est qu'il permet de mieux connaître, de mieux appréhender et de mieux comprendre nos émotions non différenciées. Or mieux nous comprenons nos états affectifs internes, plus nous sommes libres de les utiliser à des fins créatrices.

Lorsque l'homme maîtrise davantage sa psychologie et ses affects, il réapprend subitement à écouter et à s'instruire. L'attention portée à autrui s'en trouve accrue.

Littéralement, la musique crée du sens, autour de notre expérience ou même à l'intérieur de l'expérience. Elle permet de réduire la douleur, ou de la sublimer. L'art permet de valoriser la vie.

## **De la salle**

J'ai participé à une expérience menée auprès de jeunes anorexiques et travaillé en bibliothèque sonore, à l'aide de musique et de livres enregistrés.

Certains patients se sont réjouis de pouvoir s'endormir avec plaisir, grâce à ces outils. Les livres enregistrés peuvent paraître inefficaces, mais finalement, la voix constitue une présence non négligeable. La personne n'est plus seule dans sa chambre, d'autant qu'il est fréquent qu'elle partage son enthousiasme pour un livre ou échange des cassettes avec ses voisins de chambre.

## **Augusta BASSI-NAZZARO**

La musique peut être utilisée à des fins thérapeutiques dans de très nombreuses situations : j'ai travaillé, en ce qui me concerne, avec des patients atteints de la maladie d'alzheimer mais également avec des enfants sourds, aveugles ou psychotiques.

Par ailleurs, j'ai également eu l'occasion d'expérimenter personnellement l'utilisation de la musique lors d'une opération d'anesthésie. Un casque m'avait été offert avant et après l'intervention. Il s'agit d'une expérience formidable, qui m'a entre autres permis de réduire la quantité de médicaments nécessaires.

Enfin, la musique enregistrée et la musique jouée en direct sont très différentes. La musique en direct est beaucoup plus efficace et permet un réel échange entre l'artiste et le malade. Il est vrai, néanmoins, qu'il arrive qu'aucun artiste ne soit disponible, la musique enregistrée devient alors très utile.

## **De la salle**

L'hôpital dans lequel j'exerce a mis en place des ateliers de création, co-animés par des artistes et des soignants, qui accueillent tout public. Pour qu'il y ait création, il faut qu'il y ait expression, réalisation, et invention d'un objet d'art, mais aussi que cet objet puisse *in fine* être observé ou écouté par autrui. Ainsi, les œuvres exposées à l'hôpital sont systématiquement issues de nos ateliers.

Il en existe de tout type : atelier de peinture, de sculpture, de théâtre, de chorale, d'écriture, etc.

Nous avons élaboré un protocole permettant une amélioration de la situation pathologique des individus hospitalisés, amélioration qui doit perdurer lorsqu'ils quittent l'atelier.

## **De la salle**

Le service psychiatrique que je dirige est installé dans une prison de Strasbourg. Nous cherchons à sensibiliser les jeunes délinquants, sans repères, à l'expression artistique. L'art permet de sortir ces jeunes de l'action et du passage à l'acte et de les ouvrir à la conceptualisation et à la verbalisation.

En effet, l'expression artistique peut servir de médiation entre d'une part, l'affect, le ressenti et la violence qu'ils ont en eux et, d'autre part, une tentative de verbalisation et de conceptualisation.

Les résultats constatés sur les jeunes dits psychopathes ou toxicomanes sont assez intéressants, dans le cadre de la préparation à leur sortie de prison.

De nombreux artistes et thérapeutes nous aident à cet effet. Tous ont l'intime conviction que le pouvoir de l'art permet une domestication de pulsions agressives souvent primaires. Le délinquant passe d'une logique de destruction à une logique de création et de production

## **De la salle**

Je souhaite réagir à la remarque de Monsieur Pommereau relative au désintérêt des jeunes envers les livres trop longs. Le Ministère de la Culture se penche actuellement sur l'utilisation d'autres genres littéraires que le roman.

La lecture de nouvelles ou de poèmes implique un changement de ton, de rythme et d'appréhension de la phrase et de la fiction. De nombreux jeunes s'étonnent du plaisir qu'ils éprouvent à la lecture de textes courts.

L'accent est donc mis actuellement sur les textes courts et sur une littérature plus immédiate. En effet, la poésie, la nouvelle et le théâtre court sont des pistes intéressantes dans les hôpitaux, même si, bien entendu, le contenu est lui aussi capital.

## **Xavier POMMEREAU**

Les adolescents réclament de plus en plus de poésie, notamment contemporaine. Je souhaite ajouter, de manière à éviter tout malentendu, qu'il convient de distinguer, d'une part, les outils, c'est-à-dire le livre comme véhicule permettant le voyage et l'évasion et d'autre part, les acteurs, qui viennent parler du livre au malade.

Il est vrai que lorsque l'art et la thérapie se rencontrent, la présence des artistes s'avère souvent capitale. Lorsque ceux-ci rencontrent des adolescents en situation de mal-être, suicidaires ou emprisonnés, ces derniers ont le sentiment d'être reconnus par autrui. En se déplaçant, l'artiste reconnaît l'individu auquel il

rend visite.

La scène et le cadre sont eux aussi capitaux. Il ne s'agit pas uniquement d'effectuer une visite de courtoisie ou d'humanité : l'artiste vient exercer son talent et son art, et doit proposer une scène, quelle qu'elle soit. Sans scène ni cadre, la démarche devient inutile car un contenu n'est toujours défini que par la qualité de son contenant.

## **De la salle**

Je suis chargé de développement artistique et culturel au centre hospitalier Edouard Toulouse, de Marseille.

L'art thérapie existe depuis 1840 et les hôpitaux psychiatriques n'ont pas attendu la signature de conventions entre la culture et la santé pour mener à bien des programmes mêlant art et thérapie à destination des patients.

En tant que responsable culturel, j'ai la charge de la politique culturelle de mon établissement. Son ouverture à la ville ainsi que la conquête de nouveaux publics m'incombent personnellement. L'action culturelle et la démocratisation des arts constituent donc un impératif dans l'exercice de mes fonctions. Je dois travailler en parfaite adéquation avec l'équipe soignante et avec les artistes, car seule la pratique artistique permet de donner des codes de lecture aux patients, leur offrant ainsi l'opportunité de devenir un public à part entière.

La psychiatrie doit rester une transition. Il convient d'aider les malades à en sortir. Ce qui importe donc avant tout, c'est la réinsertion du patient. Si certains d'entre eux pratiquaient l'art à l'hôpital, il faut qu'ils poursuivent cette activité créatrice lorsqu'ils le quittent, et ce même s'il n'est pas toujours possible de disposer des moyens financiers indispensables à l'accès à la culture.

Si un patient devient un lecteur assidu au sortir de mon établissement, ma mission sera remplie.

## **Howard BUTEN**

J'ai pris une initiative qui me semble intéressante, en permettant à chaque jeune de mon centre hospitalier de disposer de sa propre chanson et de son propre conte. J'ai remis à l'une de mes amis, Simone Araise, qui écrit des contes, une petite note décrivant le profil, la situation familiale et l'histoire de chaque jeune. Elle procède donc à l'écriture de contes au sujet de chacun d'entre eux, sans qu'ils n'en soient tenu informés.

## **De la salle**

Je suis chargée de mission à la Direction de la Communication Assistance Publique des Hôpitaux de Paris.

Je souhaite que chacun prenne conscience de la qualité du travail fourni par les équipes soignantes ou administratives des hôpitaux de Paris, qui ont plébiscité un projet de chœur. Il s'agit de constituer un grand orchestre symphonique, composé de 150 bénévoles de toutes professions hospitalières confondues. Ces individus consacrent beaucoup de temps à la musique et aux malades.

Il n'est pas systématiquement fait appel à des artistes extérieurs, même si leur savoir-faire et leur professionnalisme est reconnu. En l'occurrence, il s'agit de membres du personnel soignant qui, chaque jour, consacre l'essentiel de son temps et de son énergie aux personnes souffrantes.

Ce travail titanesque doit être reconnu : ils soignent pendant et après leur temps de travail professionnel, consacrant bénévolement une partie de leurs loisirs à cette activité musicale. Ces choristes répètent ainsi près de quatre à cinq fois par semaine pour offrir des concerts de qualité aux malades, mais aussi au personnel qui œuvre auprès d'eux et donne chaque jour le meilleur de lui-même.

## **Xavier POMMEREAU**

Au risque de ne pas être consensuel, je souhaite signaler que je ne partage pas cette opinion. Sans contester le droit des soignants à l'expression de leur souffrance et à la participation aux activités d'art thérapie, il convient de rappeler qu'art et thérapie supposent un rapport de pouvoir. Or il me semble dangereux, bien que généreux, de mélanger les genres et de considérer que toutes les fonctions peuvent être simultanément assumées. Faire preuve de compassion et d'amour envers autrui est une chose, mais il ne faudrait pas oublier qu'en chacun d'entre nous repose une violence inexprimée. La segmentation de l'activité professionnelle me semble donc dangereuse : le personnel soignant doit soigner, et les professionnels de l'art doivent créer, et être d'ailleurs dignement rétribués. Le bénévolat me semble à bannir.

*Après-midi*

## Atelier n° 1 : L'architecture et l'aménagement des hôpitaux

*Ont participé à cet atelier :*

*Pierre RIBOULET, Architecte*

*Nicolas MALIVEL, Architecte*

*Richard BURTON, Architecte*

*Bas MOLENAAR, Architecte*

*Michel RENAUT, Directeur de l'Hôpital d'Argentan*

*L'atelier était animé par Raphaël ACQUIN, fonctionnaire à la Direction de l'Architecture du Ministère de la Culture et de la Communication.*

### Introduction

Raphaël ACQUIN

**Fonctionnaire à la Direction de l'Architecture du Ministère de la Culture  
et de la Communication**

La promotion de la création architecturale et sa réconciliation avec le patrimoine historique français constituent les principaux objectifs de la Direction de l'Architecture. Les hôpitaux sont, à ce titre, des équipements complexes et importants, entretenant des interactions fortes avec leur environnement. Ils méritent donc que nous nous y attardions. Des architectes évoqueront également les rapports établis avec la maîtrise d'ouvrage.

L'exemple de la construction de l'hôpital Georges Pompidou, étalée sur une douzaine d'années, est d'ailleurs exemplaire. Les aléas budgétaires et les changements de responsables intervenus au niveau du commanditaire (l'Assistance publique), n'empêchèrent pas l'architecte et maître d'œuvre, Eyméric Zublenna, de porter ce projet pendant plus de douze ans. La mise en relief de ce processus de conception, au sein du milieu hospitalier, apparaît donc centrale.

Parallèlement, l'action de la Direction de l'Architecture, associée à d'autres Ministères, a permis l'adoption d'une résolution sur la qualité architecturale en Europe. Ce document, non contraignant, constitue le premier pas vers l'intégration de la notion de qualité architecturale à l'ensemble des politiques

européennes. Cette action s'inscrit donc parfaitement dans le cadre de ces rencontres européennes et internationales consacrées à la place de la culture à l'hôpital. De son côté, le Ministère est favorable à l'organisation d'un colloque sur le thème de l'hôpital et de l'architecture, à l'instar du forum sur le logement social, lancé en partenariat avec la Grande-Bretagne.

## L'hôpital Robert Debré à Paris

Pierre RIBOULET  
Architecte

### **I. Contexte**

#### **1. Une volonté nouvelle des pouvoirs publics**

J'ai gagné, à l'automne 1980, le concours lancé pour la construction de l'hôpital Robert Debré. La phase d'études, en concertation avec les différents services et utilisateurs concernés, s'est étendue sur quatre années. Les travaux, quant à eux, ont nécessité quatre ans supplémentaires. L'hôpital a finalement ouvert ses portes en 1988. L'Assistance publique avait pris la décision courageuse de faire appel, lors de ce concours, à des architectes qui n'avaient jamais conçu d'hôpitaux. Des solutions novatrices étaient en effet recherchées. En 1980, le modèle architectural hospitalier, simpliste, affreux et dominant, consistait en un plateau médico-technique ceinturé de tours, où étaient installées les chambres. Je me suis donc lancé dans cette entreprise de conception avec enthousiasme et vigueur.

## 2. Une alternative au conformisme

Cet hôpital pour enfants devait compter 550 lits, une maternité intégrée, et couvrir près de 80 000 m<sup>2</sup> construits. Il est apparu qu'aucun service n'était semblable. La superposition systématique d'unités devenait absurde. Il convenait, au contraire, de respecter la diversité, sans pour autant compromettre l'unité de l'ensemble. L'architecture doit en effet permettre de créer des lieux adaptés aux fonctions, *a fortiori* au sein d'un hôpital. Cependant, l'attention aux besoins réels ne peut être synonyme d'adoption des stéréotypes en vogue. Les enfants malades disposent, à cet égard, d'une vitalité extraordinaire qu'il nous fallait capter et exprimer. Il est, en outre, impensable de regrouper 2 000 personnes sur le même site sans créer les espaces les reliant entre eux. La surface réduite, 10 à 20 m<sup>2</sup>, des deux mille locaux prévus renforçait encore la nécessité de privilégier le rapprochement à la séparation. Un souci d'ordre esthétique, destiné à embellir les lieux et à susciter l'émotion et le bien-être pour le personnel et les patients, prévalait également. Cependant, les contraintes financières et réglementaires draconiennes réduisent notre marge de manœuvre en la matière. Le travail sur les proportions, les rythmes, les équilibres, et les contrastes reste toutefois possible.

## 3. Un site ingrat

Pour mémoire, l'hôpital est situé sur les anciennes fortifications du XIX<sup>ème</sup> siècle qui ceinturaient Paris. L'espace libre destiné à protéger les murailles et à contenir l'ennemi a d'ailleurs fait l'objet, dans l'entre-deux-guerres, d'un projet avorté de ceinture verte. Seuls quelques squares ont en effet été réalisés. La construction d'équipements publics et de logements sociaux a suivi la Seconde Guerre mondiale. La création du boulevard périphérique a définitivement, et malheureusement, clos le projet initial. L'Assistance publique disposait cependant d'un terrain libre, offert par la Mairie de Paris, et destiné à construire l'hôpital Robert Debré. Ce dernier devait regrouper les hôpitaux pour enfants Hérold et Bretonnaux, visiblement trop vétustes. Le terrain, très ingrat, était bordé au nord par le boulevard périphérique, et par le boulevard Serrurier également très bruyant. L'endroit était, en outre, constitué par les déblais d'un très grand réservoir souterrain d'eau formant une colline artificielle de 25 mètres de haut. Une certaine poésie émanait pourtant du lieu et de cette butte belvédère, qui ouvrait largement la vue sur le ciel et les environs. Cependant, la présence sur ce terrain d'une église, qui n'appartenait pas à l'Assistance publique, nous handicapait encore. Les contraintes liées aux zones d'habitations proches de la porte des Lilas accroissaient les difficultés. Dans ce contexte, l'entrée par le haut du terrain semblait indispensable.



## II. Des solutions originales

### 1. Un bâtiment curviligne

#### *a. La galerie : un espace de transition*

La conception d'un plan horizontal, le long des 250 mètres de ce bâtiment curviligne à l'image du relief et des courbes du quartier, s'est imposée. La création de ce plateau au point haut permettait de d'y réaliser le programme pour moitié au-dessous et pour moitié au-dessus. L'effet de muraille était ainsi évité. Mon idée consistait également à installer, au premier niveau, l'ensemble des locaux à caractère non médical, comme la crèche pour les enfants du personnel, la halte-garderie, l'accueil, les bureaux administratifs, les salles d'enseignement du CHU, et le restaurant. Ces services ont donc été placés le long de cette galerie qui parcourt tout l'édifice, constituant à elle seule l'étage d'accueil et créant un immense espace de transition. L'architecture actuelle fait malheureusement l'impasse sur ces grands seuils, sans lesquels nous passons brutalement d'une fonction à une autre. Cette transition est d'autant plus nécessaire quand il s'agit d'enfants malades et de parents inquiets. L'installation à l'entrée de la crèche du personnel n'est à ce titre pas anodine. Elle participe de la thérapie prouvant qu'au sein de l'hôpital, l'enfance n'est pas forcément malade.

#### *b. Contourner les obstacles*

La déclivité du terrain offrait, en outre, une vue panoramique. Elle permettait également, dans la partie la plus basse, d'ouvrir un second accès de desserte à la plate-forme des urgences, aux chambres de gardes, à la radiologie, au bloc opératoire, et à la réanimation. La galerie, en revanche, est un espace ordinaire, où l'on se promène éventuellement. Les fonctions y sont proches les unes des autres. L'accès réservé aux approvisionnements propres, destinés à la cuisine, la lingerie et la pharmacie, est également situé à ce niveau. En revanche, les évacuations sales sont disposées à un étage inférieur. Les circuits propres et sales sont ainsi séparés. Le plateau des consultations et les services hospitaliers diurnes occupent, de leur côté, les deux étages localisés entre la galerie et le circuit sale. La pédopsychiatrie dispose, quant à elle, de jardins significatifs, dans la mesure où ce service dirigé par le Professeur Dugade à l'hôpital Hérold était très important. Elle est donc à la fois intégrée et séparée de l'hôpital. La maternité occupe, en complément, le premier et le deuxième étage du bâtiment. L'implantation, au sein d'un édifice écran très fort, des ateliers et des laboratoires d'analyse et de recherche constitue, par ailleurs, une barrière phonique efficace au bruit du boulevard périphérique. De fait, ces bâtiments sont calmes et utilisables.

## 2. L'hôpital au cœur d'une urbanité nouvelle

### *a. Une substitution au vide*

Cet ensemble de grande ampleur, construit au cœur d'un espace initialement vide, a donc créé son urbanité propre dans le quartier, grâce à sa galerie, à son jardin d'hiver, et à ses bâtiments étagés sur le terrain, tous revêtus de terre végétale. Les niveaux d'hospitalisation, en retrait les uns par rapport aux autres, bénéficient en outre d'une lumière naturelle. Cette dernière abonde d'ailleurs partout dans l'hôpital. L'ensemble des postes de travail, élément rare à l'époque, est ainsi éclairé de manière naturelle. Dans cette optique, chaque unité de soin ou de diagnostic, comptant vingt à vingt-cinq lits, est unique et jouit d'une forme propre. Le personnel hospitalier et les patients peuvent ainsi s'approprier l'espace. Le belvédère se niche à la proue de ce " grand vaisseau ". Le restaurant, lui, constitue l'aboutissement de la galerie. Le mariage entre les proportions et les contrastes est respecté, en vue d'une harmonie à la fois simple et complexe.

### *b. Un souci esthétique*

Les personnes qui parcourent le quartier ou la galerie doivent être émus par ces formes sous la lumière. L'ensemble est revêtu de carrelage de grès émaillé blanc. Les parties servantes sont en béton naturel. Très peu de matériaux ont été utilisés, de manière à garantir l'unité de l'ensemble. Les terrasses jardins en face des chambres des enfants sont en gazon ; les baies sont vitrées jusqu'au sol afin d'atténuer la sensation de vide. Le toit cesse par ailleurs d'être cet espace inaccessible, pour devenir une manifestation d'architecture avec ces silhouettes très importantes constituées par les locaux et les machineries de l'hôpital. Ce dernier s'enrichit enfin du dialogue entre architecture, peinture et sculpture avec une toile bleue d'Olivier Debré, dont la cimaise a été spécialement construite, et une sculpture de Jean Dubuffet.

## **Raphaël ACQUIN**

L'insertion du très bel hôpital Debré, au cœur du tissu urbain extrêmement dense de Paris, est remarquable. Dans un autre contexte, l'intervention de Richard Burton, concepteur d'un hôpital sur l'île de Wight, élargira notre débat.

# L'hôpital St Mary sur l'île de Wight

Richard BURTON  
Architecte

## I. Une stimulation équilibrée pour trois types d'utilisateurs

La conception de l'hôpital St Mary, sur l'île de Wight, visait à créer un environnement très favorable aux soins. Brian Chapman, l'un des artistes ayant participé au projet, a d'ailleurs largement inspiré mon travail. Je souhaiterais aujourd'hui partager cette expérience, à mon sens importante, et présenter les exigences intrinsèques des trois groupes d'utilisateurs des hôpitaux que sont :

le personnel hospitalier ;  
les patients ;  
les visiteurs.

Il s'est avéré, après enquête, qu'une sur-stimulation des sens apparaissait aussi préoccupante à ces trois groupes qu'une stimulation faible. Notre responsabilité, en tant qu'architectes, consistait donc à générer, en toile de fond, une stimulation équilibrée et changeante. Les stimulations sensibles résultent en effet de variations. Tout neurologue confirmera que l'absence de ces dernières conduit à un arrêt de l'activité cérébrale. Les arguments développés lors de cette conférence vont d'ailleurs dans ce sens. Notre travail s'est donc attaché à jouer au mieux de ces effets de variations, découlant du mouvement des nuages, de la lumière, de la musique, de la peinture, et du travail.

## II. Les solutions mises en place

### 1. La prise en compte de l'angoisse du patient

Parallèlement, l'angoisse du patient, lors des soins, est souvent très vive. Face à la maladie, il peut également se refermer sur lui-même. Sans se substituer aux soins, l'art et l'architecture peuvent le rassurer. A St Mary, la lumière naturelle, les tentures murales, les éclairages et les équipements sont ainsi conçus et destinés à apaiser les malades, contrairement au mobilier très agressif utilisé dans la plupart des hôpitaux. Dans ce contexte, attirer l'attention du patient sur une œuvre d'art ou sur la représentation donnée par des clowns participe également de la thérapie. Elles l'aident souvent à oublier sa souffrance. Il est donc nécessaire d'encourager de telles pratiques. Nous essayons d'y contribuer en créant les espaces appropriés.

## **2. Gérer la convalescence**

Dès son entrée dans la convalescence, le patient doit également se réapproprier le territoire environnant, de manière à revenir dans le monde et à s'adresser à l'extérieur. Ce mouvement de retour sur soi, phase de la maladie, et donc suivi d'une réintégration au monde, phase du rétablissement. La galerie prévue dans l'hôpital Debré, et évoquée dans l'exposé précédent, est à ce titre extraordinaire. La promenade y est en effet possible pour le patient avant son retour dans le monde. Parallèlement, si l'architecte doit bien rester conscient des besoins propres aux services de soins, nécessitant parfois de réduire certains espaces, il conserve cependant une latitude d'action. Nous avons ainsi conçu à St Mary une salle à manger modulable et transformable en théâtre. Des spectacles s'y tiennent tous les mois.

## **3. Les visiteurs et le personnel**

Les visiteurs, de leur côté, ont également besoin d'être rassurés, de manière à ne pas se perdre dans l'hôpital. 8 % de la population n'est en effet pas en mesure de lire les panneaux signalétiques. Une hiérarchie architecturale claire établie entre les niveaux, et compréhensible rapidement, apparaît donc indispensable. Je rejoins ici le point de vue évoqué précédemment par Monsieur Riboulet. Ce souci a également été mis en œuvre à St Mary. Des œuvres d'art balisent par ailleurs le cheminement du visiteur au sein de l'hôpital. L'accueil permet enfin de réorienter les personnes égarées. Le personnel dispose, lui aussi, de ses propres espaces et d'un environnement attrayant. La cafétéria, la salle commune très confortable, la salle d'exposition concourent chacune au recrutement et à la stabilité du personnel.

Les différentes techniques de stimulation mentionnées au cours de cette conférence devraient donc être intégrées aux programmes de conception des hôpitaux. Par ailleurs, si la norme architecturale semblait fondée, depuis vingt ans, sur la construction de grands hôpitaux, elle s'inverse aujourd'hui au profit de structures plus réduites. Le traitement à domicile constitue d'ailleurs l'un des aspects majeurs de ce tournant. Pour conclure, le travail d'architecte dans le secteur hospitalier comprend deux volets essentiels :

la prise en compte du caractère impérativement fonctionnel et opérationnel des services de soins ;  
le souci esthétique de toute démarche architecturale authentique.

## **Raphaël ACQUIN**

Je vous remercie pour la concision de votre exposé. Messieurs Malivel et Renaut évoqueront maintenant le cas de l'hôpital d'Argentan.

# L'hôpital d'Argentan

Nicolas MALIVEL  
Architecte

Michel RENAUT  
Directeur de l'hôpital d'Argentan

## **Nicolas MALIVEL**

L'Assistance publique nous a demandé, en 1980, de rénover un service ORL. Les travaux effectués sur les plafonds ont été importants. Ils constituaient en effet l'un des aspects les plus visibles au sein du service. Nous souhaitions également traiter les chambres individuellement. Un comptable a accepté bénévolement de réaliser des tableaux spécifiques pour chacune de ces chambres. Notre crainte d'aboutir à un système de biche s'est finalement révélée infondée.

Dans ce contexte, je citerai le peintre Fernand Léger, originaire d'Argentan, qui écrivait en 1923 : " L'avènement des villes géométriques, avènement de la vie mécanique. L'objet fabriqué, dur, plastique, beau en soi. La force géométrique dominante, sa pénétration dans tous les domaines, son influence visuelle et psychologique. La couleur élément de première nécessité. La couleur fonction sociale. Le monde du travail, le seul intéressant, vit dans une ambiance intolérable. Pénétrons dans les usines, les banques, les hôpitaux, si la lumière y est exigée qu'éclaire-t-elle ? rien. Faisons entrer la couleur, nécessité vitale comme l'eau et le fer, dosons la savamment. Son influence morale peut être considérable, une ambiance belle et calme, la vie par la couleur, l'hôpital polychrome ".

L'œuvre de Fernand Léger ne laisse rien transparaître de sa vie, des paysages, et des personnes qui l'entouraient. C'est en cela pourtant que son art est universel. Un critique de l'époque Wilhelm Wuhl l'avait noté : " Les tableaux de Fernand Léger n'ont qu'une beauté : la grandeur intérieure. Ils ne s'abaissent jamais aux besoins des individus isolés. Ils se tiennent au-dessus des contingences personnelles. Je les verrais bien dans des laboratoires d'hôpital et d'école ". Fernand Léger revient en France en 1945. Il se lie d'amitié avec de nombreux architectes et s'inscrit au Parti Communiste avec Picasso, Aragon et Matisse. Mais quand Aragon affirme que le Parti n'a qu'une esthétique, le réalisme, il s'insurge.

Il poursuit cependant sa réflexion sur les rapports entre l'art et le peuple. Il écrivait : " J'ai vu que pour jouir vraiment de l'art, une certaine culture, une certaine éducation est nécessaire. Tant que le peuple travaillera jusqu'à 7

heures du soir, il n'y a rien à faire ". Ses conceptions l'ont amené à rencontrer d'autres architectes. Il travaille avec Mallet-Stevens et Le Corbusier. Il participe à des réalisations avec Henri Pingusson et Charlotte Perian. Cependant, son désir de travailler sur l'hôpital trouvera sa consécration, ou presque, aux côtés de l'architecte Paul Nelson. Nelson est un Américain, ancien pilote en France durant la Première Guerre mondiale, qui s'installe à Paris dès la fin du conflit. Il construit l'hôpital de Lille et la clinique chirurgicale d'Ismaëlia. Il est, en outre, naturellement pressenti pour le projet d'hôpital franco-américain. Il demande alors à Fernand Léger de réfléchir aux façades de l'hôpital mémorial.

Ce dernier, écrivain autant que peintre, écrit : " J'estime que le décor architectural ne peut être qu'abstrait. Le tableau de chevalet aussi bon soit-il ne se conçoit pas dans un ensemble architectural. L'œuvre adaptée à l'architecture doit essentiellement tenir compte de celle-ci. Pour moi deux possibilités s'offrent à elle : destruction ou accompagnement du mur ". Pour démontrer sa théorie, il exécute deux toiles. La première, abstraite, est une décoration qui ne tient pas compte des percements et des ouvertures. Elle crée une sorte d'isolement entre le spectateur et le mur que constitue cet hôpital. La seconde, au contraire, accompagne la construction et l'aide à affirmer le style et les horizontales, qu'il retiendra pour les parties basses de l'hôpital. " J'ai procédé, dit-il, de manière assez libre après être allé à Saint-Lô examiner l'immeuble. Ce qui me paraît important est de respecter, entre les couleurs, les réserves grises et blanches offertes par l'architecture elle-même. J'ai pensé, d'autre part, que l'extérieur d'un hôpital devait être accueillant " Malheureusement, nous sommes dans les années 50, et seule la deuxième proposition sera mise en œuvre. Une fresque est cependant implantée près de l'entrée, maigre compensation, ainsi qu'une sculpture gigantesque, fleur polychrome aujourd'hui disparue.

Ces réhabilitations d'hôpitaux, sans être de la taille du projet de construction de l'hôpital Debré mené par mon collègue Pierre Riboulet, restent cependant l'occasion d'apporter une dimension artistique à ces bâtiments. La qualité du rapport entre la maîtrise d'œuvre et la maîtrise d'ouvrage est à ce titre fondamentale. L'architecte, sans le soutien du Directeur de l'hôpital, est désarmé. La symétrie vaut dans l'autre sens. La connivence entre ces deux pôles me semble donc extrêmement importante.

## **Michel RENAUT**

Au cours de cette opération, qui a duré près de trois ans, le travail permanent entre le personnel et la Direction, interface avec l'architecte, a également été crucial. La ville d'Argentan située à 50 kilomètres de Caen, en Normandie, compte 20 000 habitants. L'hôpital d'Argentan a été créé en 1070 et dédié à Saint Thomas Beckett. Il a été détruit en 1944, reconstruit en 1954, et entièrement restructuré entre 1995 et 2000. Je m'étais promis de ne pas faire peindre en blanc le premier hôpital que je pourrais faire construire. J'ai également eu la chance de travailler avec une équipe d'architectes remarquable rassemblée autour de Nicolas Malivel. Les travaux en étaient aux terrassements, quand ce dernier m'a interrogé sur la décoration. Fernand Léger étant originaire de la région, il nous a semblé légitime de réhabiliter l'hôpital dans ce style.

## **Nicolas MALIVEL**

L'hôpital est un lieu très difficile à la fois pour les patients et pour l'architecte, qui ne doit pas mélanger les circuits et les services. On aboutit, trop souvent, à des machines très fonctionnelles mais très éloignées des patients. Ces derniers ont pourtant besoin d'éléments qui les réconcilient avec la vie et les stimulent dans leur guérison. Dans ce contexte, l'entrée de la couleur dans l'hôpital me semble très naturelle.

## **Michel RENAUT**

La qualité hôtelière améliore l'ensemble de la consultation et de l'hospitalisation, qui a d'ailleurs énormément évolué. Aujourd'hui, nos patients viennent en effet dans un hôpital pour consulter. Traiter le sujet à la manière de Fernand Léger s'explique par la mutation des fonctions hospitalières. L'apprentissage du corps et de ses limites en est l'un des éléments clés. On ne va plus à l'hôpital parce qu'on ne peut plus faire autrement, on y vient quand on l'a choisi. Un tel choix nécessite de disposer d'un accueil irréprochable.

## **Nicolas MALIVEL**

Fernand Léger a étudié l'architecture. Au début du siècle, à vingt ans, il quitte Argentan pour prolonger ses études à Paris. Il y revient et travaille chez Monsieur Corbin, architecte. Il se lie également très rapidement à d'autres architectes, comme Pierre Jeanneret à l'époque où il ne s'appelait pas encore Le Corbusier. Il côtoie aussi Sue et Marre avec lesquels il collabore. Le rapport entre l'architecture et la peinture le fascinait. Le maître d'ouvrage, de son côté, se sent responsable des fonds publics engagés. Il est l'image de ce qu'il produit. Un maître d'ouvrage n'est pas un artiste. Il fait confiance, il délègue, mais il n'impulse pas forcément le projet. Rencontrer un directeur d'hôpital comme Monsieur Renaut, enthousiaste et dynamique, est un immense bonheur pour l'architecte, qui peut enfin exprimer pleinement ses idées. Cette complicité entre le maître d'ouvrage et le maître d'œuvre est indispensable à la réussite d'un projet.

## **Michel RENAUT**

Deux événements formidables ont eu lieu. D'une part, les visiteurs et les patients ont encouragé cette démarche, estimant que l'hôpital était beau et agréable. D'autre part, nous avons eu la chance extraordinaire de travailler avec le Centre Pompidou et le Musée National Fernand Léger, situé à Biot. Ils ont d'ailleurs reproduit un cirque de Fernand Léger, mis en frise sur une idée du conservateur du musée de Biot. Il est aujourd'hui placé en pédiatrie, et disposé à hauteur du regard des enfants. Madame Bocquier a en outre offert la mosaïque placée à l'entrée. Nous étions également encouragés par les visiteurs. Progressivement d'autres idées ont pris forme. Le couvre-lit, par exemple, a été réalisé grâce au concours de la Réunion des Musées Nationaux et sur la base d'un dessin effectué par Fernand Léger. La dynamique établie entre l'équipe d'architectes et la Direction était en outre très forte. Par ailleurs, notre accord et notre intérêt partagé pour l'art, au-delà des données juridiques et financières, nous faisaient envisager les soins apportés aux patients sous un angle plus humain.



## **Nicolas MALIVEL**

Nous connaissons parfaitement l'ensemble des règles techniques qui régissent le secteur hospitalier. Cependant, la technique n'est pas une finalité. La dimension humaine de l'architecture m'importe également, par un travail sur la lumière et la couleur, indissociables l'une de l'autre. Il est parfois nécessaire d'expliquer au maître d'ouvrage la viabilité et l'harmonie des propositions, sous forme de maquettes, d'échantillons. Construire utile a un sens, mais pourquoi se priver du beau et du merveilleux qui aide pourtant à guérir ? Ne construire qu'utile reviendrait à ne créer qu'une " machine à soins ". Certains hôpitaux, efficaces sur le plan technique, n'en restent pas moins de mauvais hôpitaux sur un plan humain. Ces hôpitaux ne m'intéressent pas.

## **Michel RENAUT**

Cette couleur, violente selon certains, a pourtant immédiatement été adoptée. Les habitants de la région sont en effet fiers d'avoir un représentant célèbre dans le monde entier et originaire des lieux. Il s'agit presque d'un hommage. Cet aspect culturel ne doit cependant pas laisser penser que nos espaces techniques n'ont pas bénéficié du même traitement : ils sont également de très grande qualité. En outre, la reconstruction de l'établissement a permis l'évolution de l'équipe médicale, grâce à l'arrivée de spécialistes, qui ont obtenu les moyens nécessaires à un travail efficace. Tous les patients sont parfaitement pris en charge.

## **Nicolas MALIVEL**

Un certain nombre d'architectes contemporains ont compris que l'utile pouvait être beau. L'utile peut être laid ou beau. Le même phénomène s'applique aux hôpitaux. D'aucuns sont très fonctionnels et très laids. Les patients subissent alors cette absence de prise en considération, cette absence d'art, et ils en souffrent.

## **Michel RENAUT**

Peindre des portes en blanc, en vert, en bleu ou en rouge n'est jamais plus coûteux. Le film a été réalisé avec les fonds du Ministère de la Culture et de la Communication par le biais de la DRAC.

## **Raphaël ACQUIN**

Cet exemple illustre bien la nécessité d'un tandem fort entre maître d'ouvrage et maître d'œuvre pour l'aboutissement du projet sous toutes ses formes. Bas Molenaar va, de son côté, nous faire part de son expérience, relative à un hôpital pour enfants, situé aux Pays-Bas.

# L'hôpital pour enfants d'Utrecht

Bas MOLENAAR  
Architecte

J'ai conçu l'hôpital pour enfants d'Utrecht, sans être jamais entré dans aucun hôpital de ce type. Mon expérience acquise lors de la réalisation d'hôpitaux plus généralistes m'a cependant été utile. Toutefois, l'espace manquait à Utrecht. La construction de l'hôpital s'est donc faite à l'écart de la ville. Nous avons, à ce titre, craint les réactions du personnel.

Parallèlement, nous nous sommes interrogés sur les matériaux choisis par les enfants pour un tel bâtiment. Je me suis livré à un petit jeu auprès de mes deux filles en leur donnant une boîte pleine de différents matériaux. Ma question était la suivante : lequel d'entre eux utiliseriez-vous ? Les réponses, invariables, excluaient toutes la couleur blanche et la curiosité les poussait à jouer avec l'ensemble des matériaux. Nous avons donc décidé de créer des bâtiments de taille réduite, comparativement au grand hôpital Debré. La pénétration de la lumière dans les différents édifices, aux formes très variées, a été jugée prioritaire. La circularité de la façade permettait d'insonoriser le plus grand bâtiment, construit en brique de manière à le protéger du monde extérieur. Nous voulions également planter des grands arbres qui n'auraient pas besoin de vingt ans pour grandir. Les moyens d'éclairage externes étaient par ailleurs très importants.

Concernant l'introduction de l'art dans l'hôpital, notre travail visait à rendre accessibles et utiles les œuvres exposées, contrairement au schéma de collection artistique adopté par l'hôpital d'Amsterdam. Des affiches et des tableaux ont été posés sur les murs. Des photos d'un photographe français y figurent. Cependant, notre objectif premier consistait à créer une salle centrale composée de colonnes s'entrecroisant. Il s'agissait du seul lieu, où nous pouvions échapper à la règle consistant à prévoir suffisamment d'espace pour 2 000 chambres.

La primauté de l'enfant sur le patient apparaissait évidente, à l'instar des propos de mon collègue Richard Burton. L'adage vaut également pour le personnel hospitalier et pour les proches, tous aussi importants. Il n'a pas été simple de trouver des sculptures produites dans les délais impartis. Néanmoins, des statues de 8 mètres de haut, ressemblant à des dragons, peuplent aujourd'hui le jardin de l'hôpital. Le Conseil d'administration pensait que les enfants seraient effrayés, mais ces derniers l'étaient bien plus par la maladie. Ils descendaient donc jouer dans le parc avec ces statues.

Des œuvres d'art plus interactives ont également été installées. Un artiste a ainsi créé, pour le service de radiologie, des œuvres qui, si vous les touchez,

poussent comme des plantes ou sifflent à la manière des oiseaux. Un adulte doit s'agenouiller pour profiter de l'œuvre, conçue pour les enfants. Cette œuvre d'art, bruyante, gênait les membres du personnel. En revanche, les enfants la trouvaient très ludique. Elle leur permettait d'attendre en s'amusant.

D'autres propositions non pas été retenues. J'aurais en effet souhaité concevoir un lieu équipé d'un clavier projetant des formes sur un écran géant. Les membres du Conseil d'administration s'inquiétaient du type de projections que privilégieraient les enfants. Il s'agissait pourtant d'une très bonne idée rendant l'œuvre d'art plus accessible. Je terminerai par le film tourné dans le Jura et intitulé *Le retour du chapeau*. Une personne jette donc son chapeau qui lui revient sans cesse miraculeusement. Les enfants ne se contentent pas de regarder ce film et de quitter le lieu. Au contraire, ils se placent devant l'écran et s'inventent un personnage. Tous portent le chapeau de paille, déposé par l'artiste, qu'ils découvrent sur leur lit à leur arrivée dans l'hôpital.

## Questions et débats

### **De la salle**

Originaire de Londres, je suis désolée de ne pas avoir vu de photos du bâtiment de l'île de Wight. Concernant la rotation du personnel soignant, la première évaluation clinique de l'influence des arts sur les patients est aujourd'hui disponible. L'effet majeur touche à la stabilité supérieure du personnel, dès lors que leur lieu de travail est agréable. Pour revenir à Monsieur Malivel, j'aimerais savoir si vous ne disposez dans ce bâtiment que d'œuvres de Fernand Léger ?

### **Nicolas MALIVEL**

Monsieur Renaut a découvert qu'il existait des chapiteaux datant du XII<sup>ème</sup> siècle, entreposés dans les caves d'un musée d'un château normand. Il a donc fait valoir ses droits de propriétaire sur ces derniers. Ces chapiteaux polychromes sont aujourd'hui restaurés. J'ai terminé d'en dessiner les présentoirs d'exposition. L'art dans cet hôpital ne s'arrête donc pas aux œuvres de Fernand Léger. Il est vivant et évolue avec le temps.

## **Michel RENAUT**

Il est évidemment important de travailler d'abord et avant tout pour le patient. Cependant, il convient également de comprendre que le passé millénaire de cet hôpital, en dépit des destructions anglo-américaines opérées lors de la seconde guerre mondiale, reste riche et puissant. Une projection pertinente dans l'avenir passe en effet par une identification claire de notre passé.

### **De la salle**

L'environnement architectural et hospitalier est un élément clé du bien-être du personnel, à l'instar de la relation entre employé et employeurs. Cette satisfaction a un impact fort sur les soins reçus par le patient. Cependant, ce problème est insuffisamment intégré au programme d'architecture. Pourtant une gamme de services très variés existe au sein de l'hôpital. Un service de cardiologie n'est pas identique à un service de pédiatrie. L'hôpital doit donc repenser l'ensemble de son mode d'organisation. Les nouvelles technologies de l'information devraient l'y aider.

### **De la salle**

Si le patient doit en effet délimiter son territoire au sein de l'hôpital, la cohabitation entre les familles et le personnel est parfois très difficile au sein d'un espace réduit. Cette maltraitance découle d'une promiscuité trop grande. L'espace doit donc être repensé, au risque d'aboutir à une situation contraire à la qualité de vie des patients. En outre, nous sommes confrontés dans les hôpitaux pédiatriques français à des enfants de 0 à 18 ans. Il est remarquable, qu'au cours de ces journées, personne n'ait évoqué le cas des nourrissons qui constituent pourtant le quart de la population pédiatrique. Les adolescents, à l'inverse, posent un certain nombre de problèmes, dans la mesure où leur coexistence avec les enfants en bas âge n'est pas toujours aisée. Dans ce contexte, le Canada a adopté un modèle basé sur des tranches d'âge (0-2 ans, 2-4 ans...), dont nous pourrions nous inspirer. J'appellerais enfin les architectes à prendre en compte dans leur démarche les espaces de jeux extérieurs. Les enfants ne sont pas tous bloqués au lit. Ils se promènent et circulent. L'activité sportive et physique est trop souvent absente de la vie de l'hôpital, quand beaucoup de jeunes patients, même hospitalisés, ont besoin de se dépenser.

## **Richard BURTON**

Je partage entièrement cette opinion.

## **Pierre RIBOULET**

Plus d'éléments dépendent de la programmation que du programme d'architecture. Je rejoins cependant les préoccupations précédentes relatives aux espaces extérieurs. Pour remédier à ce problème, des terrasses bien protégées ont été installées au pied des chambres de l'hôpital Debré. Des espaces communs, une galerie, le jardin d'hiver et des salles de jour sont également en place. Le problème reste de savoir si le personnel soignant dispose d'un temps suffisant pour surveiller ces enfants qui joueraient à l'extérieur.

### **De la salle**

J'ai lu, Monsieur Riboulet, votre superbe livre que je conseille à tous les directeurs d'hôpitaux. Personnellement, j'interviens dans un établissement chaotique où la gestion antérieure cause encore de graves problèmes. La situation n'est donc pas idéale. Je soulignerai simplement que l'amélioration du cadre de travail du personnel s'accompagne parfois de sa destruction presque automatique. La négligence en la matière est fréquente.

### **De la salle**

Ne pensez-vous pas que l'on peut aller trop loin, comme dans le cas de l'hôpital d'Argentan ? Cela ne risque-t-il pas de geler l'introduction d'autres œuvres d'art ?

## **Nicolas MALIVEL**

Au contraire, il s'agit du début d'un mouvement. L'hôpital d'Argentan fonctionne avec le FRAC, un certain nombre d'œuvres d'art tournent donc dans l'hôpital.

## **Michel RENAUT**

Dans le restaurant du personnel, dans les escaliers, les œuvres sont signées Matisse et Braque. Des visiteurs ou d'anciens patients participent, en outre, au renouvellement de nos œuvres par des dons ou des prêts.

### **De la salle**

L'architecture de l'hôpital Debré m'a fait penser à celles des îles grecques. La référence est-elle explicite ?

## **Pierre RIBOULET**

La Grèce est un des fondements de notre culture. Cependant, l'idée des terrains successifs découlait de la déclivité du site, en très forte dénivellation. Par ailleurs, l'hôpital recouvrant l'ensemble du terrain d'une surface finalement réduite, j'ai pensé recomposer le terrain et refaire une colline construite et accessible par les jardins.

### **De la salle**

Les Néerlandais ont développé l'aspect ludique de l'art à l'hôpital. Les Anglais, de leur côté, ont insisté sur le côté humain. Quant à nous, Français, nous pensons trop à la pierre. Nous en oublions l'importance des services. L'exemple typique de ce stress généré par la densification reste le site de La Défense, où près de 200 000 personnes déferlent chaque matin au coude à coude. Le partenariat établi dans les hôpitaux doit donc dépasser le cadre du maître d'œuvre architecte pour passer à une logique pluridisciplinaire.

## Atelier n° 2 : Politiques publiques de la Culture à l'Hôpital

*Ont participé à cet atelier:*

*Peter SENIOR, Directeur d'Arts for Health (Royaume-Uni) ;  
Augusto MASSIELO, Responsable à Bari d'actions culturelles (Italie) ;  
Peter KAISER, Président de l'association Medi-Art (Allemagne) ;  
Jean-Jacques ROMATET, Directeur de l'hôpital universitaire Cimiez à Nice et responsable de l'association Hôpital 2001 ;*

*Jean-Luc BREDEL, Directeur régional des affaires culturelles de la région Alsace ;  
Jacques BUESCH, chargé des affaires culturelles à l'hôpital Belle Idée de Genève.*

*L'atelier était animé par Armand MORAZZANI, Directeur de l'hôpital Henri Guérin à Pierrefeu-du-Var.*

### Introduction

**Armand MORAZZANI  
Directeur de l'hôpital Henri Guérin à Pierrefeu-du-Var**

Nous nous interrogeons cet après-midi sur le thème des politiques publiques à l'hôpital. En effet, la culture constitue un service public, et l'hôpital, institution morale chargée d'une mission de service public, représente le lieu où s'exerce de manière privilégiée l'action publique – en l'occurrence culturelle.

Cette situation suscite difficultés et questionnements, notamment au regard du cadre européen de la nouvelle mission impérative qui nous incombe, à savoir celle de développer la culture en milieu hospitalier. L'inscription européenne de cette entreprise tout à la fois complique et rend fécond notre débat. Or, la problématique énoncée se pose en France aux niveaux institutionnel, financier et organique.

Ces diverses interrogations doivent permettre de donner sens à la notion de politique publique.

Pour ce faire, différents intervenants sont présents autour de moi. Je salue donc :



Peter Senior, directeur d'Arts for Health en Angleterre et qui nous entretiendra, à travers l'opération qu'il a promue, des spécificités de la politique culturelle à l'hôpital dans son pays ;

Augusto Massiello, responsable à Bari d'actions culturelles qui nous permettront de juger du cas particulier de l'Italie, en nous éclairant sur l'hétérogénéité apparente des expériences italiennes qui en réalité se rejoignent ;

Peter Kaiser, président de l'association Medi-Art en Allemagne, qui est à l'origine d'une importante enquête à caractère social sur un grand nombre d'institutions, et qui nous amènera également à nous interroger sur la mise en cohérence des politiques culturelles publiques ;

Jean-Jacques Romatet, directeur de l'hôpital universitaire Cimiez à Nice et responsable de l'association Hôpital 2001, qui évoquera les options qu'un responsable de haut niveau en milieu hospitalier public peut être conduit à prendre, et les principes spécifiques sur lesquels il peut les fonder, ainsi que la manière dont il entrevoit l'avenir de ce type d'initiatives en France ;

Jean-Luc Bredel, directeur régional des affaires culturelles de la région Alsace, qui lancera la discussion par le biais d'un éclairage particulier, et illustrera les interventions des différents participants.

Nous nous efforcerons de réserver un temps suffisant pour laisser s'exprimer ceux qui le souhaitent. La libre expression et l'imagination apparaissent en effet comme le passage obligé pour aboutir à une action publique culturelle en milieu hospitalier.

Je vous remercie et cède la parole à Peter Senior.

## Les politiques publiques, base contractuelle du partenariat entre culture et santé

Peter SENIOR  
Directeur d'Arts for Health (Royaume-Uni)

Je vous remercie.

J'aimerais réitérer certains propos fondamentaux dans le domaine de l'art et de la santé sur le plan international.

La réunion de la culture et de la santé pose un partenariat d'esprit et d'action, qui exige d'être construit par les politiques publiques. Malheureusement, ces

dernières, dans de nombreux pays, réagissent longtemps après les initiatives originelles. Or, ces politiques devraient constituer la base d'un contrat entre l'art et la santé. Je ne dispose pas d'exemple à cet égard. En revanche, un concept se pose comme fondamental : la politique en question doit reconnaître le rôle égal de l'art et de la santé. S'agissant du Royaume-Uni, une telle approche représente notre objectif depuis de nombreuses années. Ceci dit, cette ambition doit être précisée par les pouvoirs publics, qui sont les acteurs et les partenaires de ces projets.

Nous sommes très admiratifs devant les programmes de jumelage français, qui résultent de directives issues du Ministère de la Santé et de celui de la Culture. Toutefois, l'action de terrain est souvent très différente. Une coopération entre ces deux univers doit donc être mise en place.

Rendre une politique publique accessible à tous constitue un progrès notable vers lequel nous tendons, mais qui repose sur un processus mené à long terme. Les projets du Royaume-Uni recherchent tous un appui de la part du monde médical, qui, s'il est offert, doit être renégocié chaque année. L'aide est donc accordée *ad hoc*. Cette situation pose de nombreuses difficultés. Je suis donc impressionnée par la lutte que mènent continuellement nombre de coordinateurs culturels pour remplir leur mission.

La plupart des projets britanniques reposent sur des fonds privés, dont la mobilisation suppose une forte créativité. Les ressources financières ont donc une triple origine : le monde de l'art, le monde médical, et les sponsors qui comblent le vide restant.

J'espère donc pouvoir tirer un enseignement de l'expérience vécue dans d'autres pays pour améliorer la situation au Royaume-Uni.

## **Armand MORAZZANI**

Je remercie Peter Senior d'avoir expliqué en quoi, au-delà du pragmatisme britannique dont nous connaissons l'efficacité, la mise en cohérence des politiques publiques supposait une reconnaissance des animateurs et une pérennisation des engagements.

Je demanderai maintenant à Augusto Massiello de nous faire part de l'expérience italienne.

# Le droit à la culture pour tous, mais traité différemment selon les conditions économiques du lieu où il s'exerce

Augusto MASSIELO  
Responsable d'actions culturelles à Bari (Italie)

Je vous parlerai avec plaisir mais également avec quelque difficulté. Je m'excuse donc de ne pas bien parler français. En toute hypothèse, j'ai remarqué les gens ne s'entendent souvent pas lorsqu'ils parlent la même langue, parce qu'ils comprennent ce qu'ils veulent bien comprendre.

J'interviens en tant qu'être humain, même si j'exerce diverses responsabilités professionnelles. Je vous communiquerai donc mon expérience – plus précisément l'expérience italienne. Or, le fonctionnement de l'Italie représente un mystère pour les italiens eux-mêmes. Je ne vous l'expliquerai donc que difficilement.

La politique sanitaire italienne est complexe et sera désormais décentralisée au niveau des régions. Je vous fournis un exemple de nos difficultés. Il y a deux mois, ma mère est restée 48 heures dans un couloir du service des urgences en raison de la pénurie de lits d'hôpitaux dans un périmètre de 30 kilomètres. Vous imaginez donc la difficulté d'aborder le thème de la culture à l'hôpital dans ces conditions. Or, c'est justement dans cette situation que nous devons nous en préoccuper. Mais dans des pays tels que l'Italie, l'Espagne ou la Grèce, la problématique est nettement différente de celle qui existe dans des Etats comme la France, la Grande-Bretagne ou l'Allemagne.

Soutenues par l'Europe, de nombreuses expériences se sont pourtant développées en Italie de manière spontanée et anarchique. Ainsi, le Ministère de la Culture a organisé à Florence l'importante opération " Le clown à l'Hôpital ".

L'Italie du Sud est très différente de l'Italie du Nord : ainsi, dans la région des Pouilles, nous sommes presque plus proches de l'Afrique que de l'Europe. Nous bénéficions toutefois d'expériences intéressantes initiées par des artistes et des professeurs d'université. Une compagnie théâtrale a ainsi mis en œuvre l'opération " Pantins et Marionnettes " dans les services de pédiatrie hospitaliers. De même, un professeur de l'université de Bari a développé des actions centrées sur la musique - des concerts sont organisés pour les malades et leurs familles dans les cliniques – ainsi que des projets liés à la peinture et à la lecture. Cet universitaire tente actuellement de constituer un réseau avec les hôpitaux de la Région. Je ne parlerai pas de notre expérience théâtrale, parce que vous avez pu voir le spectacle hier.

S'agissant du débat sur la culture à l'hôpital, je m'interroge sur la manière dont l'humain peut faire vivre les hôpitaux, les prisons et les écoles, sans l'art et la culture. Le compositeur Nicolas Frize parlait hier du " droit du sol ", et expliquait qu'il ne connaissait les enfants qu'à l'Ecole et non dans les hôpitaux. Or, ces derniers constituent des lieux publics dans lesquels la culture doit être présente aussi. En effet, au sein de la personnalité humaine, la dimension professionnelle ne peut plus être distinguée de la dimension personnelle. Dès lors, si l'Homme est placé au cœur d'une problématique, l'art et la culture doivent être présents, quelque que soit la nature du " sol " en cause – public ou privé. Dans la mesure où aucune initiative ne peut être concrétisée sans financement, ce concept doit être davantage appliqué dans les nations qui connaissent des difficultés économiques.

Je vous remercie.

### **Armand MORAZZANI**

Je vous remercie de nous avoir ramenés à cet impératif catégorique qui exige de considérer le patient et l'agent hospitalier comme détenteur d'un véritable droit à la culture, lequel constitue une déclinaison des droits de la personne humaine.

Je donne maintenant la parole à Peter Kaiser, auquel succèdera notre ami Jacques Buesch, que j'ai omis de présenter tout à l'heure.

Peter Kaiser, avez-vous constaté en Allemagne, à travers votre enquête, à la fois une richesse de propositions et une nécessité de mise en cohérence des politiques publiques ?

## La nécessité d'une culture du dialogue à l'hôpital

Peter KAISER  
Président de l'association Medi-Art (Allemagne)

*L'intervenant s'exprime en anglais, traduit par une interprète.*

Je vous remercie. Je m'excuse de ne pas pouvoir m'exprimer en français.

Je mène depuis deux ans deux projets de recherche. Dans le cadre du premier, j'ai interrogé 400 patients et leurs familles. Ces dernières ont ainsi exprimé un besoin de temps et de compassion durant l'hospitalisation de l'un de leurs membres. Selon elles, l'hôpital ne se préoccupe que du patient et non de son entourage, qui ne peut communiquer avec le personnel médical. Or, la maladie d'une personne affecte la totalité de la cellule familiale : c'est comme si toute la

famille était malade. Dès lors, l'aide au patient implique de s'intéresser à sa famille, l'individu ne pouvant être coupé de son contexte naturel.

Je pense que l'hôpital doit promouvoir une culture du dialogue au sein de la famille, une communication inter-familiale ainsi qu'un échange entre le patient, sa famille et le personnel hospitalier.

L'étude menée l'an dernier a conduit à interroger des personnes liées à 160 hôpitaux allemands à différents titres : infirmières, médecins, directeurs administratifs, agents d'assurance... Très souvent, le problème principal ne semble pas provenir d'une surcharge de travail ou de l'état de santé du malade, mais plutôt d'une absence de communication avec les supérieurs hiérarchiques et de conflits internes aux établissements. Des formations en cours doivent donc permettre aux employés de dialoguer avec la hiérarchie. L'Allemagne exige à mon avis de promouvoir une culture favorisant un dialogue quotidien entre les patients et les professionnels de santé. A cet égard, l'engagement des employés et leur satisfaction dans le travail se révèlent être des facteurs essentiels de l'amélioration de la qualité des soins médicaux dans les hôpitaux.

En ce sens, un étudiant a fondé en 1996 l'association allemande Medi-Art, qui regroupe des hôpitaux, des cliniques des artistes et des patients, afin de promouvoir les activités culturelles dans les hôpitaux.

Dans la mesure où elles organisent ce type d'activités, les politiques publiques allemandes doivent être stimulées par des groupes citoyens.

S'agissant du financement de ces projets culturels, des regroupements de patients doivent tenter de réunir ponctuellement les fonds nécessaires.

L'Allemagne engage aujourd'hui une action de promotion de la culture à l'Hôpital. Des initiatives extraordinaires prennent forme : pièces de théâtre, concerts, expositions d'art, clowns... Toutefois, ces opérations ne sont possibles que si les individus sont stimulés. A cet égard, Medi-Art ne représente qu'un support initial d'aide à l'organisation et au financement public de ces activités.

Je vous remercie.

## **Armand MORAZZANI**

Je vous remercie de nous avoir rappelé l'importance du caractère interactif de la démarche, lequel confère toute sa richesse à l'expérience allemande, et d'avoir pointé la nécessité d'inscrire les opérations dans une perspective fédératrice, à travers la création d'associations telles que Medi-Art.

Je demanderai à Jacques Buesch, chargé des affaires culturelles à l'hôpital Belle Idée de Genève, si la situation de la Suisse est comparable aux expériences

évoquées, compte tenu de l'organisation administrative et politique particulière de ce pays. A ce propos, je conserve un excellent souvenir d'une conférence internationale qui s'était tenue à Bâle il y a quelques années, dans le cadre de la décennie du développement culturel promue par l'UNESCO, et en particulier de la promotion de l'art à l'hôpital. Cette conférence avait d'ailleurs constitué un tournant dans cette évolution.

## L'engagement personnel sur le terrain, condition de l'élaboration des politiques publiques

Jacques BUESCH

Je vous remercie. Je comprends que vous ne m'ayez pas introduit, parce que ma présentation pose quelques difficultés.

En effet, les conflits de compétence sont extrêmement importants en Suisse. La politique de la Santé relève à la fois de la Confédération Helvétique et des cantons. Quant à la culture, elle est le fait des communes et des villes. La culture à l'hôpital pose donc des conflits de compétences, d'autant que nous sommes confrontés au phénomène des territoires, qui définissent largement, par leurs spécificités respectives, les politiques publiques.

Comment résoudre ce problème ? Au-delà des politiques, des personnes doivent s'engager dans les structures. De cette manière seulement, nous pouvons espérer modifier les mécaniques existantes.

Pendant vingt ans, j'ai été directeur artistique de la Maison de la Culture à Genève. A ce titre, j'ai organisé de multiples expositions, édité de nombreux livres, et participé à toutes les aventures culturelles genevoises. Parallèlement, j'ai été député de la République et canton de Genève. A cet égard, j'ai été l'auteur de projets de loi sur l'encouragement à la culture au niveau cantonal, et sur les liens entre culture de l'Etat, des institutions et de la sphère privée. Par ailleurs, j'étais administrateur de l'Hôpital : je votais les budgets, nommais les directeurs, et prévoyais la politique à long terme des établissements publics. Enfin, j'étais membre du Fonds Cantonal d'Art Visuel et Décoration, équivalent des FRAC français qui achète des œuvres d'art et contribuent à accroître le patrimoine d'une collectivité.

C'est la connaissance profonde de tous ces mécanismes – celui de l'administrateur, du parlementaire... - qui m'a conduit à m'interroger sur la fécondité de mes activités. J'ai donc décidé de les interrompre pour devenir chargé des affaires culturelles pour les hôpitaux. Je suis donc passé du côté de ceux qui réalisent les actions qui ont été conçues par d'autres. Je vis une

expérience extraordinaire, en menant des projets dans les hôpitaux.

La différence entre ma condition antérieure et ma situation actuelle réside dans le fait que j'ai aujourd'hui l'autorité suffisante pour questionner les uns et les autres sur la justification de leurs actions. De la sorte, et face à la logique des territoires, je tends à instaurer une politique du débat et de la construction collective d'objectifs ainsi qu'une culture des projets et des réseaux fondée sur les compétences.

La connaissance des différentes institutions permet de lever certaines difficultés, notamment budgétaires. Genève est un canton riche. Nous mobilisons des fonds importants pour la culture à l'hôpital. Le budget hospitalier représente environ cinq milliards de francs français, dont cinq millions ont été attribués l'année dernière au développement de projets culturels spécifiques. Cette somme semble importante. Mais elle ne représente que 0,1 % du budget total, alors que l'objectif est d'atteindre 1 %.

Dans ces conditions, faire des projets de loi et concevoir des politiques restent des activités faciles. En revanche, garder l'exigence du débat et des réseaux sur le terrain, rester confronté à la réalité des projets se révèlent des tâches bien plus ardues. Dès lors, des personnalités doivent s'engager concrètement, parce que l'expérience empirique de la négociation et de la réalisation sont plus complexes que le vote d'un budget.

**Armand MORAZZANI**

Je vous remercie.

Je demande maintenant à Jean-Jacques Romatet si la transversalité des expériences évoquée par Monsieur Buesch constitue un gage de succès dans l'action administrative, et quelles limites cette approche recèle, s'agissant notamment d'une grande structure telle qu'un hôpital universitaire.

## La pratique partagée, condition d'une politique publique légitimante pour la culture à l'hôpital

Jean-Jacques ROMATET  
Directeur de l'hôpital Cimiez à Nice, responsable de l'association  
Hôpital 2001

L'approche évoquée par Monsieur Buesch représente un coût inestimable pour la collectivité.

Hier après-midi, dans une assemblée de personnels hospitaliers, nous réalisons le *débriefing* d'une crise majeure subie par notre centre à la suite d'un problème de qualité de l'air intérieur. Nous avons conclu que si des problèmes techniques restaient à résoudre, nous étions confrontés la nécessité d'une démarche culturelle forte. Nous devons en effet parfaire la relation du personnel à un outil de travail neuf ainsi que notre désir de travailler ensemble. Ainsi, si je ne connais pas le coût de l'inaction, j'ai pu en constater les dégâts.

En tant qu'être humain engagé et malgré ma qualité de directeur d'hôpital, je pense que la politique culturelle à l'hôpital constitue un facteur essentiel de la transformation actuelle du milieu hospitalier, de sa relation à la Ville, de la relation des agents hospitaliers avec les patients. Cet engagement nouveau représente une étape décisive de la redéfinition de la place de l'hôpital dans la Société.

En effet, s'agissant de l'évolution de l'hôpital en France, ce dernier manifeste un bouillonnement général. Les agents sont en grève, et nous nous préparons à des années de pénurie en personnel qualifié. En même temps, l'Hôpital est confronté à des questionnements nouveaux – en termes de qualité, de sécurité et de communication avec les malades.

Or, dans ce contexte, les pouvoirs publics français ont participé à la construction de l'édifice. La particularité du système français réside justement dans le fait que les hôpitaux sont à la fois autonomes et en dialectique permanente avec l'Etat. En cela, et au-delà de la dimension pratique du dispositif (déblocage de fonds, ouverture sur les équipements culturels...), l'initiative de lancement des jumelages prise en 1996 par le Ministre de la Culture a légitimé certaines démarches déjà prises par les hospitaliers. La place de la culture à l'hôpital a ainsi repris droit de cité. Par suite, certains projets d'établissement comportent aujourd'hui un volet culturel. Certes, les hôpitaux concernés ne sont pas nombreux, mais l'engagement personnel conjugué aux signes des pouvoirs publics encourage cette politique culturelle à l'hôpital.

Pour construire un projet et l'asseoir dans le temps, la tension entre les acteurs doit être animée et équilibrée en permanence. Cette exigence laisse apparaître le rôle essentiel des responsables culturels hospitaliers, qui doivent donner l'impulsion en la matière. Leur réussite ne tiendra qu'à leur légitimité aux yeux de tous les acteurs impliqués. De fait, l'idée de construction collective est au cœur du sujet. Or, cet impératif dévoile aussi la fragilité des responsables culturels à l'Hôpital : ces derniers ont pu être engagés en tant qu'emploi-jeune ou contractuel précaire. Les représentants de l'Etat devraient à cet égard donner un signe de pérennisation du développement de la culture à l'hôpital.

En tant qu'hospitaliers, nous devons faire preuve, au-delà du militantisme, d'une pratique partagée, qui suppose de se regrouper et de communiquer, voire de s'associer, pour qu'une véritable politique culturelle au service du changement de l'hôpital naisse des multiples projets individuels.



**Armand MORAZZANI**

Je vous remercie. Pour lancer la discussion, je me tourne vers Jean-Luc Bredel. En tant que représentant de l'Etat, ressentez-vous cette tension " névrotique " - à laquelle Jean-Jacques Romatet vient de faire allusion – selon laquelle l'hôpital attend des signes de l'Etat tout en étant jaloux de ses initiatives ? Pouvons-nous espérer que de cette névrose naîtra une attitude auto-réparatrice pour la culture à l'hôpital ?

## La culture à l'hôpital, déclinaison de la politique publique globale en faveur de l'accès à la culture pour tous

Jean-Luc BREDEL

**Directeur Régional des Affaires Culturelles de la Région Alsace**

Je ne sais pas si la tension est " névrotique ", mais ce type de phénomène est relativement fréquent dans nos sociétés. En toute hypothèse, je constate que les interventions successives – toutes fort intéressantes – trahissent des cultures fondamentalement différentes par rapport à la question de la culture à l'hôpital. Je tenterai par conséquent d'être " aussi français que possible ", de même que chacun a tenté de représenter son pays.

Catherine TASCA a rappelé hier quelle était la politique de la France dans le domaine de la culture à l'hôpital. Au risque de paraître politiquement incorrect, je dirai que les politiques publiques de la culture à l'hôpital ne constituent pas en elles-mêmes un axe stratégique spécifique de notre ministère. Au contraire, elles s'inscrivent dans le contexte général de la politique ministérielle : en effet, notre axe prioritaire réside en réalité dans la sensibilisation des publics à la culture, quel que soit le lieu où ils se trouvent, et quelles que soient les conditions géographiques, économiques et sociales. La culture à l'hôpital ne représente de fait qu'une déclinaison de cet objectif global, puisque l'hôpital constitue un environnement particulier dans lequel la culture et l'art peuvent notamment contribuer à modeler les relations entre les hommes. A ce propos, Peter Kaiser a d'ailleurs rappelé les difficultés de communication qui peuvent exister dans les établissements hospitaliers.

Les Français considèrent toujours la contractualisation comme un mécanisme bénéfique, parce que l'art et la culture à l'hôpital résultent d'un volontarisme partagé par les ministères et les porteurs de projets. Peter Senior a ainsi évoqué la nécessité d'un contrat de base entre la culture et la santé.

Dans la même optique, je pense qu'une politique exprime un volontarisme réel

et inscrit les opérations dans la durée. En revanche, je ne suis pas certain qu'une égalité absolue entre le monde de l'art et celui de la culture doive être posé. Je suis seulement sûr que la culture à l'hôpital suppose un compagnonnage entre les différents intervenants.

Je voudrais également rassurer Augusto Massiolo et Jacques Buesch sur la complexité de la répartition des compétences en la matière : avec ses strates administratives multiples, la France est elle-même confrontée à ces problématiques. Nous devons d'abord affirmer que la culture est un droit quel que soit le lieu, et donc notamment à l'Hôpital. Cet impératif est d'ailleurs posé dans la Convention passée entre le Ministère de la Culture et de la Communication d'une part, et le secrétariat d'Etat à la Santé et à l'action sociale d'autre part.

Pour cette convention, nous travaillons en dehors de tout objectif thérapeutique – je ne veux pas dire pour autant que la culture ne peut jouer un tel rôle.

En outre, la mise en place de projets culturels dans les hôpitaux nécessite l'intervention d'artistes d'un niveau élevé. La réalisation d'opérations intéressantes suppose en effet l'intervention de professionnels.

A travers le rapprochement entre culture et hôpital, nous souhaitons naturellement inciter à la fréquentation des établissements culturels. Mais par le jumelage, par l'échange entre militants du monde de l'art et du monde de la santé, et par le lien créé entre patients, artistes et médecins, nous contribuons surtout à rendre nos sociétés plus humanistes.

**Armand MORAZZANI**

Je vous remercie. Je souhaite maintenant donner la parole à la salle.

## Questions et débats

### **De la salle**

En tant que responsable culturelle dans un hôpital, je voudrais réagir sur la question de l'existence de " différences culturelles ". A l'écoute des intervenants originaires de différents pays, je me reconnais dans l'ensemble des propos qui viennent d'être tenus et ne ressens pas ces différences culturelles. Ce congrès constitue à mon sens une belle rencontre européenne. Je tiens à remercier tous les participants et à encourager tous ceux qui travaillent sur le terrain.

## **Armand MORAZZANI**

Je vous remercie de votre témoignage de satisfaction.

### **De la salle**

*La participante s'exprime en anglais, traduit par une interprète.*

Je suis coordinatrice d'un projet britannique et souhaite m'adresser à Augusto Massielo.

L'exemple de votre mère qui a attendu deux jours dans les couloirs pour se faire soigner tendrait à suggérer que la culture à l'hôpital constitue dans ces conditions une préoccupation d'importance secondaire. Or, l'art peut contribuer à améliorer la qualité du service rendu. L'évaluation des retombées de notre projet a ainsi mis en évidence que des économies pouvaient être réalisées en matière de consommation de médicaments. Vous avez vous-même admis cet atout de la culture.

## **Augusto MASSIELO**

Je suis tout à fait d'accord avec vous. Je corrigerai mon propos : si ma mère a attendu un lit pendant deux jours, c'est parce que la culture et l'art n'ont pas été présents à l'hôpital pendant des siècles – comme ils n'ont pas été présents à l'université par exemple. En effet, l'art ne renvoie pas seulement à la créativité, mais également au réalisme et à l'organisation. Par exemple, lorsqu'il a peint la Chapelle Sixtine, le grand peintre Michel-Ange a fait preuve à la fois d'imagination et d'esprit pratique, puisqu'il a dû collecter les fonds et sous-traiter les installations nécessaires à l'accomplissement de son œuvre.

## **Armand MORAZZANI**

Je vous remercie. Peter Kaiser et Jacques Buesch, souhaitez-vous réagir ?

### **Peter KAISER**

La mise en pratique d'activités culturelles à l'hôpital suppose surtout de modifier les paradigmes principaux des groupes professionnels – celui des médecins, qui sont très technocrates et axés sur la fonctionnalité. Or, ce type de réflexe n'est pas vraiment compatible avec un déploiement culturel. Un autre facteur de blocage réside dans la puissance du *lobby* pharmaceutique dans le système de santé, lequel influe sur le groupe des médecins, qui se répercute à son tour sur le volume de fonds consacrés aux projets culturels.

## Jacques BUESCH

Je vous propose d'autres pistes de réflexion.

Tout d'abord, l'art et la culture doivent faire l'objet d'une reconnaissance passant à la fois par l'appareil législatif, par des lignes budgétaires et par des projets concrets. 1 % du budget des collectivités publiques devrait pour le moins être affecté à la culture. J'ai lu dans *Le Monde* que la convention entre la culture et la santé portait sur 4 à 5 millions de francs environ. C'est une somme importante, mais qui doit être relativisée par rapport à la puissance économique de la France, puisqu'elle représente le montant attribué par le petit canton de Genève à l'hôpital pour ses projets d'une année.

Je ne saurais cependant critiquer la France, qui constitue un superbe exemple en la matière.

Ensuite, s'agissant de la fonction de l'art à l'hôpital, les chargés d'affaires culturelles ne doivent être soumis à aucune hiérarchie – médicale ou autre. Ils doivent certes travailler dans l'interdisciplinarité mais doivent bénéficier d'une autonomie suffisante pour concevoir et proposer des projets. Au cas contraire, ces derniers seront refusés dès lors qu'ils dérangeront une quelconque hiérarchie. Le problème principal réside dans ce point. Les acteurs des institutions culturelles, tout comme ceux de l'univers hospitaliers, agissent selon leur logique propre.

Or, précisément, l'art à l'Hôpital est confronté à l'alternative suivante : soit il est soumis à une double – voire à une triple – logique et sera nié, soit il dispose d'une autorité suffisante pour répondre aux attentes de patients et des professionnels hospitaliers. Dans ces conditions, les moyens accordés aux médiateurs culturels constituent la garantie de l'efficacité culturelle et artistique au sein de l'Hôpital. Dès lors, ils ne doivent pas servir à fournir un projet protégeant les intérêts de la Direction d'un hôpital ou d'une institution culturelle.

A Genève, je réalise actuellement un travail important sur les archives de l'Hôpital. Or, depuis 1900, l'art et la culture y sont présents : Dubuffet est venu à Genève en quête de l'Art Brut et a précisément trouvé dans cet hôpital des œuvres essentielles ; en effet, dès les années 30 et 40, l'Hôpital a abrité un musée composé d'œuvres réalisées par des patients et exprimant déjà le regard de ces derniers sur l'univers des soins ainsi que leurs propres attentes. C'est en faisant perdurer cette tradition que l'art et la culture pourront continuer à remplir leur fonction dans le milieu hospitalier.

## De la salle

*Le participant s'exprime en anglais, traduit par une interprète.*

Je viens d'Irlande. Depuis quelques années, nous appliquons en Irlande une Charte du Patient, dans laquelle l'art et la culture ne sont pas mentionnés. De fait, l'art et la culture constituent pour les malades un droit et non un privilège. Les efforts politiques doivent être tournés en ce sens, parce que le patient sera de ce fait responsabilisé face à la question de l'art et de la culture à l'hôpital.

Ce raisonnement engendre la question essentielle du financement des projets. Sans fonds, les organismes prêts à offrir leurs services ne pourront rien faire. En Irlande, ce problème est considérable.

J'aimerais donc que suite à cette conférence, nous élaborions une politique communiquée à tous les membres du Parlement Européen.

### **Maurice ROCHEX**

L'art existe à l'hôpital depuis longtemps. Or, que faisons-nous, dans les hôpitaux français, pour nous occuper de ses survivances ? Certains hôpitaux bradent à des antiquaires des objets de très grande valeur – tableaux de maîtres, tapisseries – qu'ils retrouvent dans les greniers à l'occasion de travaux. En effet, les hôpitaux représentaient autrefois la Maison de Dieu, à laquelle les gens offraient leurs plus belles pièces. Or, les œuvres sont laissées à l'abandon et aucun inventaire n'est réalisé. Un directeur d'hôpital qui brandissait un très beau plan de rénovation de son hôpital s'est entendu dire qu'in ne serait jamais mis en œuvre, parce que les bâtiments étaient classés Monument Historique. Mais son hôpital était tellement peu entretenu qu'il ne s'en était pas rendu compte.

Par conséquent, faire venir l'art à l'hôpital est une idée louable, mais nous devrions commencer par " mettre un peu d'ordre dans notre maison " et faire notre devoir de mémoire vis-à-vis de nos aînés. Certes chaque génération conçoit comme elle l'entend la nécessité ou non de conserver le travail des Anciens. Mais d'aucuns ne peuvent pas valablement prôner la sensibilisation des personnels hospitaliers à l'art si ces mêmes personnels délaissent et dilapident un patrimoine extraordinaire légué par leurs aînés.

Dans ces conditions, et parallèlement à l'entrée, dans l'hôpital, de l'art qui se trouve à l'extérieur, la Société Française d'Histoire des Hôpitaux souhaiterait voir protégé l'art existant déjà dans les hôpitaux.

### **Armand MORAZZANI**

Je vous remercie. Je suis contraint de mettre fin à cet atelier. Je remercie l'ensemble des intervenants de nous avoir apporté des contributions aussi pertinentes. Nombre de questions restent en suspens. Nous ne faisons donc que commencer la réflexion.

## Atelier n° 3 : La musique à l'hôpital

*Ont participé à cet atelier :*

*Lucia BENIMI, Musicienne, Fondation Livia-Benini de Florence (Italie) ;  
Elisabeth de la GENARDIERE, Directrice de l'Association Tournesol ;  
Philippe FANJAS, Directeur de l'Association française des orchestres ;  
Victor FLUSSER, Directeur du CFMI de Sélestat ;  
Diana GREENMAN, Music in hospitals (UK) ;  
Laurence HANNEBICQUE, cadre éducatif au service psychopathologie de l'enfant  
et de l'adolescent à l'hôpital Robert Debré de Paris.*

*En présence de Mathias MULLER, Violoniste à l'Orchestre Philharmonique de  
Strasbourg, intervenant clown musicien à l'hôpital de Hautepierre et Philippe  
DUBAN, du groupe Turbulences.*

*L'atelier était animé par Philippe BOUTELOUP, Directeur de Musique et Santé.*

### **Philippe BOUTELOUP**

Nous avons décidé de chambouler la chronologie habituelle des ateliers. Nous souhaitons, dans un premier temps, dire quelques mots sur les formes et modalités de la musique à l'hôpital, puis vous donner la parole pour que vous puissiez formuler des questions. Chacun des intervenants tentera d'y répondre en fonction de sa spécificité.

Nous observons, depuis un certain nombre d'années, des pratiques multiples autour de la musique, tant autour du concert qu'autour de l'animation d'ateliers réguliers ou ponctuels, plus ou moins organisés, dans le cadre de rencontres en salle de jeux, dans les couloirs, dans l'accompagnement au bloc opératoire, en réanimation... Les formes de ces rencontres sont multiples. Nous pouvons également évoquer la formation des équipes soignantes, et la singularité de cette rencontre pour les musiciens.

Toutes les expériences dont nous allons témoigner sont très riches parce que multiples. Mais elles posent également des questions. Dans quelles conditions ces ateliers peuvent-ils être menés ? Quels sont les financements possibles ? Mais la question essentielle reste celle du pourquoi : quel sens ces ateliers ont-ils pour les musiciens, pour l'orchestre, pour les soignants, pour l'hôpital ?

## **Jacques BERART, Directeur d'hôpital**

J'ai été conseiller pour la Musique au Ministère de la Culture, et je suis violoncelliste à mes heures. J'ai travaillé durant 6 ans au CHU de Rouen. Je faisais partie de l'orchestre du CHU et de la chorale. Nous avons chanté dans les milieux gériatriques et j'ai joué devant le personnel et les patients. Je souhaiterais soulever certaines difficultés concernant la place de la musique à l'hôpital. Tout d'abord, nous sommes en France et non pas en Angleterre, en Allemagne ou aux Etats-Unis. Le fait de venir avec un instrument de musique sur son lieu de travail paraît complètement atypique car ceci n'entre pas dans la culture française qui sépare les choses. Par ailleurs, une difficulté consiste dans le déplacement des malades. La durée moyenne de séjour est très brève dans les hôpitaux de courts séjours. Il est donc très difficile d'intéresser les malades, et encore plus de les déplacer. J'organisais de la musique de groupe, orchestrale et chorale. Nous devons donc déplacer les malades vers la salle dans laquelle nous jouons au sein de l'hôpital. Or ceci requiert une charge de travail supplémentaire pour les soignants.

## **Gérard KLINE, Directeur d'un centre de rééducation fonctionnelle à Strasbourg**

Les diverses expériences que nous avons menées au sein de l'établissement, en y amenant les arts plastiques et la musique, m'ont interpellé sur deux choses. La première est qu'il est, en effet, très difficile de déplacer les malades. En revanche, les quelques fois où une chorale est venue et s'est promenée dans chaque service, près de la chambre des malades, nous avons remarqué que l'intérêt était très différent. Tant que nous organisons des choses pour les malades, l'hôpital y participe dans la mesure où il y a un intérêt particulier de leur part. Cependant, d'autres choses semblent prioritaires pour l'hôpital. Néanmoins, le fait d'associer réellement les patients, enfants ou personnes âgées, rend la démarche très différente, et l'impact beaucoup plus important. Le patient devient acteur à son tour et non pas simplement spectateur. Il s'agit pour moi d'une révolution dans la manière d'introduire la culture, quelle qu'elle soit, au sein de l'hôpital.

## **De la salle**

Je suis originaire d'Allemagne et je chante avec des enfants. Or je ne sais pas comment organiser cette activité dans l'hôpital, car je suis également médecin. J'ai peur de déranger les enfants qui ne se sentent pas bien et je ne sais pas comment organiser cette activité avec plusieurs enfants, et non pas avec un seul enfant, dans leur chambre.

## **De la salle**

On nous parle beaucoup d'expériences en gériatrie, en psychiatrie et en pédiatrie, mais existe-t-il d'autres expériences dans d'autres milieux, comme en maternité ou en dialyse ? Dans ce cas, j'aimerais savoir comment ces expériences s'organisent.

## **Philippe BOUTELOUP**

Elisabeth de la GENARDIERE pourrait répondre à ces questions concernant l'organisation, puisqu'elle organise des concerts en milieu hospitalier depuis quelques années, pour les enfants ou adolescents et les personnes âgées.

## **Elisabeth de la GENARDIERE**

Je m'occupe de l'association Tournesol, qui existe depuis un certain nombre d'année. Au départ, notre idée était de faire se rencontrer l'artiste et la personne hospitalisée, sur les lieux de soins, dans le cadre de deux centres d'activités : les activités musicales et spectacles, et les cycles d'ateliers d'expression artistique. Notre souci était de nous adresser à l'ensemble de l'hôpital, et de ne pas privilégier un service, même s'il était preneur. Nous avons donc dû établir un protocole de fonctionnement avec la direction de l'hôpital et réfléchir au développement d'une véritable action culturelle, avant de faire des propositions sur le terrain, en collaboration avec les cadres de soin, et avec le personnel infirmier, pour que ces propositions entrent dans le projet de service, et, dans le meilleur cas de figure, dans le projet d'établissement.

Au fil du temps, nous avons monté des projets avec des musiciens professionnels, de préférence de haut niveau, et nous nous sommes rendus compte que les besoins, au sein de l'institution hospitalière, consistaient à ne pas trop déplacer les gens. Ainsi, des concerts exceptionnels dans des lieux où il fallait se déplacer étaient très difficiles à organiser. En revanche, les concerts dans les services de soins étaient très demandés. Nous avons donc développé une politique de concerts itinérants dans les services, avec deux ou trois musiciens. Nous avons commencé dans des hôpitaux généraux, puis nous nous sommes rendus dans des hôpitaux de long séjour et en moyen séjour de rééducation. Nous avons trouvé une très forte demande dans les hôpitaux généraux, aussi bien de la part du personnel soignant, qui se sent soutenu dans ses relations avec les malades, que des personnes soignées ou de leur famille.

Sur un plan technique, lorsque nous faisons un concert itinérant dans un service, nous nous rendons dans une salle d'attente, dans un coin du service, et nous tentons de délimiter un espace de concert, un moment d'intimité, de manière à que ce moment soit séparé du temps de l'hospitalisation. Nous présentons les musiciens, les musiciens présentent les œuvres, et s'ensuit une demi-heure de



vrai concert. Le travail du personnel est fondamental. Les invitations sont souvent réalisées avec la communication de l'hôpital ou un service d'animation quand il existe. Le personnel de soin incite aussi les malades à se déplacer hors de leur chambre lors du concert, à sortir de la logique du malade, pour venir, dans un geste actif, assister à ce concert. L'encouragement du cadre est très important. Ainsi, nous réunissons en moyenne une douzaine de personnes. Ensuite, nous pouvons aller dans les chambres car certaines personnes hospitalisées le demandent.

### **Philippe BOUTELOUP**

En effet, certaines personnes sont alitées et leurs déplacements sont réduits. Par ailleurs se pose le problème des locaux. Existe-t-il un lieu spécifique où nous pouvons donner des concerts ? Ceci n'est souvent pas prévu sur le plan architectural. Ainsi, un nouvel hôpital est construit à Strasbourg et il semble que rien ne soit prévu dans ce cadre, ce qui est dommage. Nous devons encore faire avancer des choses sur ce plan.

Nous pouvons demander à nos amis italiens, qui fonctionnent sur un mode plus déambulatoire, d'évoquer d'autres formes d'intervention en hôpital.

### **Lucia BENINI**

Nous avons organisé des concerts à l'hôpital des enfants de Florence pour les enfants, et par les enfants. Nous avons été confrontés au même problème d'organisation car seule une salle existe et une grande partie des enfants ne pouvaient pas se déplacer dans cette salle. Nous avons tout d'abord joué le concert dans une salle particulière pour les enfants qui pouvaient s'y rendre. Ensuite, de petits groupes se sont formés dans l'orchestre et les enfants sont allés jouer dans les différentes unités de l'hôpital. Deux ou trois musiciens allaient jouer dans les chambres. Une action commune a été créée pour les enfants malades. Les enfants peuvent ainsi jouer avec les instruments des musiciens. Ainsi, les musiciens jouent chaque jour avec les enfants dans le service d'onco-hématologie.

### **Philippe BOUTELOUP**

Nous retrouvons toujours deux aspects : faire pour les enfants, les adultes ou les personnes âgées d'une part, et faire avec eux d'autre part, ce qui nécessite un matériel et des conditions techniques très différentes, ainsi que des compétences particulières.

Je souhaite que Diana Greenman nous explique comment une telle organisation se met en place en Grande-Bretagne.

## **Diana GREENMAN**

La musique à l'hôpital existe depuis 50 ans. Nous avons donc pu apporter de la musique de haute qualité, et donc la joie et les effets thérapeutiques, aux enfants et aux adultes, dans tout type d'hôpital, hospice, centre de soins ... Nous organisons plus de 4 000 concerts par an à travers tout le Royaume-Uni et nous faisons appel au service de musiciens professionnels. Chaque musicien est sélectionné au cours d'une audition. Nous avons 300 musiciens répartis sur l'ensemble du territoire, et auxquels nous pouvons faire appel pour organiser un concert. Les musiciens doivent être de bons communicateurs et d'excellents musiciens. En effet, la compétence en termes de communication est très importante pour les personnes handicapées et malades. Nous faisons appel à de petits groupes de musiciens, et nous leur demandons de jouer de mémoire, sans partition, ce qui constitue une barrière entre musiciens et avec les patients. Un contact visuel doit être établi avec le patient, qui doit être impliqué dans la musique, quelle qu'elle soit. En fin de concert, nous demandons aux auditeurs s'ils souhaitent entendre un morceau en particulier. Nous demandons au public de participer, de chanter de taper des mains ou de danser. Les personnes souffrant de forte incapacité ne peuvent participer mais leur visage traduit leurs réactions et montre que cette expérience leur apporte quelque chose. Les enfants en tirent un bénéfice énorme. L'un de nos musiciens, un harpiste, place souvent les enfants à côté de sa harpe pour qu'ils sentent les vibrations de l'instrument et apprécient la manière dont la musique en sort. Lors d'un concert récent, qui a eu lieu à Londres, une dame qui souffrait d'une grande douleur était effondrée dans son fauteuil roulant, mais, lorsque la musique a commencé, elle suivait le rythme avec ses doigts dans son giron. A la moitié du concert, elle était bien dressée, et, à la fin du concert, elle agitait un drapeau britannique et participait à un chant patriotique avec un grand sourire. Tel est l'effet de la musique *live* chez les patients. Cette musique participe à la guérison, améliore le moral et atteint des profondeurs qui ne sont pas à la portée de la médecine traditionnelle. La musique stimule chacun des sens.

Nos musiciens jouent dans tous types de salle, et vont au chevet des personnes qui ne peuvent se déplacer dans les hospices. Ainsi, la musique est souvent la dernière chose qu'entend un patient avant de mourir. Je peux vous citer en exemple une incitation typique dans un hospice où un concert avait été donné par l'un de nos musiciens. Une malade avait dit le matin même à l'infirmière qui la soignait qu'elle pensait ne pas pouvoir affronter une nouvelle journée. Or, après avoir écouté le concert, qu'elle a trouvé très beau, cette personne était heureuse de vivre. Nos musiciens apportent la joie et l'énergie aux gens dont l'existence a été privée des joies quotidiennes en raison de la maladie, de la vieillesse ou des problèmes mentaux. Or chacun doit connaître cette expérience dans sa vie.

En terme d'organisation, le centre de soin ou l'hôpital nous contacte pour nous dire qu'ils souhaitent organiser un concert tel jour. Nous fournissons des concerts

à tout moment de la journée et tous les jours de la semaine. Nous nous adaptons aux besoins de l'hôpital. Lorsque nous faisons appel à des sources charitables, nous obtenons des moyens de financement pour organiser des concerts gratuits.

### **Philippe BOUTELOUP**

Je souhaite demander à Victor Flusser, qui est Directeur du Centre de formation de musiciens intervenants, ce que comporte cette formation. Je pense que cette formation est un complément d'enseignement pour des musiciens, qui sont déjà diplômés en tant que tels, mais qui viennent se spécialiser sur cette question de l'enfance. Il s'agit d'une expérience nouvelle par rapport aux CFMI, qui sont au nombre de 9 en France. Quel est le sens de cette implication pour un musicien, dans ce contact avec la maladie ?

### **Victor FLUSSER**

Je souhaite évoquer certaines choses qui me tiennent à cœur et qui, je pense, animent l'esprit du travail que nous tentons de développer au CFMI de l'université Mark Bloch, et qui sont devenues encore plus claires dans le cadre des expériences que nous menons dans les hôpitaux de Colmar, de Strasbourg ou de Bischwiller. Tout d'abord, nous avons deux pôles, et nous devons faire le grand écart et revendiquer ces deux pôles : le premier consiste à croire que, toute action, à travers la musique, doit revendiquer la musique comme un langage et toute l'exigence artistique qui est impliquée dans la musique. Mais, en même temps, nous devons revendiquer toute la responsabilité de la relation. Les actions musicales oscillent entre la Musique, avec un M majuscule, et les animations musicales, et ne sont ni l'un ni l'autre. Mystifier l'objet musical comme un bien en soi, ce qui a été fait hier par Monsieur Sicard, qui a, de façon brillante, dénoncé le kitsch et la vulgarité dans les services, ce en quoi je suis d'accord, constitue également un danger. En effet, l'art doit être entièrement revendiqué, mais toujours en même temps que la relation.

Par ailleurs, la question terminologique est importante. On parle de " fausses notes " en musique. Or nous inscrivons dans le domaine de la morale des problèmes qui sont de l'ordre de la technique. On ne parle pas de notes erronées, on parle de notes fausses. Mais la faute en musique n'est pas nécessairement le sol qui est un quart de temps trop haut. La faute est ailleurs. Elle est dans la relation. Nous avons tous entendu des enfants ou des amateurs jouer de la musique avec de nombreuses notes qui étaient à côté. Mais c'était vrai et juste. Et nous avons tous entendu de professionnels qui jouaient toutes les notes. Et c'était profondément faux. Je pense que l'expérience hospitalière m'aide énormément à réfléchir à cela avec mes étudiants.

En travaillant au sein de l'hôpital, je me suis intéressé à quelque chose. Les

médecins et les infirmières sont supposés soigner. J'ai donc réfléchi aux origines du mot "soin". Le mot "soin" vient du mot latin "curare", qui signifie également "être curieux". Ainsi, être curieux et soigner sont les mêmes mots. Or, si nous voulons que la musique soit un élément de la relation, cette relation doit se baser sur cette profonde et réelle curiosité de celui avec qui nous sommes. En italien, on dit "incurare" qui signifie "être négligent". L'absence de curiosité est une faute. Ces questions sont fondamentales. Prendre soin, soigner, signifie s'intéresser à celui qui est face à nous : enfant alité, groupe d'enfants dans une salle de jeux, médecin, infirmière, personne de l'administration, des cuisines. Ceci, à condition que le côté médical soit aussi revendiqué.

### **Philippe BOUTELOUP**

Cette justesse d'intention, qui est différente de la justesse médicale, dans ces conditions de la rencontre entre la musique et un public, me semble en effet fondamentale.

Je souhaite demander à Philippe Fanjas, qui est administrateur général de l'Orchestre national d'Ile-de-France, et en même temps Directeur de l'Association française des orchestres ce que signifie pour lui un engagement sur un terrain comme celui de l'hôpital.

### **Philippe FANJAS**

La double casquette est difficile à assumer. En effet, en France, il ne se passe pas grand chose dans la relation entre le milieu hospitalier et les institutions orchestres. Des expériences sont menées par différents orchestres, avec un premier problème, qui est celui de la forme musicale. L'orchestre, *a priori*, regroupe 20, 50, 100 musiciens, et il existe à travers cet effectif important. Or nous avons évoqué le problème des salles de musique dans les hôpitaux. Ce premier problème porte donc sur la forme même de nos structures. Néanmoins, dans certaines formations, comme ceci est le cas dans le cadre de l'Association des orchestres, nous nous disons que nous ne pouvons pas passer à côté de la vie. En effet, nous avons une mission de service public, financée sur fonds publics, consistant à faire de la création et de la diffusion de musique symphonique. Or le rôle de l'institution peut être d'aider à mettre en place des relations entre le milieu hospitalier et l'orchestre, qui servent aussi de révélateur pour chacun d'ces musiciens. Dans le principe, être musicien d'orchestre, c'est être une sorte d'intermédiaire. Pourquoi ne pas pousser cette logique, au-delà de la musique, à la relation au malade.

Ainsi, dans l'Orchestre National d'Ile-de-France, nous avons engagé un projet avec un centre qui accueille des polyhandicapés. Or ceci a pu être fait grâce à un nouvel intermédiaire, celui de Musique et Santé. En effet, les musiciens ne sont

pas des spécialistes du soin et inversement. Nous avons donc besoin d'un intermédiaire qui aide à la mise en relation, et à la concrétisation du projet. Musique et Santé travaille avec nous sur ce projet, avec des interventions très régulières auprès des enfants malades et nous intervenons par ponctuation, comme des bouffées d'air extérieur. Deux musiciens motivés et très impliqués font environ cinq visites par saison dans l'établissement en question. Ensuite, se pose le problème du transport, puisque notre objectif est de faire en sorte que les enfants puissent sortir, pour assister à une répétition, et à un concert. Outre ce rôle de révélateur par rapport à des personnes humaines, que sont les musiciens qui s'impliquent dans ce projet, c'est également la normalisation et la responsabilisation de l'enfant malade qui sont importantes. En effet, l'enfant va être lui-même entraîneur de sa propre famille ou du personnel soignant. En effet, la demande qui émane des enfants à partir du moment où ils ont commencé à avoir cette relation à la musique est spectaculaire dans la transformation même de l'attitude de l'enfant. Lorsque l'enfant entend ses parents lui annoncer qu'ils iront au concert dans un mois, leur attitude est spectaculaire. Par ailleurs, l'émotion des musiciens qui se retrouvent, presque malgré eux, embarqués dans une aventure qui les dépasse, et qu'ils assument, est très importante. Ce bouleversement est donc réciproque.

### **Philippe BOUTELOUP**

J'ai assisté à un atelier avec ces solistes. Or j'ai été surpris de voir ces grands musiciens s'éclater à faire des choses simples et être heureux de pouvoir échanger avec des enfants, qui, malgré ce handicap moteur et mental pour certain, très lourd, prenaient un plaisir énorme. Ils ne faisaient non pas simplement pour, ils faisaient aussi avec. Or cette justesse d'intention m'a frappé car ce plaisir était partagé.

### **Philippe FANJAS**

Il s'agit d'une question de sens. L'acte musical prend un autre sens que lorsqu'il est joué au sein du groupe. Il prend le sens de la confrontation directe, ce qui est révélateur à la fois pour le musicien, pour le malade et pour la musique elle-même. Il n'y a plus aucun masque, ni d'un côté, ni de l'autre.

### **Philippe BOUTELOUP**

Je m'adresse à présent à Laurence Hannebicque pour savoir ce qu'un tel travail apporte à l'équipe hospitalière.

## **Laurence HANNEBICQUE**

Tout d'abord, pour que le projet marche, il faut qu'il soit élaboré avec l'équipe et qu'il n'arrive pas déjà construit. Le jumelage qui a été mis en place depuis deux ans marche bien car nous en avons discuté ensemble. En effet, le service de psychopathologie de l'hôpital Robert Debré comprend 46 lits, divisés en 5 unités. Nous avons voulu décroisonner ces unités. Ce projet devait concerner tous les enfants, quels que soient leur âge, leur pathologie, ou leur durée d'hospitalisation. Le projet était constitué, dans un premier temps, d'un concert à la Cité de la Musique, où toute l'équipe s'est rendue, avec les patients, les médecins soignants, et même quelques enfants de médecins. Ensuite, nous avons mis en place un rendez-vous mensuel. Or cet événement, qui bouscule la routine, crée une émulation dans le service. En effet, lorsque les musiciens débarquent, il faut déménager les tables pour les installer. De plus, les soignants jouent avec les enfants, ce qui est très important.

## Questions et débats

### **Marilyse PERRACHE, Soliste à l'Orchestre de Bretagne**

Lorsque je suis arrivée dans l'Orchestre de Bretagne à Rennes, étant moi-même sensibilisée à ce projet de musique à l'hôpital, j'ai proposé à mon administration ce type d'intervention. Or cette administration n'était pas du tout sensibilisée à ce projet et j'ai entendu des choses assez désagréables en retour. En désespoir de cause, j'ai moi-même créé une association pour faire ce genre d'intervention à l'hôpital. Je me suis tournée vers mes collègues de l'Orchestre, qui comportait un vivier très intéressant sur le plan technique. Cependant, au niveau du cœur, je me suis heurtée à des barrières incroyables. En effet, nous parlons beaucoup de musique et de technique, mais nous apportons avant tout de l'amour, au sein de hôpitaux. En effet, à mon sens, par manque d'amour, ces patients en sont arrivés à devenir très malades. En tant que musicien, à travers notre art, nous pouvons leur redonner goût à la vie. Or tout cela ne s'apprend pas dans les laboratoires, ni même dans les écoles de médecine. Je pense que tous ceux qui ont des responsabilités dans ce milieu peuvent donner cette impulsion. Ainsi, Monsieur Fanjas doit faire comprendre aux orchestres français qu'ils ont une mission de service public. Nous devons donc apporter cette musique et cet amour à ceux qui en ont besoin. Mais tant que la volonté politique ne sera pas présente, je pense que le blocage se poursuivra. Je vous demande donc à tous d'utiliser votre pouvoir pour ouvrir les consciences.

## **Philippe BOUTELOUP**

Nous n'allons pas polémiquer sur votre interprétation de la maladie, qui a fait réagir la plupart des médecins présents dans la salle.

## **Peter VISANT, Directeur de l'École nationale de musique et de danse de la Haute Loire**

Je suis très content d'entendre les propos de ma collègue. Nous menons depuis six mois une action avec l'hôpital Emile Roux, au Puy-en-Velay. Or nous sentons que les enfants sont très volontaires pour porter secours aux patients. En revanche, nous rencontrons un obstacle au niveau des adultes, tant chez les parents que chez les professeurs. Je pense que ce que vient de dire Madame est très justifié. Il y a une grande crainte dans cette obstination à ne pas voir le côté cœur. Mais tant que les missions de nos institutions pédagogiques ne sont pas redéfinies à la lumière de la société, qui va être notre partenaire, tant que nous disons, dans une école de musique, que le but est l'apprentissage de la musique, et non pas le rapprochement des gens à travers la musique, ou la danse, nous en serons toujours au même point dans dix ans.

## **De la salle**

J'entends parler de musique. Or il s'agit ici de la musique classique. Vous avez parlé d'orchestre, de grands interprètes de quatuor... Je souhaite savoir, en tant qu'Africain, si les autres musiques ont droit de cité.

## **Elisabeth de la GENARDIERE**

Il est vrai que, dans un premier temps, nous avons surtout travaillé dans le cadre de la musique classique, ou du moins avec des personnes qui avaient une formation classique, même si elles ne proposent pas uniquement des répertoires classiques. Mais nous nous sommes rendus compte que, devant la diversité des publics, il y avait une certaine curiosité pour la musique populaire ou classique des autres pays, ce qui permet de connaître les racines des autres ou de découvrir ses propres racines. Ceci nous a amené à diversifier nos répertoires, tout en conservant du classique. Certains artistes nous ont aussi fait des propositions concernant des lectures, ou de la danse mises en musique. Cette diversité me paraît très importante car chacun a son langage.

## **Philippe BOUTELOUP**

Nous avons travaillé avec des personnes comme Jean-Jacques Milto, qui font du blues, avec des musiciens de jazz... Nous nous sommes axés sur la musique classique, mais les variations sur cette musique sont très diverses. Nous devons aller vers la musique au sens de forme d'expression. Nous avons parlé des voyages autour du monde à travers la percussion. Par ailleurs, un travail de résidence a été fait avec Gaston Sylvestre, musicien contemporain, à l'hôpital Hautepierre.

Philippe Fanjas souhaite peut-être répondre à la remarque concernant le rôle de l'institution musicale.

## **Philippe FANJAS**

Cette question est importante car elle renvoie à beaucoup d'autres. Il s'agit de la question du rôle d'une institution et en particulier de celui de l'institution Orchestres. Or cette institution a certes des responsabilités, mais elle a peu de pouvoirs. Dans le fonctionnement d'une institution lourde, qui comprend une centaine de salariés, il existe des priorités, qui sont la source du financement : créer, produire, diffuser. Or ces seules priorités sont un enjeu redoutable. Au jour le jour, la plupart des très grosses institutions sont à la recherche de financement leur permettant de boucler ces projets prioritaires. Néanmoins, tout dépend des ressorts individuels que nous pouvons trouver dans ces structures. La Direction d'un orchestre peut-être ou pas sensibilisée aux questions de relations entre la musique et l'hôpital. En revanche, le temps joue très favorablement dans ce sens. En effet, depuis une dizaine d'années, dans un secteur qui n'est pas celui de l'hôpital, mais qui est celui des missions éducatives de l'orchestre, une multitude d'opérations nouvelles se sont montées, construites autour d'une véritable réflexion. Or cette réflexion est en train de s'affiner et de se préciser. Je suis là aujourd'hui pour montrer que nous pouvons avoir comme perspective de travail dans les années à venir le fait de développer la présence de l'orchestre dans la cité.

## **Docteur MASSON**

Je suis pédiatre à l'hôpital de Colmar et je soigne tous ceux qui sont malades " par manque d'amour ". Nous travaillons avec Musique et Santé. Or il existe une différence énorme entre les interventions au niveau de l'enfant et les interventions au niveau de l'adulte. L'enfant recherche davantage à faire avec qu'à être spectateur ou auditeur. Si les soignants et les médecins sont motivés, nous trouvons toujours les moyens financiers. Concernant les locaux, vous ne devez pas vous attendre à trouver des salles de concert dans les hôpitaux : ceci est utopique car nous n'avons même pas de salle d'attente. En revanche, nous pouvons pousser des lits et installer un orchestre.



Je précise qu'il n'est pas évident d'intervenir dans un hôpital. La bonne volonté d'un orchestre ne suffit pas. En effet, les personnes sont paumées lorsqu'elles arrivent dans un service. Il est donc nécessaire d'avoir une formation très spéciale. Lorsque nous montons une école dans un service, nous demandons aux professeurs des écoles d'avoir une formation spéciale. Il ne faut donc pas reprocher à un orchestre de ne pas vouloir aller dans un hôpital, car l'hôpital fait peur.

### **Philippe BOUTELOUP**

Je souhaite demander à nos amis anglais et italiens s'il existe un travail d'accompagnement des musiciens au-delà de l'acte musical.

### **Diana GREENMAN**

Du point de vue de notre institution Musique à l'hôpital, il est essentiel que les musiciens aient un très large répertoire lui permettant une certaine souplesse, afin de répondre aux besoins de cette vaste gamme de culture qui est représentée dans un public hospitalier. Nous tenons des ateliers à l'intention de nos musiciens. Nous avons également un petit opuscule que les musiciens doivent lire avant de commencer à travailler. Dans l'environnement hospitalier, nos musiciens doivent être capables de s'adapter à la routine hospitalière. Ils doivent continuer à jouer malgré tous les dérangements dont ils peuvent être l'objet. Les musiciens nous disent que les représentations en hôpitaux sont beaucoup plus exigeantes que devant un public traditionnel mais qu'elles sont aussi beaucoup plus enrichissantes, puisqu'ils apportent la salle de concert aux patients.

### **Lucia BENINI**

Les musiciens qui jouent dans notre hôpital ont suivi une préparation, mise en place par le médecin psychiatre américain Gianpolschi, intitulée " La guérison des attitudes mentales ". Ce thème est très important pour apprendre à recevoir les choses avec positivité.

La formation du groupe d'animation musicale est très hétérogène. Nous y trouvons des musiciens sortis du conservatoire, ou des amateurs qui suivent des cours de médecine, d'architecture, de science et d'éducation. Par ailleurs, nous trouvons certains jeunes qui ont été ou qui sont toujours suivis par le service. Il s'agit d'un apport précieux, tant pour le groupe que pour le bénéficiaire d'animation musicale, car ces musiciens ont été de l'autre côté de la barrière.

Nous avons adopté une déontologie commune nous pliant à la nécessité objective de rendre uniforme le type d'intervention artistique, du moins au

départ, en donnant le maximum de qualité à notre intervention, sur le plan humain. Nous avons pris pour base principalement la méthode " Musique art thérapie dans la globalité de langage " créée par Stéfania Guerilisi et les grandes lignes de la méthodes dite " La guérison des attitudes mentales créée par le psychiatre américain Gianpolschi. Cette méthode se propose de fournir les moyens permettant de faire face aux situations plus ou moins difficiles que la vie nous réserve, surtout quand nous entrons en contact avec des personnes affectées par des maladies ou des handicaps graves et leur famille. Elle prend pour point de départ le coût emphatique, dans un sens large, et la capacité de partager nos propres émotions avec celles des autres de façon créatrice, sans donner aucun aval à des jugements ou à des préjugés de toute sorte.

### **Philippe BOUTELOUP**

La semaine dernière, lors de la résidence à Strasbourg des musiciens du Centre de formation, Victor Flusser a demandé à une psychologue de venir un après-midi dans la semaine et d'être disponible pour les musiciens. Tous les musiciens en riaient, car ils disaient ne pas avoir de problèmes. Or le jour où cette psychologue est venue, il y avait une file d'attente devant sa porte. Nous avons donc pensé que notre intention était juste. Je pense que cette rencontre avec la maladie, le handicap, ou la mort, du côté des enfants ou des adultes, nécessite, au-delà de la formation professionnelle, un accompagnement particulier.

### **De la salle**

Je suis joueur d'orgue de barbarie et j'ai créé une structure, à Grenoble, en direction des service médico-sociaux, avec une offre assez pertinente au niveau du prix, ce qui est très important. Je fais une partie du travail de création dans ce cadre puisque je perfore également les cartes pour l'orgue de barbarie. Je souhaiterais savoir s'il existe une structure en France qui diffuse à l'ensemble des milieux hospitaliers ou médico-sociaux un recensement de telles actions.

### **Philippe BOUTELOUP**

Ces actions sont encore très informelles. Il existe des réseaux, qui se créent par connaissance ou par affinités. Mais il n'existe pas de réelle structure, exceptée la Cité de la Musique, qui rassemble un certain nombre d'informations au niveau du centre de documentation. Il n'existe pas de recensement précis d'offres et de demandes.

## **De la salle**

Si le monde des arts accepte d'entrer à l'hôpital et de faire partie de notre équipe pluridisciplinaire, il existe également des compétences dans l'hôpital. Ainsi, dans notre service de gériatrie, certains gériatres tentent d'accompagner les musiciens qui viennent se produire. Nous sommes demandeurs de telles animations, même si nous avons beaucoup de mal à les gérer du fait des problèmes d'effectif. Si des personnes sont volontaires pour se lancer dans ces animations, nous mettrons les moyens nécessaires.

## **Philippe BOUTELOUP**

Je souhaite reposer la question qui nous intéresse tous à Victor Flusser, concernant l'idée du sens.

## **Victor FLUSSER**

Certaines choses m'interpellent. Tout d'abord, la question du cœur, que j'essaierai d'éclairer par la question du sens. La question que Diana a posé en disant que chaque musicien amenait la salle de concert au chevet du malade me pose aussi problème. Je voudrais tenter d'appréhender ces questions d'un seul point de vue : celui du sens. Je pense que le sens de ce que nous faisons est le résultat de cette rencontre entre un musicien et cet autre. Je me suis intéressé au problème de l'étymologie, car je pense qu'un mot en cache un autre. Je me suis donc intéressé à ce qui nous motive. Nous disons que nous allons dans un hôpital car nous avons le désir de le faire, parce que nous voulons aider, parce que nous nous sentons responsables. Je me suis donc demandé ce que signifiait le mot " désir ". J'ai été très étonné d'apprendre que " désirer " est le contraire de " considérer ". En effet, " considere " s'oppose à " desidere ". " considere " correspond à l'acte que pratiquaient les marins du Moyen-Age avec les étoiles pour trouver leur nord. Or, lorsqu'il y avait des nuages, ils " de-sidere ", car ils ne voyaient plus les étoiles. Je pense que le sens peut se trouver uniquement si l'on " con-sidere ", et considérer est justement trouver l'autre. C'est ce que Martin Buber, philosophe juif appelle " dire tu à l'autre, et non ça ". il ne s'agit pas du malade, ou du médecin, il s'agit d'un tu. Dans la mesure où je tutoies la personne, je peux la considérer et trouver le sens. Ainsi, tout ce qui va sortir de cette relation est toujours une aventure. Ce n'est jamais quelque chose de préécrit. Je ne sais pas, en tant que musicien, où je vais lorsque je crée cette relation. Je sais simplement que j'ai toutes mes compétences musicales et mon savoir technique. Mais c'est seulement dans cette relation que je trouve le sens. Or ceci doit être appris et ne peut être fait uniquement par générosité. Il faut apprendre à être capable d'apprendre. Sinon, nous répétons des schémas et le musicien dans sa bulle fait des concerts. Or nous ne sommes plus en situation de concert dans cette nouvelle façon de penser la musique. Je pense qu'il s'agit d'un enjeu qui, tant du côté hospitalier que du côté des musiciens, reste inconnu, mais nous devons tous nous lancer.

## **Philippe BOUTELOUP**

Merci à tous. La réflexion continue et nous avons encore du chemin à faire. Même si nous ne savons pas où nous allons, nous y allons.

## Atelier n° 4 : Le théâtre à l'hôpital

*Ont participé à cet atelier :*

*Nicolas GENIE, Comédien de la Compagnie Mises en Scène  
Françoise BEAU, Comédienne de la Compagnie Mises en Scène  
Enzo TOMA, Metteur en scène du Teatro Kismet de Bari, Italie  
François CHAFFIN, Théâtre du menteur, Intervenant à l'hôpital de Bligny  
Josiane QUILLIVIC, Maquilleuse de la Compagnie " Amuses-gueules ".*

*L'atelier était animé par Pascal BILLOM, Compagnie Mises en scène, Avignon.*

### **François CHAFFIN Théâtre du menteur, Intervenant à l'hôpital de Bligny**

Il a été souvent question, aujourd'hui et hier, de pédiatrie et de psychiatrie. Pourtant, le travail que nous effectuons à l'hôpital de Bligny, situé à 30 kilomètres au sud-ouest de Paris, dans l'Essonne, est davantage destiné aux adultes, atteints du sida ou du cancer. Il m'a semblé que nous n'étions pas si nombreux à travailler pour les adultes qui fréquentent les hôpitaux.

Le théâtre de Bligny a été bâti dans les années 20, dans une architecture pseudo-mexicaine et art déco. En cette année 1920, le directeur du sanatorium de Bligny a estimé qu'un établissement culturel améliorerait le traitement de ses patients, à l'époque atteints de tuberculose.

L'introduction de la culture à l'hôpital est donc antérieure aux mesures prises par Philippe Douste-Blazy, même si le dispositif juridique qu'il a mis en place permet de financer et surtout de professionnaliser l'action des artistes en milieu hospitalier.

Ce théâtre a fermé ses portes dans les années 70, lorsque la télévision a commencé à davantage s'occuper des malades que le spectacle vivant. Renaud Barrot, Bourvil, de Funès, Serrault, Poiré, ainsi que tous les cabaretiens de l'après-guerre tels que Baquet, etc., se sont produits dans ce théâtre de 600 places. Tous ces artistes estimaient que le public du théâtre était particulièrement exigeant et rodait ici leur spectacle avant de le jouer à Paris.

Patrick Cauvin décrit le passé résistant de ce théâtre, qui a dissimulé juifs et résistants pendant la guerre, dans son roman *Théâtre dans la nuit*, publié chez Albin Michel il y a trois ans.

Il a été décidé de procéder à la réouverture de ce théâtre, mais seulement de

manière occasionnelle, car il est évidemment hors normes aujourd'hui, tant en termes de sécurité que d'ERP. Il ne bénéficie pas, de surcroît, des investissements scéniques qui permettraient qu'une saison s'y déroule.

Le directeur actuel de l'hôpital de Bligny a cependant été très sensible à l'idée de la culture à l'hôpital. Lui et son service technique nous ont donc donné les moyens de construire un autre théâtre, constitué d'un petit plateau de six mètres par quatre et de 70 places, au sein même de l'hôpital.

C'est ainsi qu'est né le théâtre de l'hôpital de Bligny, co-dirigé par Valérie Dassonville et moi-même. Nous avons décidé en 1996, c'est-à-dire la première année, de proposer une saison culturelle à l'ensemble du public de l'hôpital : les patients, le personnel, et le public local, public rural du district de Limours.

Malgré quelques difficultés de financement, une vingtaine d'actions ont été organisées :

- des spectacles invités que nous repérons, soit à Avignon, soit en région parisienne ;
- des spectacles de lecture et autres cabarets lecture ;
- l'édition d'un journal, intitulé *Parole* ;
- des ateliers de pratique artistique, à destination des membres du personnel.

Cette action est désormais pérenne, et ce grâce à de nombreux partenariats :

- le jumelage de l'hôpital de Bligny avec la DRAC et la Fondation Banque CIC pour le Livre ;
- la Compagnie, qui a produit une partie des manifestations ;
- le Conseil général ;
- le Comité d'entreprise.

La participation du Comité d'entreprise est pour nous très révélatrice, puisque l'argent du CE revient, en principe, de droit, aux activités de loisirs du personnel. Or le CE a financé une grande partie des agapes qui accompagnent une bonne saison théâtrale.

Certaines représentations sont suivies par 30, 50 ou 70 spectateurs, pour une population d'environ 1 000 personnes. La fréquentation moyenne du théâtre s'y trouve donc largement supérieure à celle du théâtre en France, où seuls 6 % de la population se rendent au théâtre une fois par an. Il est, d'après nous, impératif que tout ce qui se produit à l'hôpital soit ébruité. Rien n'est réservé aux patients.

J'accepte, en tant qu'artiste, d'être qualifié d'auxiliaire de bien-être, un terme qui circule régulièrement à l'hôpital. Mais je ne suis absolument pas thérapeute. J'ignore tout de la médecine et j'ai la chance d'avoir une santé formidable. Prétendre que l'art est une thérapie me semble un peu suffisant.

La saison culturelle n'est pas programmée en fonction des productions de la Compagnie, mais se veut, au contraire, éclectique. De nombreuses compagnies sont invitées et les domaines artistiques acceptés sont très divers : arts plastiques, musique, théâtre, lecture, édition d'un journal, dans lequel sont publiés les poèmes de ceux qui le souhaitent.

La saison est ouverte et payante. L'entrée coûte 5 francs.

Bien entendu, le public a pour spécificité d'être très captif, et de se trouver dans une situation de souffrance. Les spectateurs viennent en outre particulièrement nombreux si l'on en croit le taux de remplissage.

Lorsqu'ils se rendent au théâtre, les malades s'endimanchent et emmènent leur famille, parents, enfants et proches. Les habitants du district viennent eux aussi assister à certaines représentations. Ce métissage entre bien-portants et malades constitue une motivation supplémentaire dans notre travail.

Notre ambition est de faire de ce théâtre un théâtre permanent au sein de l'hôpital, c'est-à-dire un équipement culturel de proximité, destiné à l'ensemble des résidents de l'hôpital et aux 25 000 habitants qui peuplent ce canton rural, totalement sous-équipé en salles de spectacles.

Notre projet ne s'inscrit pas non plus dans une appropriation égoïste de la définition des orientations culturelles de la saison. Il s'agit au contraire d'inviter de très nombreuses compagnies. Elles seront onze à se produire à l'hôpital, pendant trois semaines ou un mois. Un outil de spectacle tout à fait opérationnel sera mis à leur disposition : moyens techniques, équipement scénique complet, etc.

La culture ne doit pas être subie. Elle doit faire l'objet d'une démarche volontaire ou, en d'autres termes, d'une demande de service.

Le théâtre de l'hôpital de Bligny cherche actuellement un soutien financier. Le coût de la réhabilitation du théâtre est aujourd'hui évalué à 3,5 millions de francs. Toujours est-il que l'existence, en milieu hospitalier, d'un théâtre ouvert chaque jour dans la cité constituerait une expérience unique, sinon rare, sur le territoire français.

Le théâtre pourra, à l'occasion, se muer en cafétéria. La culture, ce sont aussi les jeux de société, la presse, la discussion en forum avec ses camarades malades ou le personnel. La culture, c'est aussi le nivellement des compétences : le malade devient l'égal du médecin.

Enzo TOMA  
Metteur en scène du Teatro Kismet de Bari, Italie

Le théâtre à l'hôpital n'existe pas en Italie, pas davantage d'ailleurs que la culture à l'hôpital, même si quelques expériences sont menées avec les enfants, en oncologie. Certains artistes travaillent avec des psychiatres. Je travaille, pour ma part, auprès d'enfants handicapés mentaux.

Je ne crois pas en l'art thérapie. La thérapie est codifiable. Elle est chimie quand l'art est alchimie. Le médecin et les artistes doivent certes trouver un langage commun et travailler conjointement, mais l'art ne sera jamais une thérapie.

L'art thérapie, c'est la mort de l'art. L'art est toujours en mouvement. Il est source de conflits et de désordres alors que la thérapie permet d'y remédier. L'art permet, de surcroît, un changement de point de vue.

La santé n'est pas la condition normale de l'être humain. Il souffre systématiquement de petites douleurs physiques ou mentales. La santé n'est qu'un idéal.

Le monde des personnes handicapées ou souffrantes est, pour nous, une représentation de l'échec de la condition humaine.

Il s'agit là d'une formidable opportunité pour l'artiste, car les personnes qui vivent cette situation de handicap donnent aux artistes la possibilité d'appréhender leur travail d'un point de vue différent. J'ai la conviction que ce n'est que dans l'expérience des limites de la condition humaine que l'art et la poésie peuvent être appréhendés.

Mon travail n'a pas pour objectif de faire la démonstration des capacités des acteurs handicapés. Au contraire, le théâtre doit permettre d'apercevoir des aptitudes différentes dont on ne soupçonnait pas l'existence.

La situation des handicapés mentaux favorise le travail artistique, puisqu'il n'y a plus d'espace pour l'esthétisme. Le Beau n'est plus un objectif en soi. Ce qui importe avant tout, c'est le geste. Le geste d'un handicapé mental est en lui-même très expressif. Tout ce que le geste raconte, c'est déjà du théâtre. Il est inutile d'être directif avec les acteurs handicapés, car c'est la liberté de leurs gestes qui est théâtrale. L'acteur handicapé fait preuve d'autres aptitudes que les nôtres.

Le public, par sa méconnaissance des acteurs handicapés, juge généralement un spectacle de bonne qualité si le jeu des acteurs est proche de la normalité. Ce type de jugement n'est pas fondé. Le fait que des acteurs se dévoilent sur une scène de théâtre suffit en soi à ce que le spectacle soit de qualité.



Il est vain de demander, à des acteurs handicapés, un travail proche de la normalité. Mes spectacles font appel à des acteurs handicapés et non-handicapés. Je demande à ces derniers de ne pas faire appel à leurs aptitudes professionnelles, mais ils éprouvent les pires difficultés à s'exprimer.

Je n'ai recouru aux mots qu'après dix années de travail, car j'estime que les mots sont étrangers au monde des handicapés mentaux. L'art ne peut se construire qu'en respectant autrui.

Je connais la neurophysiologie, mais la médecine ne connaît pas le théâtre. Elle ne va jamais au théâtre d'avant-garde ou de recherche.

Travailler auprès d'handicapés mentaux constitue une opportunité inestimable pour l'artiste. Les acteurs handicapés connaissent la satisfaction d'être applaudis et de connaître le succès, mais l'artiste, quant à lui, a l'occasion d'appréhender son travail d'un point de vue différent et novateur.

Ce qui importe avant tout, ce n'est pas la compréhension des textes mais la possibilité d'accéder au territoire de l'art. Le public doit se sentir différent lorsqu'il sort d'une salle de théâtre. Il faut que son point de vue ait changé.

## Pascal BILLOM Compagnie Mises en scène, Avignon

Nicolas Genie et François Beau représentent la Compagnie " Mises en scène ". Ils sont comédiens et interviennent tous deux au service hospitalier d'Avignon.

En 1997, le Ministère de la Culture a lancé le programme " Lire à l'hôpital " dans cinq villes de France, Strasbourg et Avignon étant les deux cités choisies unilatéralement pour mener ce programme.

Caroline Simonds, de l'association " Le rire médecin " était responsable de l'application du programme à Strasbourg comme à Avignon. C'est désormais la Compagnie " Mises en scène " qui a la charge de ce programme à Avignon, et " Le rire médecin " à Strasbourg.

L'originalité de l'action menée à Avignon réside en l'intervention de comédiens en milieu hospitalier, en l'occurrence, au sein du service hématologie du Docteur Lepeu.

Les comédiens qui interviennent sont des personnages de théâtre dont le travail est basé sur des textes et des improvisations.

Leur travail est financé par la DRAC, le Conseil régional, le Laboratoire Sanofi, et les entreprises Plachere et UO SA. Cependant, ces partenariats ne dispensent

pas la Compagnie de quelques difficultés budgétaires, chaque année.

“ Mises en scène ” existe depuis 18 ans, sur l’initiative de Michèle Addala. Elle est née dans les quartiers périphériques d’Avignon, quartiers populaires si l’en est. L’un de ses objectifs est de rapprocher le théâtre de milieux où il n’est traditionnellement pas accessible : quartiers populaires, hôpitaux, prisons.

## “ Mises en scène ”

### **Nicolas GENIE**

Notre équipe est constituée de huit comédiens qui interviennent dans le service onco-hématologie d’un hôpital d’Avignon. Les interventions ont lieu chaque semaine et se déroulent en binôme : deux personnages investissent le service pendant toute la journée. Ils cheminent à l’intérieur des chambres et dans les couloirs, un peu à l’aventure, à la rencontre des soignants, des patients et des visiteurs.

### **Françoise BEAU**

Une recherche antérieure est réalisée à l’occasion de rencontres, au cours desquelles nous décidons sur quelle base d’improvisation nous allons travailler. Notre travail repose en effet essentiellement sur l’improvisation. Les dates influent parfois sur le choix des personnages. A Noël, nous nous déguisons en sapin ou en papillote, à Pâques, en petit lapin ou en cloche. Les personnages changent chaque semaine, et de nouvelles relations s’instaurent entre Nicolas et moi : il peut être successivement mon fils, mon mari, mon père.

Le programme de la journée est bien huilé. Elle commence à 9 heures à la cafétéria, puis nous rejoignons le sixième étage qui regroupe trois unités : l’unité nord, l’unité sud et l’hôpital de jour, qui se trouve, d’ailleurs, au sein de l’hôpital Henri Dufaux et rassemble les patients qui viennent périodiquement pour leur séance de chimiothérapie. Le public visé est donc majoritairement adulte.

Le contact avec le personnel soignant constitue un plaisir sans cesse renouvelé. Surtout, il permet d’être informé sur la situation notamment pathologique des malades, avant de pénétrer dans leurs chambres. Lorsque le français n’est pas la langue maternelle du malade, nous tentons, dans la mesure du possible, de nous adapter. Lorsque le patient est unijambiste, nous évitons de l’inviter à danser une valse, lorsqu’il est sourd de lui chuchoter à l’oreille, etc. De même, il est préférable que nous sachions si le patient se trouve dans l’attente d’un

diagnostic, ou si un diagnostic particulièrement négatif vient de lui être communiqué.

Ces informations acquises, nous retrouvons le personnel au sein d'un petit local, dans lequel nous discutons, nous enfilons nos déguisements, en chantant. Commence alors notre journée d'improvisations qui ne s'achèvera que cinq heures plus tard. Chaque personne rencontrée est l'occasion de dialogues et de jeux, qu'il s'agisse des patients ou du personnel soignant : ambulanciers, délégués médicaux, médecins, infirmières.

L'entrée dans les chambres est, ensuite, un exercice délicat. Il est particulièrement difficile de rester en permanence dans la peau des personnages. Mais chacun aide l'autre, ce qui permet un échange mutuel d'énergie et de courage.

J'approuve les dires de mes collègues : le comédien n'est pas un thérapeute. Il agit en professionnel du théâtre, le plus efficacement possible, mais il n'a pas la prétention de guérir les malades.

## Josiane QUILLIVIC Compagnie " Amuses-gueules "

Je travaille au sein de la Compagnie " Amuses-gueules " dont la spécialité est le maquillage. Mon métier est très particulier. Personne n'ignore ce qu'est le maquillage, mais je l'exerce de manière assez originale. J'ai commencé, il y a une quinzaine d'années, à pratiquer cette activité dans la rue. J'ai pu ainsi apprendre à m'adapter à une grande diversité d'individus : enfants ou adultes, bien-portants ou handicapés.

Le maquillage est considéré dans notre société comme un ornement, à l'instar de la coiffure ou de l'habillement. Mais ce que la Compagnie " Amuses-gueules " souhaite avant tout, c'est respecter le choix de la personne.

Il existe différents types de maquillage, mais chacune de nos interventions se déroule dans le plus grand respect de la demande et de la volonté des personnes qui sollicitent nos services.

Nos premières interventions en milieu hospitalier ont eu lieu à l'Institut Cazin, à Berck. Cet hôpital reçoit de nombreux enfants handicapés originaires de toute la France. Mes amis et moi avons proposé nos maquillages à ces enfants, sous le regard d'abord perplexe du corps médical.

Je me souviens qu'au terme de cette séance de maquillage, une fillette dévisagée par un accident grave a eu le plaisir d'être jugée " belle " par un médecin qui déambulait dans les couloirs de l'hôpital.

De même, alors que de nombreux handicapés nous rejoignaient régulièrement en dehors de l'hôpital, sur les quais de Berck, des enfants bien-portants observaient les enfants handicapés se faire maquiller et exprimaient leur désir " d'être comme eux " .

Je dois dire que ces différentes expériences nous confortent dans notre démarche et rendent notre métier d'autant plus enthousiasmant. Quel plaisir de voir un enfant handicapé retrouver toute sa fierté !

## Questions et débats

### **De la salle**

Ma question s'adresse à François Chaffin. Comment organisez-vous le transport des patients incapables de quitter leurs chambres sans assistance ? Le personnel aide-t-il les patients les moins valides à rejoindre votre salle de spectacle ?

### **François CHAFFIN**

L'hôpital de Bligny est un gigantesque établissement paysager du début du siècle, et les moyens d'accès à la salle de spectacles y sont particulièrement peu pratiques. Aucun fonds n'a pu être mobilisé pour financer un véhicule de transport.

Cependant, ce problème a été en partie résolu, grâce à la solidarité des artistes et du personnel qui consacrent une partie de leur temps de loisir aux patients. En outre, une rampe d'accès pour les fauteuils a été inaugurée le mois dernier.

Les interventions en chambre sont aujourd'hui de moins en moins nombreuses. Les lectures en chambre sont compliquées par la gestion des emplois du temps et des visites de la famille. Les ateliers de lecture sont donc désormais délocalisés, et se déroulent souvent dans la cafétéria ou le salon de coiffure.

### **José SAGITE, responsable culturel du Centre hospitalier du Rouvray, à Sotteville-lès-Rouen et responsable du festival " Art et déchirure "**

Je souhaite remercier Enzo pour la qualité de son spectacle d'une part, et les effets thérapeutiques de son propos d'autre part. Si les débats de ce matin m'ont abattu, son intervention m'a insufflé courage et bonne humeur.

Plus sérieusement, le travail d'Enzo Toma m'enthousiasme, et je souhaiterais en savoir davantage sur le déroulement de son travail en Italie. Les comédiens

avec lesquels il travaille sont-ils issus d'institutions ?

### **Enzo TOMA**

Mon travail a commencé à Turin, il y a 18 ans, lorsque le bureau des affaires sociales de la municipalité a souhaité collaborer avec un atelier de théâtre. Par la suite, la responsabilité d'un atelier de théâtre a été confiée par la municipalité de Bari au *Teatro Kismet*, dont je ne fais plus partie aujourd'hui.

La situation est particulièrement défavorable dans le sud de l'Italie, puisque aucune institution n'y existe. Heureusement, quelques bénévoles consacrent leur temps et leur énergie à des centres réservés aux handicapés. Ces bénévoles espèrent financer leurs ateliers par des aides municipales.

### **Lisa VOGEL, thérapeute allemande**

J'exerce le métier de thérapeute auprès d'enfants malades ou handicapés et je fais également partie d'une troupe de théâtre amateur. J'ai eu l'occasion de découvrir l'hôpital où Monsieur Chaffin exerce, et je dois avouer avoir été très impressionnée. J'aimerais en savoir davantage sur le fonctionnement de votre troupe. Travaillez-vous seuls ? A quel type de théâtre vous consacrez-vous ? Avec quelle fréquence organisez-vous des spectacles ?

### **François CHAFFIN**

La Compagnie dont j'assume la co-direction artistique se consacre essentiellement au théâtre contemporain. J'exerce, au sein de cette compagnie, le métier d'auteur et de metteur en scène.

L'ambition de notre compagnie est de donner naissance à une culture de proximité. Aussi ai-je préféré que ce projet ne se limite pas à la démonstration de mon travail d'auteur. Mon rôle consiste davantage à fédérer d'autres compagnies autour de notre projet. L'essentiel de mon travail est donc d'organiser la saison culturelle du théâtre.

Les spectacles joués à Bligny le sont par des compagnies invitées. Je tiens absolument à inviter des artistes plasticiens, afin que la programmation demeure éclectique. Je n'ai aucune compétence *a priori* pour juger de la qualité du travail des artistes qui sont invités. Je ne les invite que par coup de cœur ou par nécessité. Il peut s'agir de travaux photographiques ou de sculpture.

J'ai rencontré récemment une plasticienne utilisant des radiographies de l'encéphalogramme. Son travail m'a semblé très pertinent et un immense mannequin a été créé et brûlé sur la place de l'hôpital. Cette action a été décriée, mais a eu le mérite de susciter les passions : certains se sont inscrits en

faux, d'autres ont applaudi.

Ma programmation est basée sur le doute, sur la capacité de chacun à douter. Alors que le diagnostic médical repose sur des certitudes scientifiques, le théâtre auquel j'aspire est bâti sur le doute. La médecine n'a de sens que si elle est basée sur une scientificité et une technicité infaillible. Elle n'a pas le droit à l'erreur, à l'inverse de l'activité théâtrale, qui peut s'offrir le luxe du doute.

## **De la salle**

Les comédiens professionnels qui interviennent au sein de l'hôpital de jour ne sont pas des thérapeutes. Il ne s'agit pas de guérir l'enfant autiste, mais de faciliter sa rencontre et ses échanges avec autrui, et ce malgré ses difficultés de communication.

Le comédien professionnel n'intervient pas en tant qu'artiste thérapeute, mais cherche à enseigner un nouveau mode d'expression, en compagnie d'un travailleur social qui est lui un professionnel de la santé. La présence de ce dernier dégage le comédien professionnel de toute fonction thérapeutique propre.

Par ailleurs, il est rare que nous disposions d'une salle, d'une scène et de coulisses et ce par manque de moyens. Même les interventions des comédiens professionnels s'avèrent difficiles à financer. En dépit de ces carences, un spectacle probant a été réalisé en juin dernier, avec l'aide et la participation d'enfants autistes. Des résultats ont été obtenus, sans que les médecins et les psychiatres n'aient à intervenir. J'estime que ces méthodes constituent une alternative sérieuse aux prises en charge habituellement proposées dans les hôpitaux de jour.

Par ailleurs, j'aimerais dialoguer avec des membres d'associations ou de structures travaillant auprès d'enfants autistes au moyen de l'outil théâtral, en Belgique. N'hésitez donc pas à me contacter.

## **Pascal SANVIC, auteur, metteur en scène et comédien de la Compagnie " Abracadabra Théâtre "**

La notion de plaisir de l'artiste a été évoquée tout à l'heure à plusieurs reprises. J'aimerais y ajouter deux mots : passion et émotion. Depuis deux jours, il est souvent question d'institutions, d'argent, de Ministère de la culture, de fondations, etc. Or j'interviens en milieu hospitalier et carcéral depuis une trentaine d'années que le travail effectué par bon nombre de bénévoles et de professionnels dans ces milieux, depuis de nombreuses années déjà, mérite d'être reconnu. Ce travail a été l'œuvre d'individus passionnés, et d'artistes qui ont offert leur temps et leur énergie.

Toutes ces interventions en milieu hospitalier étaient souvent à l'initiative d'une personne isolée, d'une infirmière ou d'une aide-soignante, qui s'arrangeait, éventuellement avec l'aide d'une copine d'étage, pour permettre au théâtre d'entrer dans l'hôpital, et ce malgré les réticences de l'administration. En effet, il est rare que les chefs de clinique se montrent souriants et coopérants. Ces personnes luttent donc seules en faveur de l'artiste et de la culture à l'hôpital.

Par ailleurs, les discours qui ont été tenus donnent l'impression que l'artiste et les compagnies sont des techniciens bien rodés et bien entraînés. Or il convient de souligner la solitude de l'artiste, lorsqu'il est confronté au malade. Il a beau être bien préparé, il se sent souvent seul et désarmé, lorsqu'il doit entrer en scène et faire face au public.

Cet aspect du travail des artistes n'a pas été évoqué. Or, sans sensiblerie aucune, j'aimerais que chacun ait bien conscience des émotions qui assaillent les artistes. Ils ont le trac avant d'entrer dans une chambre de malade ou dans une salle d'enfants hémiplégiques, tous immobilisés dans des fauteuils roulants. De même, comment ne pas trembler devant des personnes âgées atteintes de la maladie d'alzheimer, immobiles sur leur siège, le regard absent ? Comment ne pas se sentir mal à l'aise en milieu carcéral, face à des détenus attentifs ? Dès l'instant où l'artiste se trouve confronté à la maladie, il doit lui aussi surmonter une épreuve émotionnelle.

### **Pascal BILLON**

D'ailleurs, il est étonnant que les artistes parviennent à surmonter ces épreuves sans jamais renoncer.

### **Pascal SANVIC**

Seule la passion du métier peut l'expliquer. Un artiste passionné souhaite faire partager sa passion et donc élargir son public traditionnel. Il ne peut y avoir de partage qu'à destination de personnes qui en ont vraiment besoin.

### **Brigitte CHALANDE, Les Murs d'Aurèle, lieu de pratique artistique à l'hôpital psychiatrique de Montpellier**

Pourquoi ne pas renverser la question ? On évoque souvent ce qu'apporte le théâtre au malade, mais on peut également parler des apports du malade au théâtre. Mathilde Monnier disait hier à quel point sa rencontre avec le monde de l'autisme l'avait enrichi et aidé à repenser le geste et sa construction dans l'espace.

La pratique du théâtre en milieu psychiatrique existe depuis dix ans, et il convient aujourd'hui de se demander si la démence ne peut pas permettre

d'interroger le théâtre et sa pratique, d'interroger la fiction, la représentation, la répétition, l'exposition, la surexposition. Finalement, la folie ne permet-elle pas de réinventer le théâtre, qui aujourd'hui est très ennuyeux ?

## **François CHAFFIN**

L'hôpital deviendra peut-être un lieu de vie, dans lequel chacun souhaitera se rendre. Au-delà de nos expériences personnelles, il me semble intéressant de faire de l'hôpital un lieu attractif. Le seul projet du patient atteint par une pathologie lourde comme le sida ou le cancer est de rester en vie. Or dans cette énergie qu'il déploie ou dans ce renoncement qu'il exprime, réside un temps d'opportunité utile à la constitution d'un projet culturel autour de la question : " Et pourquoi pas le théâtre ? "

Le théâtre a certes la réputation d'être ennuyeux, mais ne l'est pas systématiquement. A ce stade de l'hospitalisation, il existe un instant qui permet de renouer les liens entre artistes et patients. Ce temps d'opportunité doit être mis à profit, au-delà de l'ennui. Prenons le risque de la rencontre, allons les uns vers les autres.

## **Nicolas GENIE**

Il existe une réciprocité entre ce que le comédien apporte à l'hôpital et ce que l'hôpital lui apporte. La pratique théâtrale évolue du fait de sa présence à l'hôpital.

## **De la salle**

J'estime que le travail de l'artiste est thérapeutique, que vous le souhaitiez ou non. Par ailleurs, j'espère que jamais personne n'aura envie d'aller à l'hôpital. Ce qui fonde l'essence de l'hôpital, c'est que personne ne souhaite y vivre. Je crains que, le jour où les comédiens souhaiteront introduire le théâtre dans les cimetières, il nous soit affirmé qu'il faut avoir envie de s'y rendre !



## Séance plénière de clôture

*Ont participé à cette séance :*

*Jean-Louis BONNET, Directeur de l'Agence Régionale Hospitalière (ARH) d'Alsace ;*

*Manuel BAMBERGER, Représentant du Ministère de la Culture et de la Communication ;*

*Peter SENIOR, Directeur d'Arts for Health ;*

*Patrice MARIE, Ministère de la Culture et de la Communication/DDAT*

## L'hôpital, lieu d'expériences existentielles magnifiées par l'art

Jean-Louis BONNET  
Directeur de l'Agence Régionale Hospitalière (ARH) d'Alsace

Je vous remercie.

Au moment où nous nous apprêtons à clore ces premières rencontres européennes sur la culture à l'hôpital, je me dois d'abord d'excuser l'absence d'Edouard Couty, Directeur de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins au Ministère de l'Emploi et de la Solidarité : il est actuellement retenu à Paris, dans le cadre d'une importante rencontre avec les organisations syndicales de la fonction publique hospitalière. Il m'a donc chargé de vous dire qu'il regrettait de ne pouvoir être présent, pour deux raisons au moins : d'une part, pour l'intérêt qu'il porte à ces questions, d'autre part, parce que la ville de Strasbourg lui est chère.

A en juger par le nombre et la diversité de participants à ces journées, la place de l'art et de la culture dans les établissements de santé est mobilisateur en France comme chez nos partenaires européens, même si cet espace suppose d'être encore largement exploré.

L'évolution des activités culturelles dans les hôpitaux montre qu'elles se sont le plus souvent mises en place à l'intérieur des équipes soignantes, et témoigne de la prise en compte des malades et de leurs familles. Les praticiens nous rappellent combien est importante la prise en considération, dans la vie hospitalière, du phénomène culturel et des attentes des patients dans ce domaine.

Ces initiatives, en raison de leur caractère ponctuel et limité, restent souvent

fragiles et ne bénéficient qu'à un nombre restreint d'usagers. Nous devons donc désormais favoriser une approche plus transversale et structurée de ces pratiques, qui doivent être intégrées aux projets d'établissements, à côté des préoccupations fondamentales que recèle le projet médical.

Madame Catherine Tasca, Ministre de la Culture et de la Communication, ainsi que Madame Dominique Gillot, Secrétaire d'Etat à la Santé, à l'Action Sociale et aux Handicapés, nous ont rappelé les dispositions prises aux niveaux national et régional pour encourager le développement des activités artistiques et culturelles à l'hôpital.

Je ferai toutefois référence aux propos tenus par Monsieur Chris Smith, Secrétaire d'Etat à la Culture, aux Médias et aux Sports du Royaume-Uni. Il a évoqué le Retable d'Issenheim de Mathias Grünewald, aujourd'hui conservé au Musée Hinterlinden de Colmar. Cette œuvre provient de l'ancien Couvent des Hospitaliers des Antonins d'Issenheim et constitue un symbole pour les hospitaliers ici présents. Les différents volets de ce polyptyque illustrent, à travers les temps forts de la vie du Christ, les grands moments de toute humanité, qui peuvent être autant de temps de rencontres entre les artistes et l'univers hospitaliers. Ces moments représentent en effet le quotidien de l'hôpital : de la joie de la naissance à l'angoisse de la souffrance et de la mort, l'hôpital constitue le lieu d'expériences fondamentales pour nombre de citoyens. Or, les artistes de toutes disciplines ne font que magnifier, chacun dans son langage propre, la naissance, la vie, la joie, la souffrance et la mort.

Nous sommes tous ici convaincus que ces deux mondes de l'art et de l'hôpital, qui parfois s'ignorent, ont pourtant bien des raisons de se rencontrer. Les échanges de ces deux journées vous ont certainement confortés dans l'idée que l'hôpital peut être un lieu d'art et de culture. Nous devons naturellement adapter les paroles et les gestes à la situation des acteurs de la vie hospitalière, selon qu'il s'agit d'enfants ou de grands vieillards, de personnels hospitaliers, de familles ou de visiteurs.

Un partenariat réussi entre l'univers culturel et le monde hospitalier repose autant sur la conviction de quelques-uns que sur leur capacité à la faire partager. Les incitations des pouvoirs publics sont nécessaires mais insuffisantes et inaptes à remplacer l'implication personnelle des différents acteurs concernés. Les pouvoirs publics poursuivront donc leur action pour soutenir les initiatives, leur permettre de s'inscrire dans la durée et faire entrer davantage la Beauté à l'hôpital. A cet égard, des opérations nationales viseront à recenser les actions déjà développées pour les faire connaître, en sorte que l'indispensable partage d'expérience entre tous les pays européens puisse aider ceux qui travaillent quotidiennement à faire entrer la culture à l'hôpital.

Souhaitons que ces premières journées soient suivies d'autres rencontres dans toute l'Europe. Je tiens à vous remercier de votre participation. Je souhaite enfin que vous quittiez ces lieux avec cette conviction ainsi résumée par Dostoïevski -

et que pour ma part je partage, selon laquelle " la Beauté sauvera le monde ".

### **L'animateur**

Je vous remercie, Monsieur Bonnet. Je donne maintenant la parole à Monsieur Manuel Bamberger, qui représente le Ministère de la Culture et de la Communication.

# L'art au service de l'hôpital

Manuel BAMBERGER

**Représentant du Ministère de la Culture et de la Communication**

Mesdames et Messieurs, je vous remercie tout d'abord d'avoir été si nombreux à suivre ces travaux.

Je remercie également les organisateurs, la DCEP, Musique et Santé, ainsi que les traducteurs, qui ont accompli dans l'ombre un excellent travail.

J'ai grand plaisir à clôturer ces premières rencontres européennes de la culture à l'hôpital, même si cet exercice s'avère ardu au regard de la grande qualité des débats - difficiles voire impossibles à résumer maintenant.

Des expériences très riches nous ont été présentées tout au long de ces deux journées, et des paroles à la fois simples et fortes ont été prononcées. J'aimerais donc maintenant repenser pêle-mêle avec vous différents éléments : les discours tenus sur le rôle de " vecteur de curiosité " que remplit la culture dans notre société ; l'émotion qui s'est dégagée de ceux qui nous ont rapporté les rencontres qu'ils ont pu faire à l'occasion de la mise en œuvre de projets ; l'attitude du public, des praticiens, des artistes et des patients ; les difficultés à rassembler les fonds nécessaires – nous ne pouvons pas dissimuler cette contrainte.

Par-delà ces divers éléments, je souhaite revenir sur les traits marquants de ces débats.

## I. L'enclenchement d'un mouvement européen en faveur de la culture à l'hôpital

En premier lieu, j'évoquerai l'importance de la participation à ces rencontres, qui manifeste l'enclenchement d'un mouvement de la culture à l'hôpital, et qui résulte certainement du travail accompli par les organisateurs. Près de 600 personnes sont venues, alors que nous n'en attendions que 350. La diversité des 18 nationalités représentées témoigne également de notre communauté autour de ces questions. Par conséquent, la culture à l'hôpital ne constitue pas un thème accessoire, mais une conception nouvelle et moderne du rôle de la culture dans la société.

## II. Le rôle de l'art dans nos sociétés et à l'hôpital

Vous avez tous affirmé que l'art joue un rôle fondamental non seulement dans les hôpitaux, mais partout dans la société – et donc pas seulement à l'intérieur des équipements culturels. Vous avez insisté sur l'importance de déplacer – sinon l'institution – en tous cas les équipes.

La rencontre avec l'art peut constituer pour une personne une arme face aux vicissitudes de l'existence. Nous devons donc tendre à une meilleure reconnaissance des milieux hospitalier et artistique par la permanence de nos contacts entre institutions et sur le terrain. En effet, nombreux sont ceux qui remettent en cause le rôle de l'art, parce qu'ils voient en ce dernier un acte purement social, qui ne relèverait pas des artistes et des institutions culturelles. Or, nous devons naturellement agir à l'inverse de ce raisonnement, en continuant à travailler et convaincre.

En second lieu, nous nous sommes retrouvés sur le sens et le rôle de l'action culturelle et de l'art dans notre société, et de la nécessité du rassemblement autour du projet artistique. Ces rencontres s'inscrivent dans un mouvement très large. La culture ne doit pas être réservée à une élite et participer du seul plaisir esthétique. A cet égard, Madame Catherine Tasca a affirmé avec force que le Ministère entendait promouvoir une culture accessible à tous et participative.

Des multiples expériences présentées ici, je retiens la participation active des patients et des personnels hospitaliers à côté des artistes. Le projet artistique se trouve bien au cœur des démarches évoquées. Aucun n'aboutirait sans conscience de l'existence d'un besoin au sein des établissements et sans la volonté des artistes. Les réalisations naissent de rencontres, et surtout d'un projet établi sur le long terme. La durée constitue en effet une donnée fondamentale de ces opérations.

Ces rencontres ont également montré l'importance de l'implication des directions des établissements concernés pour la réussite des projets culturels dans les hôpitaux. Nos collègues de la Direction des Hôpitaux souhaitent d'ailleurs sensibiliser les directeurs d'établissement à cette question.

### III. Le rôle des pouvoirs publics en faveur de la culture à l'hôpital

Enfin, dans ce contexte, le rôle des pouvoirs publics consiste certainement à faire connaître les actions entreprises et à sensibiliser les équipes professionnelles en place. Le ministère devra plus précisément accompagner ce mouvement, en lui accordant la reconnaissance et l'appui financier indispensable, chaque fois que nous le pourrons. Les jumelages ont constitué le cadre de démarches qui étaient prêtes à être mises en œuvre. Nous sommes ainsi fermement décidés à approfondir cette voie. Le Ministère de la Culture se fixe le double objectif qu'aucun projet de qualité ne soit refusé, et que nous réactualisions – avec nos collègues de la Direction des Hôpitaux - notre connaissance des réalisations de terrain et des besoins existants.

Toujours au niveau français – et je m'en excuse auprès de nos amis européens, le rôle du Ministère consiste aussi à favoriser la prise en considération de la culture dans les contrats territoriaux négociés avec les collectivités territoriales, d'autant que ces dernières s'impliquent fortement dans la gestion des hôpitaux. Nous pouvons de la sorte espérer pour l'avenir que des réussites exemplaires telles que celles qui nous ont été présentées trouveront leur prolongement dans un contrat territorial.

Faisons le pari que ces premières rencontres constitueront la première étape d'une démarche globale et plus ambitieuse. Nous devons en effet approfondir cette voie. Madame Catherine Tasca a proposé que soit retenu le principe d'une journée annuelle de l'art à l'hôpital, si tous nos partenaires européens en sont d'accord. D'autres propositions ont également émergé de ces travaux.

Je donnerai donc la parole à Monsieur Peter Senior et à Monsieur Patrice Marie, qui, à travers nos débats, traceront, pour et avec vous, les pistes susceptibles d'être explorées pendant les prochaines années.

Je vous remercie chaleureusement de votre présence et vous invite à écrire librement vos suggestions, qui nous seront nécessaires – et en tout état de cause très utiles – pour améliorer nos politiques.

### Le dynamisme révélé par les premières rencontres européennes autour de la culture à l'hôpital

Peter SENIOR  
Directeur d'Arts for Health

Je vous remercie.

Je formulerai quelques commentaires généraux d'ordre personnel sur ces journées. Comme toujours, nombreux sont ceux qui ont exprimé leur

satisfaction de pouvoir se rencontrer et créer des réseaux informels en dehors des sessions de travail. Cette démarche révèle ainsi son utilité pour beaucoup d'entre vous. A cet égard, j'espère que de multiples jumelages officiels ont pu s'établir.

Nous avons tous apprécié les manifestations artistiques présentées – je remercie et rends d'ailleurs hommage aux artistes qui se sont rendus disponibles pour animer ce forum. De nombreux intervenants originaires de différents pays nous ont parlé de leur travail avec passion, subjuguant ainsi ceux qui n'ont pu s'exprimer. Même si les actes parlent davantage que les paroles, ces deux journées nous ont fourni des exemples extraordinaires des multiples activités culturelles qui sont menées en Europe. Nous sommes heureux qu'un nombre toujours plus grand de personnes reconnaisse l'importance du phénomène.

Ensuite, nous gagnerions à une meilleure représentation de ce travail. Je me ferai l'écho des propos qui viennent d'être énoncés : nous devons trouver et rassembler d'ardents " défenseurs " de ces activités, qui œuvrent dans la durée et nous soutiennent pour progresser. Les autorités sont prêtes à poursuivre sur cette voie. Or, ce mouvement ne restera possible que par la volonté des politiques.

L'essentiel consiste à s'assurer que les résolutions et les propositions soient mises en œuvre. En toute hypothèse, si ce n'est déjà fait, veuillez transmettre vos suggestions au Ministère français de la Culture : elles seront toutes chaleureusement accueillies. Nous en avons reçu certaines, que je souhaiterais vous présenter et vous soumettre maintenant.

La première de ces propositions semble évidente : nous devrions organiser dans deux ans une seconde manifestation de ce type, dans un autre pays. A cet égard, nous apprécierions que d'autres Etats se proposent de l'organiser. En ce sens, nous vous invitons à contacter Patrice Marie. Nous espérons ainsi que cet événement se révélera aussi agréable que celui-ci.

La seconde proposition que nous avons reçue consisterait dans l'énoncé d'une déclaration européenne, qui prévoirait un pourcentage donné d'activités culturelles dans les nouveaux établissements de soins. Nous espérons que cette déclaration déboucherait sur une action concrète. Si cette démarche est déjà soutenue par certains pays, elle s'avèrerait fortement utile aux Etats qui ne sont pas encore engagés dans cette voie.

La troisième proposition émane de l'Irlande. Nous espérons qu'elle sera transmise au Parlement européen afin d'être concrétisée avec votre approbation. Elle prévoit que le Parlement Européen – et d'autres institutions européennes – reconnaisse l'efficacité des arts visuels dans les traitements médicaux et enjoignent les hôpitaux européens à leur affecter des ressources. La proposition irlandaise prévoit également que les gouvernements nationaux – par le biais de leur politique de santé et de leur pratique – lancent des

programmes visant à la reconnaissance du droit, pour chacun, d'accéder à l'art et à la culture dans le cadre du processus de soins et de guérison.

## La nécessité de poursuivre une collaboration internationale

Patrice MARIE

**Ministère de la Culture et de la Communication/DDAT**

Je remercie d'abord Peter Senior. Nous cheminons ensemble depuis quelques années sur la voie de la culture à l'hôpital. Or, cette manifestation n'aurait certainement pas eu lieu sans le colloque international organisé il y a deux ans à Manchester. C'est donc grâce à la Grande-Bretagne que nous approfondissons aujourd'hui cette question si difficile de la culture à l'hôpital.

### I. La reconduite des Rencontres Européennes autour de la culture à l'hôpital

Ces deux journées constituent un moment charnière dans le mouvement engagé. D'une part, dans de nombreux Etats européens, la culture à l'hôpital n'est pas encore une réalité, parce que les mentalités n'en ont pas fait un automatisme. Mais d'autre part, le processus avance, les gouvernements et les associations s'y intéressent, et les mondes hospitalier et culturel évoluent, notre rôle étant de soutenir ce mouvement en organisant d'autres moments de rencontres, pour dresser un bilan des avancées accomplies.

Je souscris donc à la proposition formulée par Peter Senior : nous pourrions nous rencontrer dans deux ans dans un Etat volontaire, d'autant que nous apprenons beaucoup de l'expérience des autres pays, et ce alors même que nous avons tendance à être " franco-français ". En effet, à l'occasion de ces journées dans lesquelles un tiers des intervenants venaient de pays étrangers, nous avons bénéficié d'approches et d'organisations institutionnelles différentes et enrichissantes : par exemple, les pouvoirs publics jouent en France un rôle très important, tandis qu'en Grande-Bretagne, le monde associatif a beaucoup plus de poids. Or, cette dissemblance se répercute sur le traitement de la question de la culture à l'hôpital. De même, j'espère que les expériences françaises se sont également avérées intéressantes pour nos hôtes étrangers.



## II. Les axes futurs de la collaboration internationale

Nous souhaitons donc vivement poursuivre cette collaboration internationale, à travers plusieurs axes.

### 1. L'instauration de rencontres annuelles

Le premier axe de notre collaboration s'articulerait autour de cette notion de Journées Européennes de la Culture à l'Hôpital - déjà évoquée hier par Madame Catherine Tasca. En effet, les acteurs de ce mouvement éprouvent une sorte de frustration à voir les évolutions se produire dans l'intimité des hôpitaux, en l'absence de communication avec l'extérieur et donc en l'absence de partage d'expérience. Dans ces conditions, une rencontre annuelle peut permettre de mettre en évidence les activités culturelles déployées dans les hôpitaux. La France est habituée à ce genre de manifestations (fête de la Musique, Temps des Livres,...), auxquelles elle a parfois donné une dimension européenne. La perspective d'organiser de telles journées dans le domaine de la culture à l'hôpital se révèle donc très exaltant. J'espère donc que de nombreux pays se joindront à nous – je suis déjà assuré du concours de la Grande-Bretagne.

### 2. Le renforcement du réseau européen de la culture à l'hôpital

Le second axe de notre collaboration consisterait à appuyer la proposition d'Arts for Health, en renforçant le réseau européen de la culture à l'hôpital. De fait, ce mouvement existe déjà, puisque cette association britannique, qui est rattachée à l'université de Manchester, dispose d'un réseau européen et international tellement important qu'il a permis la venue de nombreux participants à ces deux journées. Les outils technologiques doivent donc nous permettre de créer, à Arts for Health, une banque de données des adresses et des expériences vécues, de manière à alimenter le débat sur la culture à l'hôpital à l'échelle européenne et internationale. Je remercie Peter Senior d'avoir formulé cette proposition et d'être prêt à assumer cette tâche lourde et complexe.

### **3. L'élaboration d'une synthèse des débats**

En troisième lieu, nous avons souhaité élaborer une synthèse de ces débats, qui se sont révélés particulièrement riches pendant les ateliers, mais également en dehors des sessions. Je suis conscient qu'une telle manifestation génère des frustrations parce que tout le monde ne peut pas s'exprimer. Par conséquent, vous pouvez nous communiquer par écrit vos éventuelles propositions, avant de partir ou en me les envoyant personnellement – mon adresse figure dans le dossier de presse qui vous a été remis. Nous pourrions ainsi intégrer vos suggestions au document de synthèse bilingue que nous réaliserons dans quelques semaines et qui sera adressé à chacun d'entre vous. Ce document pourra certainement contribuer à l'amélioration de la culture à l'hôpital.

Je souhaite faire une mention particulière à l'adresse des artistes. En effet, les manifestations artistiques qui ont émaillé le colloque étaient d'une grande qualité et ont permis de mettre en lumière la dimension émotionnelle du terrain sur lequel nous travaillons.

Je vous remercie tous très sincèrement de votre venue.