

CULTURE & SANTÉ EN BRETAGNE

Bilan du dispositif régional (2017-2021)



Ce rapport a été réalisé par Adèle GAUTHIER, étudiante en santé publique, en 2021 sous la direction de Claire GASPARUTTO, conseillère Actions et politiques territoriales à la DRAC Bretagne et Aurélien ROBERT, chargé de communication l'ARS Bretagne.

De sincères remerciements sont adressés à l'ensemble des professionnels qui se sont montrés disponibles et ont participé en une certaine façon à la réalisation de ce bilan.

Nous les remercions de leur témoignage et du temps qu'ils nous ont accordé, qu'il soient soignants, chargés de mission, référents culturels, chercheurs, bretons ou non.

Abréviations et définitions

ARS : Agence Régionale de Santé (anciennement Agence Régionale d'Hospitalisation)

AS : l'abréviation AS, usuelle dans les services de soins, peut signifier assistante sociale ou aide-soignant.

CAARUD : Centres D'accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues
Les CAARUD sont des établissements médico-sociaux ouvert aux personnes souffrants d'addiction. Les CAARUD ont une vocation d'accompagnement pour les personnes souffrant de dépendances, dans une logique de prévention des risques.

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CH : Centre Hospitalier

CHGR : *Centre Hospitalier Guillaume Régnier*

CHIC : Centre Hospitalier Intercommunal

CSAPA : Centres de Soins, D'accompagnement et de Prévention en Addictologie

Les CSAPA sont des établissements médico-sociaux qui assurent la prise en charge des personnes souffrant d'addictions, dans une logique de soins.

DRAC : Direction Régionale des Affaires Culturelles.

La DRAC est le service déconcentré de l'Etat pour l'action culturelle en région.

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

Les EHPAD sont des structures médicalisées ayant pour vocation d'accueillir des personnes âgées en perte d'autonomie.

EPSM : Etablissement Public Santé Mentale

ESSMS : Etablissements Sanitaires, Sociaux Et Médico-Sociaux

Etablissement sanitaire ou établissement de santé (ETS) : *ce terme désigne les hôpitaux (CH, CHU, CHRU, CHIC, EPSM) et les cliniques.*

Etablissements médico-sociaux : *ce terme regroupe toute une palette d'établissement impliqués dans le champs médico-social, comme les EHPAD, les IME, les ITEP, les CSAPA...*

FHF : Fédération Hospitalière de France

Représente les établissements du secteur public hospitalier

FIR : Fond d'intervention régional

GHT : Groupement Hospitalier de Territoire

IDE : Infirmier Diplômé D'état

IEM : Institut d'Education Motrice

Un IEM est un établissement qui accueille des enfants et adolescents souffrant de déficiences motrices avec troubles associés. Comme l'IME, l'objectif de ces établissements est à la fois socio-professionnel (ou scolaire) et médical.

IME : Institut Médico-Educatif

Un IME est un établissement qui accueille des enfants et adolescents souffrant de déficiences intellectuelles. L'objectif de ces établissements est de dispenser une éducation spécialisée (scolaire ou professionnelle) à ces jeunes, tout en assurant la continuité des soins.

Itep : Instituts Thérapeutiques Educatifs et Pédagogiques

« Les instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques accueillent les enfants, adolescents ou jeunes adultes qui présentent des difficultés psychologiques dont l'expression, notamment l'intensité des troubles du comportement, perturbe gravement la socialisation et l'accès aux apprentissages.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PRS : Projet Régional de Santé

SRS : Stratégie Régionale de Santé

SSR : Soins de Suite et Réadaptation

USLD : Unité de Soins Longs Séjours

SOMMAIRE

Introduction.....	8
Spécificités des actions et du dispositif.....	9
Une distinction avec l'art thérapie	9
Spécificités du milieu hospitalier.....	10
Contraintes du milieu hospitalier	11
Qu'est-ce que l'ARS ?	11
Spécificités du milieu culturel	13
Qu'est-ce que la DRAC ?.....	14
Spécificités du public.....	15
Le financement du dispositif	17
Modalités de mise en œuvre	17
Evaluation et non obligation de résultats	19
Sens de l'action.....	19
L'appel à projet et son histoire	21
Convention Culture-Hôpital (2004-2010).....	22
Convention Culture-Santé (2011-2016)	22
Bilan de la période Culture-Santé 2017-2020	26
Evaluer des effets sur la santé.....	26
Méthodologie	28
Bilan quantitatif.....	31
Bilan qualitatif : la culture, vecteur de valorisation personnelle et professionnelle.....	46
1) Impact pour les artistes	47
2) Enjeux pour la structure culturelle	48
3) Des bénéfices constatés sur les patients en matière de santé.....	50
4) Impact pour les professionnels du milieu sanitaire et médico-social	53
5) Enjeux pour les établissements de santé.....	56
Gages de réussites des projets.....	59
Focus sur le dispositif des jumelages : une nette évolution depuis 2017	62
La santé dans toutes les politiques	65

Intersectorialité et santé publique.....	65
Un dispositif pour l'accès à la culture...et la santé !	66
Modalités et axes de travail	69
Quelques projets...	72
Projet « Nos Lieux Communs » : jumelage entre l'Association Hospitalière de Bretagne, la médiathèque de Pontivy, et l'association La Missive	72
Projet « Héritage(s) » : jumelage entre le Pôle culturel du Roudour et le Centre Hospitalier de Lanmeur.....	73
Projet annuel entre AY-ROOP et l'IME le Triskell à Bruz / IME Le 3 mats à Betton.....	74
Bibliographie	76
Pour aller plus loin, quelques références.....	76
Annexes	79

Introduction

L'accès à la culture est un droit fondamental reconnu à chaque être humain, en vertu de l'article 27 de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme. Ce dernier dispose que « toute personne a le droit de prendre part librement à la vie culturelle de la communauté, de jouir des arts et de participer au progrès scientifique et aux bienfaits qui en résultent ». La mise en place de la culture au sein des établissements découle également des droits qui ont été reconnus aux patients et résidents en vertu de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dite loi Kouchner et loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale.

Depuis 1999, le ministère de la culture et de la communication et le ministère des affaires sociales et de la santé (devenu ministère de la santé, de la jeunesse et des sports depuis) se sont engagés en faveur de l'accès à la culture pour tous les publics dans les établissements de santé.

Depuis 2004 la direction régionale des affaires culturelles (DRAC) Bretagne et l'agence régionale de l'hospitalisation de Bretagne (ARH) devenue agence régionale de santé (ARS) depuis 2010, travaillent ensemble dans le cadre du dispositif interministériel « Culture à l'hôpital ».

Ce partenariat, renouvelé en 2010, s'est maintenu et s'est notamment élargi à l'ensemble des établissements médico-sociaux. A cette occasion le dispositif « Culture à l'hôpital » (2004-2010) devient « Culture et Santé ». Ces deux conventions ont initié la construction d'un réel projet partagé entre les deux ministères et cette ouverture soulève des enjeux au cœur de leurs prérogatives respectives.

Pour le ministère de la santé, la culture représente en effet un excellent vecteur d'ouverture des établissements de santé et médico-sociaux sur la cité, et susceptible de faire de ces lieux de vie collectif, des espaces alors plus humains.

De même, ces lieux sont ceux du passage de tous les individus qui composent la société, sans distinction, et représentent dès lors un espace privilégié pour remplir la mission qui est à l'origine de la création du ministère de la culture : favoriser l'accès de tous aux pratiques culturelles, à l'art et aux œuvres.

La convention qui lie les deux ministères a été renouvelée une seconde fois en 2016 pour une durée de trois ans. A cette occasion un premier bilan¹ a été réalisé afin de retracer les treize premières années d'existence du dispositif.

En raison de la crise sanitaire de Covid-19 le renouvellement de la convention n'a pas été permis. Dans l'attente de ce renouvellement, une tacite reconduction de la convention 2017-2020 prévaut.

La DRAC et l'ARS Bretagne doivent donc renouveler en 2021 ce partenariat au sein d'une nouvelle convention régionale Culture-Santé. Dans la perspective de ce renouvellement, il convient de faire le bilan du dispositif en Bretagne de 2017 à 2021.

¹ Bilan du dispositif régional 2004-2016

Spécificités des actions et du dispositif

Une distinction avec l'art thérapie

Soutenir l'accès à la culture est l'objectif de ce dispositif. En effet, la Convention signée par les deux partenaires soutient que l'appel à projet Culture et Santé a vocation à « renforcer l'accès à la culture et le développement des activités culturelles au sein des établissements de santé ou médico-sociaux, par le biais de leur rapprochement avec les équipements ou lieux culturels de Bretagne. ».

Il faut souligner que l'appel à projet se différencie de l'art thérapie : « Les ateliers d'art thérapie internes à l'établissement sont inclus dans le domaine des soins et relèvent de la seule prérogative de l'établissement. Malgré leur intérêt, ils ne rentrent pas dans la démarche culture santé » (Appel à projet 2021).

La démarche culture et santé ne relève donc pas du domaine du soin, à la différence de l'art thérapie dont les séances sont animées par un professionnel du soin et dont la visée première est l'amélioration des conditions de santé.

« L'art thérapie répond à des objectifs bien précis et les patients sont parfois adressés pour des ateliers. Alors que les projets culture et santé, l'artiste qui intervient n'a pas forcément connaissance en détail des pathologies des personnes. Il est là avant tout pour eux. Enfin l'atelier c'est d'abord un atelier artistique. Il est là avant tout pour proposer une découverte artistique ; il n'y a pas d'objectif thérapeutique alors bien sûr après il peut y avoir des impacts sur l'amélioration de l'état de santé et les soignants peuvent s'en saisir pour la guérison de ces personnes. Mais l'objectif premier n'est pas un objectif thérapeutique, ce sont les artistes qui vont intervenir avec leur propre démarche de création. » nous dit une chargée d'action culturelle en Nouvelle Aquitaine.

Les actions en Culture-Santé sont donc des actions aux modalités particulières, de par la rencontre de deux univers très différents : le monde de la culture et celui de la santé. Selon Guy ROCHER, « *La culture apparaît comme l'univers mental, moral et symbolique, commun à une pluralité de personnes, grâce auquel et à travers lequel ces personnes peuvent communiquer entre elles, se reconnaître des liens, des attaches, des intérêts communs, des divergences et des oppositions, se sentent enfin, chacun individuellement et tous collectivement, membres d'une même entité qui les dépasse et qu'on appelle un groupe, une association, une collectivité, une société.* »². Cette définition rappelle le rôle central que joue la culture dans la construction de l'individu, son rapport au monde et à l'autre. Elle nous laisse également entrevoir le bénéfice qu'il peut y avoir à faire connecter ces deux domaines.

Cette définition rappelle que la culture a d'autant plus sa place aujourd'hui au sein des établissements de soins que le patient ne peut plus être considéré comme un malade en marge de la société. Dans ce contexte de démocratisation culturelle, et compte tenu notamment du vieillissement de la population et de l'amélioration de la prise en charge des patients dans les établissements médico-sociaux, le maintien, voire le développement d'une offre culturelle

² La notion de culture, Extraits du chapitre IV: « Culture, civilisation et idéologie », de GUY ROCHER, Introduction à la sociologie générale

adaptée apparaît aussi comme un enjeu de société et plus seulement dans le secteur sanitaire. Le patient en établissement a droit à cette reconnaissance citoyenne dans le cadre de son parcours de soins, avec toutes les adaptations que cela comporte.

Quand parfois la proximité de la fin de vie, la diminution des fonctions physiques et mentales, le fait de ne plus appartenir au corps social peuvent tendre à invisibiliser la personne âgée, les personnes souffrant de handicap ou encore les jeunes en situation complexe. L'hospitalisation, le séjour en EHPAD ou bien un suivi en IME renforcent chez ces publics une invitation au repli.

Au regard de tout cela, certains artistes au travers de leur démarche invitent les patients à sortir du rôle de spectateur et les associent au processus de création artistique. Par ce processus de rencontre avec les publics, les artistes interrogent en profondeur la notion du juste soin en lui donnant un cadre plus large que la prescription médicale.

Ce bilan a notamment pour but de s'interroger sur les enjeux du déploiement du dispositif au sein du secteur sanitaire et médico-social.

Spécificités du milieu hospitalier

Le milieu hospitalier et médico-social est un monde fonctionnel organisé autour d'une activité de soins ou d'une activité sociale. La fonctionnalité de ces lieux détermine leur organisation ainsi que les contraintes qui s'y exercent. Il est ainsi important de noter l'extrême diversité de ce milieu.

Chaque établissement et chaque service dans ces établissements, disposent de modalités, de contraintes et de spécificités très différentes qui lui sont propres. Si ce bilan présente quelques contours afin d'offrir une vision plus fine des réalités du milieu médical, il ne saurait suffire à l'organisation d'un projet : il est en effet indispensable que le projet soit issu d'une co-construction entre le service médical et la structure culturelle : il convient de fait de se rapprocher des professionnels de l'établissement d'intervention et de favoriser l'intersectorialité dans le projet.

La prise en charge hospitalière s'inscrit dans le cadre plus large du « parcours de soins coordonnés ». De façon générale, le dispositif du « parcours de soins coordonnés » impose aux patients le choix d'un médecin traitant et la prise en charge d'un patient hospitalisé dépasse donc largement le cadre de l'hôpital ou d'une structure sanitaire et s'inscrit sur une temporalité beaucoup plus longue.

Les établissements médico-sociaux sont moins confrontés à ce mouvement des patients dans l'institution. Cependant, la prise en charge médico-sociale du patient tout au long de sa vie l'amène à fréquenter différents établissements pour des durées de prise en charge plus ou moins longues.

Cette réalité de la prise en charge permet de mesurer que la présence et la disponibilité des soignants et des patients durant la prise en charge sont variables et amenées à évoluer durant la période d'intervention des projets. Cette réalité explique les difficultés, parfois rencontrées dans les projets Culture-Santé, pour mobiliser les usagers et le personnel lors des interventions. Les durées de prise en charge ainsi que la disponibilité du public durant la prise en charge dépendent

des établissements et des services. Il est donc nécessaire d'envisager précautionneusement cette réalité avec les professionnels de santé en amont des projets.

Il existe un panorama très large d'établissements médicaux et médico-sociaux, spécialisés par type de public ou par pathologie. Nous vous invitons à consulter la liste des abréviations et les définitions au début de ce document pour retrouver quelques-uns des types d'établissements les plus courants.

Contraintes du milieu hospitalier

Plusieurs contraintes pèsent sur le secteur hospitalier. La première de ces contraintes est la contrainte financière : en effet, les projets menés dans des établissements sanitaires ne peuvent pas mobiliser du matériel et des moyens dans les mêmes proportions que dans les structures culturelles, notamment dans le cadre des projets en lien avec le spectacle vivant. Il ne s'agit pas ici de renoncer à d'éventuelles installations, possibles la plupart du temps, mais d'anticiper des proportions plus restreintes que dans les équipements culturels et de prévoir en amont des projets la faisabilité de telles installations.

En outre, l'hôpital est régi par des normes de sécurité et d'hygiène souvent rigides. Il n'est pas possible de faire la synthèse exhaustive de ces normes qui sont très variables selon les services. En sus de ces règles, les différentes unités sont soumises à de multiples exigences de service qui sont au cœur des prérogatives des établissements. Ces exigences de service et ces normes sont de nature à contraindre la liberté des organisateurs et des artistes dans le cadre d'installations plastiques ou d'événements. Ces contraintes sont une fois de plus très variables selon les établissements et les services.

Ces différentes contraintes impliquent leur anticipation et une collaboration étroite avec les professionnels des établissements, que ce soit avec les professionnels de soins, les services administratifs, les services techniques ou les services de sécurité.

Qu'est-ce que l'ARS ?

Les agences régionales de santé (ARS) sont des établissements publics, autonomes moralement et financièrement, placés sous la tutelle du ministère des solidarités et de la santé et chargés du pilotage régional du système de santé. Elles définissent et mettent en œuvre la politique de santé en région, au plus près des besoins de la population.

Créées en 2010, elles assurent une véritable coordination entre les services de l'Etat et l'assurance maladie en région, et regroupent d'anciennes structures traitant de la santé publique et de l'organisation des soins (dont la direction régionale des affaires sanitaires et sociales [Driss], agence régionale de l'hospitalisation [ARH], union régionale des caisses d'assurance maladie [Urba]...). Leurs actions visent à améliorer la santé de la population et à rendre le système de santé plus efficace. Leur champ d'intervention couvre tous les domaines de la santé publique : la prévention, la promotion de la santé, la veille et sécurité sanitaire, l'organisation de l'offre de soins en ville, en établissement de santé et dans les structures médico-sociales. Grâce à la transversalité

et à la territorialisation des politiques régionales de santé, les agences régionales de santé permettent de mettre en synergie tous les acteurs des territoires, de développer une vision globale de la santé et de décloisonner les parcours de santé, tout en assurant qualité, efficacité et sécurité de la prise en charge et de l'accompagnement dans le système de santé. Elles sont l'interlocuteur unique de tous les acteurs de santé en région.

Les missions des ARS se déclinent en deux axes :

- le pilotage de la politique de santé publique en région, qui comprend trois champs d'intervention : la veille et la sécurité sanitaires, ainsi que l'observation de la santé ; la définition, le financement et l'évaluation des actions de prévention et de promotion de la santé ; l'anticipation, la préparation et la gestion des crises sanitaires, en liaison avec le préfet.

- la régulation de l'offre de santé en région, qui vise à mieux répondre aux besoins et à garantir l'efficacité du système de santé.

Les agences régionales coordonnent les activités et attribuent le budget de fonctionnement des hôpitaux, cliniques, centres de soins ainsi que des structures pour personnes âgées, handicapées et dépendantes.

Depuis 2010, l'agence régionale de santé Bretagne met en œuvre la politique régionale de santé en Bretagne, en coordination avec les partenaires et en tenant compte des spécificités de la région et de ses territoires. L'ARS Bretagne est basée à Rennes. Une délégation départementale est par ailleurs présente dans chacun des 4 départements bretons, assurant ainsi une action au plus près des besoins de la population.

Spécificités du milieu culturel

Le secteur culturel en Bretagne

Près de 4 500 lieux culturels se trouvent en Bretagne. Cela correspond à un peu moins de 7 % des équipements culturels de France métropolitaine.

Les équipements culturels en Bretagne sont constitués pour les neuf dixièmes des monuments historiques et des lieux de lecture. Les presque 3 000 monuments historiques de la région témoignent d'une histoire régionale riche et représentent les deux tiers des équipements culturels de la Bretagne, soit deux points de plus qu'en France métropolitaine.

Il y a plus d'un millier de lieux de lecture dans la région. Ces derniers représentent 24 % de l'offre culturelle en termes d'équipements en Bretagne (23 % en France métropolitaine).

Alors que les centres urbains concentrent des équipements culturels, les lieux de culture se répartissent cependant sur tout le territoire régional. Cela résulte d'une part de la richesse de l'histoire régionale. Ce passé explique la présence de nombreux monuments, particulièrement sur le littoral et dans l'ouest de la région. D'autre part, les lieux de lecture publique maillent l'espace régional. Cette densité s'explique par les politiques volontaristes mises en œuvre par les acteurs publics. Par ailleurs, les salles de cinéma couvrent l'ensemble du territoire. Cette large couverture provient de l'implantation des salles classées « art et essai ». A contrario, la répartition des musées de France, théâtres et conservatoires laisse apparaître des zones « blanches » principalement au centre de la région (INSEE).

Les structures culturelles comme porteurs de projets

Depuis 2012, les projets Culture-santé doivent être portés par des structures culturelles, et non par des structures artistiques (compagnie, artiste indépendant, collectif, ...). Il s'agit de structures culturelles dont la capacité à porter des projets d'action culturelle de ce type est reconnue par la DRAC.

Sont notamment considérés comme structures culturelles : théâtres, festivals, conservatoires, centres chorégraphiques, scènes de musiques actuelles, bibliothèques, librairies, maisons de la poésie, centres d'archives, cinémas art et essai, structures d'éducation à l'image, centres et lieux d'art, FRAC, artothèques, écoles d'art, musées d'appellation « musées de France », centres d'interprétation du patrimoine, ...

Le volet artistique est proposé par l'opérateur culturel, qui est garant de sa qualité et de son aptitude à être en adéquation avec le projet culture-santé. Les partenaires valident ensemble le choix de l'artiste et son projet.

Cette structuration des partenariats offre les atouts suivants :

-la mobilisation, au service du projet, des ressources des structures culturelles, tant artistiques (programmation, réseau) que matérielles (lieu de diffusion à découvrir, espaces de répétition, matériel technique, ...) et en ressources humaines (médiateurs culturels notamment)

- l'inscription sur un territoire et l'ouverture à la vie de la cité;
- la possibilité, pour les bénéficiaires, de se familiariser avec une structure culturelle et d'y avoir des liens privilégiés notamment dans le cas d'un retour à la « vie ordinaire »;
- l'interconnaissance des partenaires permettant d'envisager, à la suite d'un projet d'envergure, des formes plus légères de propositions partagées (vernissage, parcours du spectateur, venue aux spectacles, ...);
- permettre un lien avec les familles, entre les générations, avec le territoire grâce au projet de création et de diffusion des œuvres via la structure culturelle.

Le calendrier annuel de programmation (spectacles et action culturelle) des structures culturelles est organisé au rythme des saisons, qui sont calquées généralement sur l'année scolaire.

Il existe de multiples types de structures culturelles, aux statuts différents, de l'association à la société privée, en passant par la régie municipale (elles sont alors un service de la mairie) à la Société d'Economie Mixte (partenariat public/privé) ou l'Etablissement Public de Coopération Culturelle (établissement indépendant sous contrôle d'une collectivité locale ou de l'État).

Certains équipements sont labellisés par l'Etat (centre dramatique, centre chorégraphique, scène de musiques actuelles, pôle national des arts du cirque, fonds régional d'art contemporain, ...). Le ministère de la culture développe en effet, en partenariat avec les collectivités territoriales, des politiques structurantes autour de ces établissements et réseaux, qu'ils soutiennent conjointement. A travers les missions d'intérêt général qu'elles assument, ces structures contribuent au renouvellement artistique et à la démocratisation culturelle.

Qu'est-ce que la DRAC ?

Selon le décret relatif à ses attributions, le ministère de la culture a pour principale mission de « rendre accessibles au plus grand nombre les œuvres capitales de l'humanité ». Depuis 1977, le ministère de la culture est présent dans chaque région grâce aux directions régionales des affaires culturelles (DRAC). La loi du 6 février 1992 organisant l'administration territoriale de la République a fait des DRAC des services déconcentrés du Ministère.

Les missions de la DRAC :

Les DRAC sont chargées de mettre en œuvre, sous l'autorité du préfet de région et des préfets de département, la politique culturelle définie par le gouvernement. Elles exercent également une fonction de conseil et d'expertise auprès des partenaires culturels et des collectivités territoriales dans tous les secteurs d'activité du ministère de la culture et de la communication : patrimoine, musées, archives, livre et lecture publique, musique, danse, théâtre et spectacles, culture scientifique et technique, arts plastiques, cinéma et audiovisuel.

-Elle intervient dans les domaines de la connaissance, de la protection, de la conservation et de la valorisation du patrimoine, de la promotion de l'architecture, du soutien à la création et à la diffusion artistiques dans toutes leurs composantes, du développement du livre et de la lecture, de l'éducation artistique et culturelle et de la transmission des savoirs, de la promotion de la diversité culturelle et de l'élargissement des publics, du développement de l'économie de la culture et des industries culturelles, de la promotion de la langue française et des langues de France,

- elle participe à l'aménagement du territoire, aux politiques du développement durable et de la cohésion sociale ainsi qu'à l'évaluation des politiques publiques,

- elle contribue à la recherche scientifique dans les matières relevant de ses compétences,

- elle concourt à la diffusion des données publiques relatives à la culture dans la région et les départements qui la composent,

- elle veille à l'application de la réglementation et met en œuvre le contrôle scientifique et technique dans les domaines susmentionnés en liaison avec les autres services compétents du ministère chargé de la culture.

-elle assure la conduite des actions de l'État, développe la coopération avec les collectivités territoriales à qui elle peut apporter, en tant que de besoin, son appui technique,

- elle veille à la cohérence de l'action menée dans son ressort par les services à compétence nationale du ministère chargé de la culture et les établissements publics relevant de ce ministère.

La DRAC Bretagne a son siège à Rennes.

Spécificités du public

Le public de ce type d'intervention est spécifique, tant par la présence de troubles susceptibles d'altérer les capacités motrices ou psychiques que par le contexte d'intervention. Ces spécificités imposent nécessairement des adaptations des actions, qui se décident pour la plupart au cas par cas et, bien souvent, interventions après interventions. Nous tenons, avant toute chose, à souligner le caractère évolutif ainsi que fortement personne-dépendant des troubles dont peuvent souffrir les personnes : une même pathologie ou handicap peut en effet entraîner des difficultés très différentes selon les personnes et selon les moments. Il est ainsi particulièrement important de considérer les patients dans leur individualité.

Des difficultés physiques

Les organisateurs des actions nous rapportent notamment des difficultés de mobilisation des personnes. Ces difficultés, liées au handicap des personnes et aux pathologies, sont très variables selon les services où se déroulent les interventions et selon les personnes. Elles peuvent aller d'un ralentissement moteur faible à des troubles fonctionnels plus sévères, comme la paralysie. Ces difficultés de mobilisation des personnes nécessitent une adaptation

des projets en fonction des capacités des personnes. Il est important de considérer que ces capacités peuvent évoluer au fur et à mesure des différentes interventions. Elles impliquent d'autre part une attention et une vigilance particulière lors de la conduite des interventions, ainsi que l'assistance des personnes dans leur mobilisation.

Les acteurs mettent également en évidence des difficultés de mobilité des personnes, que ce soit pour accéder aux lieux de médiation ou au sein même des espaces. Ces difficultés impliquent souvent d'aller chercher les gens dans leur chambre, de ramener ces personnes après l'intervention, de veiller à ce que la salle soit accessible et organisée en fonction des différents handicaps des participants... Une fois encore, ces difficultés peuvent évoluer sur la période d'évaluation.

Certains acteurs soulignent ainsi la nécessité de rester vigilant avec les personnes, certains patients pouvant parfois venir seul à certaines séances et devant être accompagnés à d'autres. Plusieurs acteurs font également état de modification des groupes impliqués sur la période d'intervention, certains patients devant renoncer à leur participation par faute d'un alitement nécessaire, de la dégradation de l'état de santé ou d'autres motifs. Cette variabilité des groupes est à considérer.

En outre, il est évidemment nécessaire pour l'intervenant de prendre en compte des handicaps tels la surdité, mal ou non voyance, l'aphasie... Cette considération, si elle semble de prime abord évidente, reste à envisager avec attention, notamment pour les publics âgés pour lesquels ces handicaps sont très récurrents et parfois non-mentionnés de façon explicite.

Il est en outre nécessaire de rester vigilant au contexte de fragilité de chacun des participants (fatigabilité, stress...). En effet, l'hospitalisation est un temps qui peut s'avérer particulièrement difficile pour les personnes. Parmi les éléments de fragilisation de la personne à prendre en considération, il faut notamment remarquer que la plupart des patients bénéficient de traitements médicamenteux ou autres. La prise de médicaments, ainsi que certains examens, peuvent influencer sur l'état physique et psychique des patients, notamment au niveau de la concentration, de la compréhension, de la fatigabilité, du stress ou encore de la majoration du risque de chute.

L'ensemble de ces difficultés justifient et imposent la présence de personnels soignant lors des interventions, qui prennent en charge ces difficultés et les surveillances qui y sont liées.

Des difficultés psychologiques et psychiques

La seconde sphère est celle des difficultés d'ordre psychologiques ou psychiques dont peuvent souffrir les patients. Parmi les difficultés rapportées, les troubles de la compréhension et de la communication sont notamment mis en avant. Elles impliquent une adaptation des contenus des interventions en fonction des personnes présentes. Cette adaptation ne peut se faire que pendant les activités, car il est très difficile d'augurer de ces difficultés. Il ne faut cependant en aucun cas sous-estimer à priori les capacités intellectuelles des patients, qui disposent pour la plupart de capacités tout à fait habituelles.

Certains acteurs, notamment en psychiatrie, soulèvent également la question de la fragilité émotionnelle des publics, qui justifie un important travail de médiation. Certains acteurs décident en outre de limiter les thématiques abordées quand d'autres défendent la capacité de la médiation à permettre d'aborder tous les sujets. La construction des projets avec les personnels de santé permet de construire un projet adapté à la population visée.

Le financement du dispositif

Les actions soutenues au titre de cette convention font l'objet d'un financement conjoint de l'ARS et de l'Etat (DRAC Bretagne), tenant compte du montant des crédits délégués pour chaque exercice budgétaire.

Pour prétendre à un financement, l'ARS et l'Etat (DRAC Bretagne) examinent la faisabilité technique et la qualité artistique et culturelle des projets relevant du champ d'application de cette convention. Les projets doivent également présenter une part d'autofinancement significative de l'établissement pour ouvrir droit à une aide financière de l'ARS et de l'Etat (DRAC Bretagne).

L'ARS apporte son soutien financier aux projets portés par les établissements sanitaires et médico-sociaux par l'allocation d'une enveloppe non pérenne. C'est-à-dire que la demande de financement est à renouveler chaque année peu importe le type de projet présenté. Ce financement provient du fond d'intervention régional (FIR), créé le 1er mars 2012, en application de l'article 65 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2012. Outil de pilotage confié aux ARS, elles sont ainsi libres d'adapter leurs financements en fonction de ce qu'elles identifient comme nécessaires à leur territoire aussi bien en terme d'offre de soins sanitaire et médico-sociale, qu'en matière de prévention ou de facilitation de l'accès aux soins.

L'Etat (DRAC Bretagne) soutient l'intervention de structures professionnelles culturelles impliquées dans les projets, en particulier dans le cadre des conventions ou contrats qu'elle passe avec les établissements des réseaux labellisés nationaux. Ce soutien se traduit soit par une subvention globale au partenaire culturel, soit par une aide au projet, sachant que ces crédits ne peuvent couvrir que la rémunération des intervenants et leurs défraiements et non le fonctionnement de celui-ci.

Modalités de mise en œuvre

L'appel à projets s'adresse à tous les établissements de santé et médico-sociaux, qu'ils soient publics ou privés, en partenariat avec les équipes artistiques et les structures culturelles et patrimoniales de la région Bretagne.

L'appel à projets n'a pas vocation à soutenir financièrement tous les projets d'action culturelle mis en œuvre dans les établissements sanitaires et médico-sociaux de Bretagne. Le dispositif joue avant tout un rôle de « starter », pour faire émerger de nouveaux partenariats et de nouvelles dynamiques territoriales, mais aussi pour sensibiliser les différents acteurs Culture-

Santé. Il permet également de soutenir des projets ambitieux qui ne pourraient voir le jour sans soutien, notamment des résidences d'artistes.

Modalités et critères

Chaque projet validé est soutenu paritairement par l'ARS et la DRAC. L'aide financière doit être affectée aux dépenses induites par le projet et ne peut servir à couvrir les frais de fonctionnement des structures. L'intervention conjointe de la DRAC et l'ARS est plafonnée au taux maximal de 60 % du coût du projet. Les bénéficiaires peuvent chercher des soutiens auprès d'autres partenaires ou institutions publics ou de mécènes privés.

Depuis 2017, la convention donne la priorité aux :

- projets portés par des établissements dotés d'un référent culturel,
- projets s'inscrivant dans la durée et associant d'autres acteurs locaux du territoire (écoles, associations...),
- projets à forte ambition artistique,
- projets de coopération entre plusieurs services ou établissements,
- projets s'inscrivant dans une dynamique territoriale, et particulièrement les projets présentant une réflexion autour de la trajectoire de la personne dans l'offre de soin.

Procédure de sélection

Chaque projet est soumis pour avis aux différents conseillers de la DRAC, en fonction du secteur dont il relève. L'ensemble de ces projets font ensuite l'objet d'une concertation entre les responsables du dispositif de la DRAC et de l'ARS, qui décident conjointement de la programmation annuelle (attribution des subventions par projet). Après validation de cette programmation par la direction des deux services, les résultats sont notifiés par courrier aux bénéficiaires.

Calendrier

Le calendrier de l'appel à projet est défini chaque année, en s'inspirant de la trame suivante :

- mi-février : publication et diffusion de l'appel à projet par la DRAC et l'ARS
- mi-mai : date limite de dépôts des dossiers
- mi-juin : réunion de programmation
- juillet : notification des réponses
- à partir de juillet-août : versement des crédits ARS-DRAC

Diffusion de l'appel à projet

Ayant pour objectif d'améliorer la visibilité de la politique à l'échelle régionale, les partenaires ont attaché une grande importance à la diffusion de cet appel à projet. Celui-ci fait l'objet

d'une campagne de communication par le biais des sites respectifs de la DRAC et de l'ARS, sous forme de post d'actualité. Il est également transmis par l'ARS à l'ensemble des établissements sanitaires de la région et aux réseaux fédérateurs des établissements médico-sociaux, chargés de relayer cet appel à l'ensemble des établissements médico-sociaux. La DRAC le transmet par courriel à l'ensemble des structures culturelles reconnues par ses services pour leur capacité à porter ce type de projet d'action culturelle.

Evaluation et non obligation de résultats

Un protocole d'évaluation des projets est mis en place à partir de 2013. L'ensemble des structures soutenues doit obligatoirement communiquer aux deux partenaires un bilan complet du projet de l'année précédente (voir modèle bilans en annexe).

Ces retours détaillés sont précieux car ils permettent d'affiner et d'améliorer l'accompagnement des structures et des établissements dans les projets Culture-Santé en mettant en avant les freins et les leviers de la mise en œuvre de leur projet. Ces bilans participent en outre de la proximité des référents DRAC et ARS avec ces différents acteurs et du bon suivi des actions ou de leur renouvellement.

Toutefois, bien qu'un bilan soit demandé en fin d'action, l'appel à projet ne poursuit aucun résultats ou objectifs de santé et de démocratisation culturelle. Il est admis dans le cadre du dispositif une certaine liberté d'échouer, c'est-à-dire que le bilan n'intègre pas d'effets quantifiables ou chiffrés mais se concentre sur l'impact effectif, décrit par le ressenti et la sensibilité des parties prenantes tout au long du déroulement du projet. Cette non obligation de résultats ou de justification est un atout de cet appel à projet.

Une liberté notoire est donnée aux acteurs dans le cahier des charges de l'appel à projet : aussi dans la construction que dans la conduite de ce dernier, le cahier des charges est allégé de contraintes de résultats. Cela a pour but de convoquer l'imaginaire des parties prenantes dans l'élaboration des projets et d'encourager l'innovation par la stimulation.

Sens de l'action

Dans le secteur sanitaire et médico-sociale, plus de quinze ans de développement d'une politique culturelle montre que, si les modalités d'interventions peuvent être diverses, leurs effets sont clairement identifiés. Donner la possibilité à l'utilisateur de débiter ou de poursuivre sa vie culturelle même pendant son hospitalisation contribue à réduire son isolement. La culture contribue à lui accorder une nouvelle place. Elle est facteur de valorisation personnelle et de lien social.

De même, elle participe de la qualité des relations professionnelles convoquées dans les prises en charge en créant de nouveaux espaces de coopérations. Elle crée aussi de nouveaux espaces de vie au sein des établissements, des espaces-tiers, perméables à la vie de la Cité améliorant ainsi l'inscription des établissements dans leur territoire.

Enfin, la culture participe à changer de regard sur l'usager ou l'empêché mais aussi à reconnaître et intégrer chacun d'entre nous au-delà de nos différences. De fait, les établissements et services médico-sociaux cherchent aujourd'hui à s'ouvrir davantage à leur environnement, pour réduire les frontières implicites nées de la prise en charge institutionnelle.

Tout cela se concentre la personne, et non plus le patient, la personne en situation de handicap, la personne âgée ou encore l'individu comme seul être social, mais bien la personne dans son intégrité.

Chaque personne a en elle un potentiel de créativité et a le droit de l'expérimenter et de l'exprimer. Le développement culturel dans les espaces de santé, qu'ils soient sanitaires ou médico-sociaux, est donc étroitement lié à la question des droits culturels d'une part et à la notion de cohésion sociale d'autre part. Ces projets contribuent en effet au respect des droits fondamentaux des personnes tout en favorisant le vivre ensemble au-delà des différences.



L'appel à projet et son histoire

Dans le modèle originel de la politique culturelle, la notion de culture est fondée sur une acception élitiste et la création artistique joue alors un rôle central. Dans les années 1960, une distinction est opérée entre la culture savante considérée comme universelle et légitime et les cultures populaires, entre les pratiques professionnelles et les pratiques des amateurs, entre les lieux de création artistique et les équipements de quartier. C'est autour de l'idéal de la « démocratisation de la culture », une logique d'action publique légitimant la politique culturelle, que naît l'opposition « socioculturel/culturel ». Désormais les actions culturelles répondent à des objectifs de démocratisation culturelle et contribuent à rendre effectif le droit citoyen d'accès à l'art et à la pratique artistique.

Au cours des années 1980, sous l'impulsion de Jack Lang, alors ministre de la Culture, une approche différente des relations entre la population et l'art et la culture est proposée : la démocratie culturelle devient une véritable stratégie pour répondre aux enjeux de cohésion sociale. Avec la montée en puissance des collectivités territoriales dans les affaires culturelles et les lois de décentralisation, les villes, principalement, sont invitées à mettre en place leur propre politique culturelle, axée sur le développement de l'accès à la culture avec des projets plus proches des populations locales.

C'est ainsi que depuis plus d'une vingtaine d'années, l'action culturelle est régulièrement associée aux interventions sociales ou éducatives, menées notamment dans le cadre de la politique de la ville. La culture devient un moyen de valoriser les zones et un public spécifique. Si à l'échelle du territoire, la ville est le degré de collectivités territoriales la plus proche des administrés, le développement de l'intervention socio-culturelle incite peu à peu le département, qui a à sa charge les affaires sociales, et la région à organiser des interventions culturelles en répondant à leur tour selon une logique socio-culturelle.

Ainsi, depuis 1999, le ministère de la culture et de la communication et le ministère des affaires sociales et de la santé (devenu le ministère de la santé, de la jeunesse et des sports depuis) se sont engagés en faveur de l'accès à la culture pour tous les publics dans les établissements de santé développant par là le travail en intersectorialité.

Le 4 mai 1999, la convention « Culture à l'hôpital » est signée entre les ministères afin de promouvoir une politique commune d'accès à la culture pour tous les publics en milieu hospitalier. En 1999, le ministère de la culture et de la communication, et le secrétariat d'état à la santé et à l'action sociale, signent la convention Culture Hôpital qui vise à favoriser les relations entre lieux de culture et établissements de santé, afin « d'aider les hôpitaux à se doter d'une véritable politique culturelle ».

La convention repose sur deux principes transversaux : la culture doit pouvoir « jouer un rôle essentiel » pour « faire de l'hôpital un lieu plus humain, ouvert sur la cité » et les séjours hospitaliers sont « l'occasion d'un contact privilégié avec la culture » et ces publics représentent donc des enjeux importants en terme d'accès à la culture pour tous.

D'un point de vue contextuel, on distinguera deux périodes d'action avant 2017 :

Convention Culture-Hôpital (2004-2010)

Durant cette période, les subventions sont majoritairement reversées en intégralité aux établissements sanitaires.

Sur la période 2004-2010, on observe une progression limitée des moyens alloués au dispositif (augmentation de 20 % en 2010 par rapport à 2004). En tout, sur la période 2004-2010, 458 900 € sont attribués par la DRAC et l'ARH.

Toutefois, le rayonnement de la convention demeure limité à un nombre restreint d'établissements, qui proposent des projets tous les ans ou de façon régulière. Deux structures notamment se démarquent par leur implication : le CHGR et le CHRU de Brest. A deux, elles captent en moyenne 52 % de l'enveloppe Culture-Santé annuelle.

Si des projets soutenus sont présents dans tous les départements de Bretagne, de fortes inégalités de territoire apparaissent sur la période Culture-Hôpital : il faut remarquer la nette avance de l'Ille-et-Vilaine, suivie par le Finistère.

Durant la période Culture-Hôpital, la discipline la plus représentée, en terme de nombre de projets est le théâtre, suivi des arts visuels. Durant cette période, des partenariats très forts entre des établissements sanitaires et des équipements culturels ont vu le jour. En effet, au fil des années, on a pu constater une fréquente reconduction des projets et des partenariats, dont certains se poursuivent encore aujourd'hui.

Convention Culture-Santé (2011-2016)

L'année 2010 marque un tournant dans l'histoire de la politique Culture-Santé. En effet, le 6 mai 2010, Roselyne Bachelot, ministre de la santé, et Frédéric Mitterrand, ministre de la culture et de la communication, renouvellent les engagements en faveur de la culture dans les établissements de santé en signant la convention Culture-Santé.

Cette convention, dans la lignée de celle de 1999, réaffirme et renforce les objectifs d'une collaboration interministérielle pour le développement de la culture dans les établissements de santé. Les principales modifications de cette convention sont :

- l'ouverture du dispositif aux établissements médico-sociaux
- l'élargissement à l'ensemble des modalités artistiques des actions menées (résidence d'artiste, ateliers, actions de médiation...)
- l'encouragement de l'inscription par les établissements de santé d'un projet de politique culturelle dans leurs contrats d'objectifs
- l'ouverture des conventions régionales aux collectivités locales

-le renforcement de la professionnalisation des intervenants par le biais de formation continue

-le renforcement de la politique de nomination de référents culturels dans les établissements de santé

-le renforcement de l'évaluation du dispositif au niveau national et régional.

L'ouverture aux champs médico-sociaux en particulier bouleverse toute la politique du dispositif : de seulement 100 établissements susceptibles de porter des projets, le dispositif en concerne désormais plus de 1000 sur l'ensemble du territoire.

Ainsi, dès 2010, la politique régionale s'ouvre aux établissements médico-sociaux, avec dès la première année 5 projets sont soutenus dans ces établissements.

A partir de 2011, la DRAC et l'ARS optent pour une politique de soutien strictement paritaire. Cette évolution vise à maintenir une dynamique créative face à l'essoufflement des propositions artistiques observée sur la période Culture-Hôpital.

La période 2011-2016 se démarque de la période précédente par son dynamisme et son effervescence. L'enveloppe allouée au dispositif double en 6 ans, passant de 65 800 € en 2010, pour atteindre 139 000 € en 2016 (+111,25%). En tout, la DRAC et l'ARS ont attribué 685 550 € sur la période Culture-Santé.

Le nombre annuel d'établissements concernés et le nombre annuel de communes touchées doublent également durant cette période. 27 établissements sont soutenus en 2016 contre 14 établissements en 2010 (+92,56%). 21 communes sont touchées en 2016 contre 11 communes en 2010 (+90,91%).

La politique volontaire de la DRAC et de l'ARS, au travers notamment de l'appel à projet, est à l'origine d'une nette amélioration, par rapport à la période Culture-Hôpital, de la diffusion territoriale des projets soutenus. Le phénomène de concentration des projets dans quelques établissements de la ville de Rennes se réduit à partir de 2012 au profit des communes péri-urbaines de Rennes et d'une ouverture plus large en terme de nombre d'établissements. En 5 ans, le nombre d'établissements concernés et de communes touchées en Ille-et-Vilaine est multiplié par trois.

La répartition des disciplines sur la période Culture-Santé tend vers plus d'homogénéité. La part du théâtre recule au profit de la musique, de la danse et de l'audiovisuel. Il faut remarquer tout particulièrement l'essor du secteur de l'audiovisuel (de 3 projets sur l'ensemble de la période Culture-Hôpital, il représente 4 à 7 projets par an sur la période Culture-Santé).

Sur la période Culture-Santé, le soutien DRAC/ARS moyen par projet est de 3614.24€. Ce montant moyen est stable pour chaque année de la période. Cependant, le montant du soutien DRAC/ARS est très variable selon les projets. Depuis 2013, la DRAC et l'ARS décident de ne plus effectuer de micro-soutiens (inférieur à 1000€).

En moyenne sur la période 2012-2016, la DRAC et l'ARS financent les projets à hauteur de 83,43 % du montant demandé par les projets soutenus. Ce chiffre est en forte baisse depuis 2012 (93,18 %) et atteint 75 % environ en 2015 et 2016.





**PÉRIODE CULTURE ET
SANTÉ**

2017-2021



Bilan de la période Culture-Santé 2017-2020

En outre, les nombreuses années d'engagement des acteurs sanitaires, sociaux et culturels bretons dans des projets Culture-Santé ont doté la Bretagne d'une vaste expérience collective. Dans le cadre des missions d'accompagnement et de promotion des projets de la DRAC et de l'ARS, par les bilans fournis par les structures et en interrogeant un certain nombre d'acteurs, sur des retours d'expériences, ce document rassemble des informations susceptibles d'aider ceux qui souhaitent construire et conduire ce type de projets. Ce travail de bilan a notamment vocation à aider les acteurs historiques à poursuivre ces projets et à éveiller chez de nouveaux acteurs l'envie de monter des projets en leur apportant les ressources et l'accompagnement nécessaires au développement et à l'épanouissement de leurs initiatives.

Evaluer des effets sur la santé

Si l'accès à la culture semble se justifier d'un point de vue politique et social, la question du bien-être que le dispositif apporte est difficilement quantifiable. Faire un bilan pose de plus la question de la valeur médicale effective de la culture, c'est-à-dire les effets observables sur les usagers.

Toutefois il n'existe pas d'indice ou d'outils permettant de quantifier ces effets. D'un point de vue méthodologique cela s'avèrerait extrêmement compliqué en ce qu'il existe une multitude de projets portant eux même sur divers publics ; et il serait difficile d'évaluer uniformément les résultats. « *L'évaluation qualitative pose la difficulté d'évaluer l'humain : comment mesurer l'apport de l'activité radiophonique auprès des personnes âgées, l'augmentation du bien-être ? L'évaluation de notre projet au nombre d'articles de presse ne nous semble pas être gage de sa qualité ; d'autant que nous prônons à travers notre action une logique d'humanisation du traitement de la personne âgée et d'une amélioration de sa qualité de vie en établissement. Il se pose ainsi la question, complexe, des indicateurs à retenir. La difficulté est de trouver des indicateurs objectifs permettant de rendre compte de l'impact du projet sur le bien-être de la personne et des bienfaits d'une "ambiance culturelle et radiophonique" sur les personnels* » [12].

Les effets que l'on peut constater sont appréciables par les équipes qui entourent les patients ou celles qui encadrent les séances. Le temps et l'étalement des séances leur permet de cerner les bénéfices éventuels des actions. Leurs témoignages sont donc précieux car à travers leur jugement nous voyons quels sont les effets des projets culturels sur la santé et le bien être des patients.

Or, on constate et nous le détaillerons par la suite qu'il y a des effets notables sur les patients. La démarche d'accessibilité culturelle de certains artistes invite les patients à sortir du rôle de spectateur et les associe au processus de création artistique. Par ce processus de rencontre avec les publics, les artistes interrogent en profondeur la notion du soin en lui donnant un cadre plus large que la prescription médicale.

Cette activité qui amène de la santé se rapproche ainsi d'une logique intersectorielle de santé publique et de promotion de la santé, qui est que la santé est partout autour de nous et dans les déterminants de la santé notamment : le niveau de revenu et le statut social, les réseaux de soutien social, l'éducation, l'emploi et les conditions de travail, les environnements sociaux, les environnements physiques, les habitudes de santé et la capacité d'adaptation personnelles, le développement de la petite enfance, le patrimoine biologique et génétique, les services de santé, le sexe, la culture. Ce qui touche à ces déterminants, favorise donc notre état de bien-être et de santé.

Méthodologie

Lors de l'écriture du dernier bilan (2004-2016), il avait été mis en évidence l'existence de deux périodes : Culture à l'hôpital et Culture et Santé. Le renouvellement de cette convention cadre s'inscrit dans la continuité de la période Culture et Santé bien qu'une nouvelle convention voit bientôt le jour. En effet, l'actuelle et la future convention continuent d'ouvrir les candidatures pour les appels à projet aussi bien aux établissements sanitaires que médico-sociaux et marquent en ce sens une rupture avec Culture à l'hôpital.

L'écriture de ce bilan arrive également avec une crise sanitaire qui suit toujours son cours. Sur le plan méthodologique, 2020 et 2021 sont deux années que l'on peut isoler en raison de l'impact de la crise sanitaire du covid-19 sur le monde de la culture et de la santé. De très nombreux projets et jumelages ont en effet été suspendus ou reportés. Les données qui apparaissent pour 2020 et 2021 sont donc à considérer avec prudence car elles ne sont pas nécessairement la représentation d'une tendance mais plutôt le reflet de l'impact de la crise sanitaire.

Les analyses réalisées dans ce bilan vis-à-vis de la répartition disciplinaire des projets se fondent sur les disciplines réelles, afin de prendre en compte avec le plus de précision possible les secteurs d'activités engagés dans de tels projets. Ainsi, nous avons pu considérer plusieurs disciplines pour un seul projet, en cas de pluridisciplinarité évidente de la proposition artistique.

Nous tenons également à préciser quelques points méthodologiques importants :

Ce bilan s'articule en deux parties :

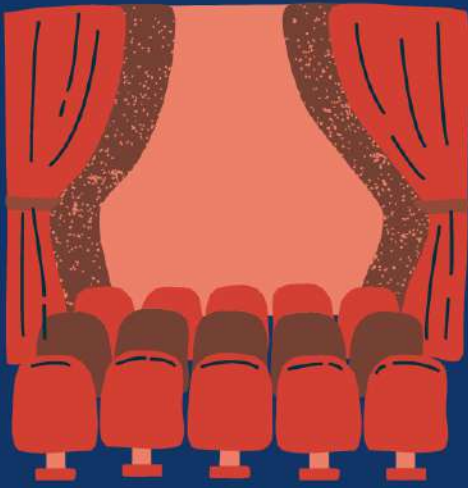
- D'une part, le bilan propose une évaluation quantitative de l'appel à projets aux moyens d'éléments statistiques issus des documents de travail. Cette évaluation quantitative débute à l'année 2017 et se termine à l'année 2021 puisqu'à l'heure de l'écriture de ce bilan, nous pouvons intégrer des éléments de la programmation de 2021 et donc permettre un bilan le plus actualisé possible.
Cette partie quantitative est réalisée par le prisme des territoires et des disciplines artistiques puisque ce sont des éléments importants dans la vie du service de l'action culturelle et territoriale de la DRAC. Les éléments statistiques ont été conçus et calculés intégralement à partir de données internes qui sont recueillies chaque année dans le cadre de la programmation de l'appel à projet. Ces données chiffrées permettent de visualiser la progression et le développement du dispositif de manière absolue et concrète au regard notamment du financement et de la participation des structures.
- Deuxièmement, le bilan intègre une grande partie qualitative. Comme mentionné précédemment, il est demandé aux partenaires dont les candidatures ont été retenues de communiquer chaque année un bilan de l'action qui s'est déroulée à N-1. Ces bilans intègrent notamment un retour qualitatif de la mise en œuvre et de l'impact de l'action. Ces données ont été complétées par la réalisation d'entretien de certains

acteurs du territoire tant au niveau culturel que sanitaire/médico-social : sociologues, chargés de mission, référent culture et santé, soignants, professionnels de la santé publique etc. Ces entretiens ont permis d'approfondir l'évaluation qualitative et de donner dans certains cas un point de vue externe à l'action. Il est à noter que la partie qualitative va de 2017 à 2020 et n'inclue pas l'année 2021 puisque les projets 2021 seront évalués en 2022. Il y a donc une asymétrie entre la partie quantitative et qualitative. Ce bilan qualitatif se subdivise en sous parties afin d'apprécier plus en détails l'impact de l'action sur les acteurs qui gravitent autour d'un projet à savoir : les artistes et les structures culturelles, les patients bien sûr, le personnel des établissements sanitaires et médico-sociaux, qu'ils soient soignants ou non et les collectivités territoriales.

De plus, un focus a été fait sur les jumelages qui sont une forme novatrice de mise en œuvre de l'action et qui ont vocation à être encore plus encouragés et développés. Enfin des éléments de santé publique ont été intégrés à ce bilan afin de prendre en compte les apports de ce dispositif dans sa globalité car si le dispositif a pour vocation première de favoriser l'accès à la culture il n'en reste pas moins que de nombreux effets sur les acteurs de ce dispositif ne sont pas à négliger.

Enfin, aucune sous partie n'est consacrée aux publics car les publics sont indirectement apparentés au type de la structure. Ainsi, le critère de distinction des établissements est souvent identique à celui du public et présente de la redondance. Cela est d'autant plus difficile à analyser que lorsque l'on traite de projets transversaux ou intergénérationnel, le public est mixte.





Bilan quantitatif



Bilan quantitatif

Quelques chiffres

Le financement alloué pour l'appel à projet et depuis 2017 un budget stable de 146 000€ dont 65000€ versés par l'ARS et 81000€ versés par la DRAC.

Ce budget cumulé ne répond pas à des critères ni à des objectifs de financements. Les financements alloués par l'ARS et la DRAC ne sont pas fléchés vers des structures ou des territoires ; ils varient d'une année à l'autre.

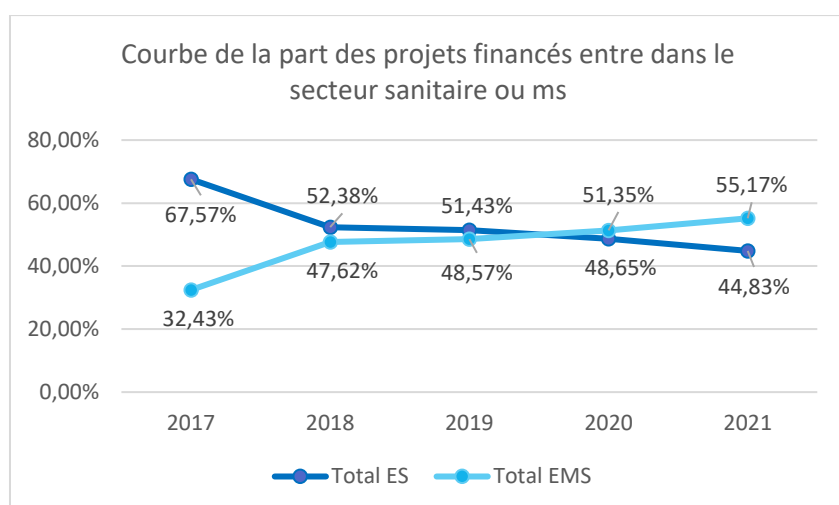
Pour les candidatures reçues, entre 2017 et 2021 on constate un nombre moyen de près de 64 candidatures par an avec un pic à 84 candidatures en 2019 et au plus bas en 2021 avec seulement 36 candidatures mais cela s'explique par la crise sanitaire et le non renouvellement des actions.

On compte près de 180 projets financés en 5 ans, soit une moyenne d'environ 36 projets reçus par an. Ce chiffre oscille entre 42 (2019) et 29 (2021).

Récente prédominance des projets médico-sociaux

Depuis 2010, l'appel à projet est ouvert aux structures du médico-social. Si les actions dans ce secteur semblent avoir mis plusieurs années à se développer, les projets dans le MS sont aujourd'hui dominants.

Depuis 2019 on peut en effet observer un inversement de la tendance. L'appel à projet qui était autrefois réservé au secteur hospitalier s'est ainsi largement ouvert au EMS qui représentent en 2021 près de 55% des projets contre 32% en 2018 (+22 points) soit une augmentation de plus de 40%.



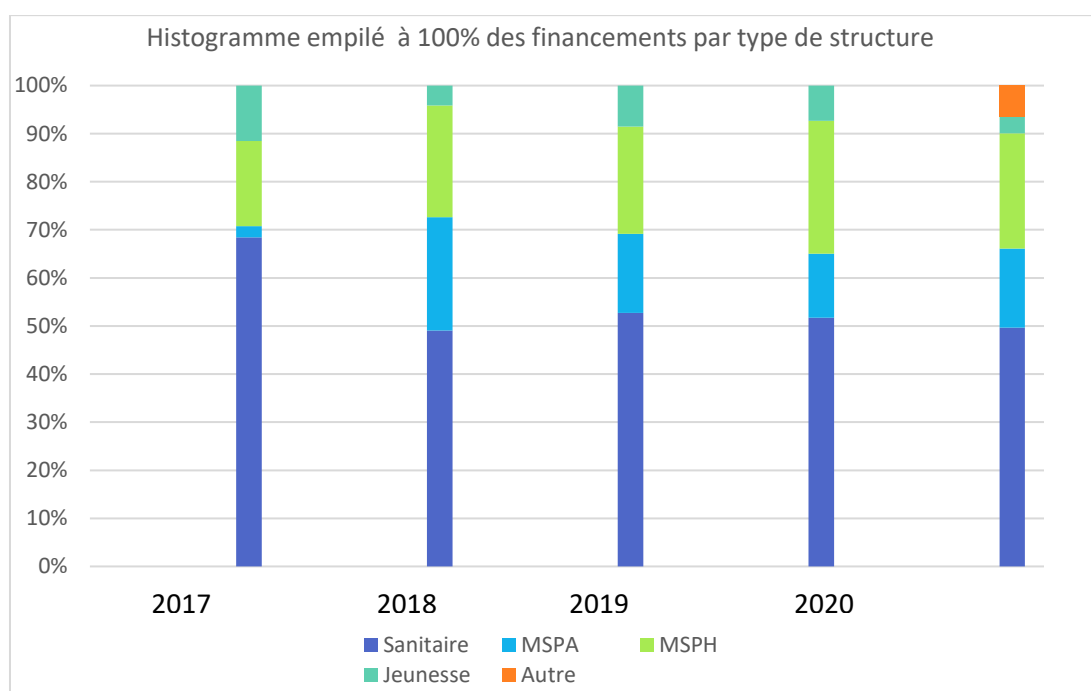
Evolution des financements par type de structures

On distingue cinq types de structures :

- 1) Les établissements sanitaires (CHU, CHU, EPSM etc.)
- 2) Les maisons de soins pour personnes âgées : les MSPA (EHPAD notamment)
- 3) Les maisons de soins pour personnes handicapées : les MSPH (IME, ITEP, ESAT...)
- 4) Les établissements dédiés uniquement à la jeunesse
- 5) Enfin les établissements mixtes qualifiés de « autre ». Ces établissements accueillent un public par exemple jeunes et handicapés. De fait, d'un point de vue méthodologique, ce public mixte n'apparaît pas en Jeunesse ou en MSPH par exemple il faut donc être vigilant quant à l'interprétation que l'on pourrait faire des statistiques.

Le secteur médico-social comprend ainsi les MSPA, les MSPH, les structures jeunesse.

Le graphique suivant permet de représenter l'évolution des financements par structure entre 2017 et 2021. L'empilement à 100% permet ici d'harmoniser l'histogramme puisque le budget cumulé est depuis 2018 plus conséquent qu'en 2017.



On remarque la diminution nette de la part du secteur sanitaire comme dit précédemment. L'offre médico-sociale subit peu des changements bien que d'années en années elle devienne une part plus conséquente de l'appel à projet.

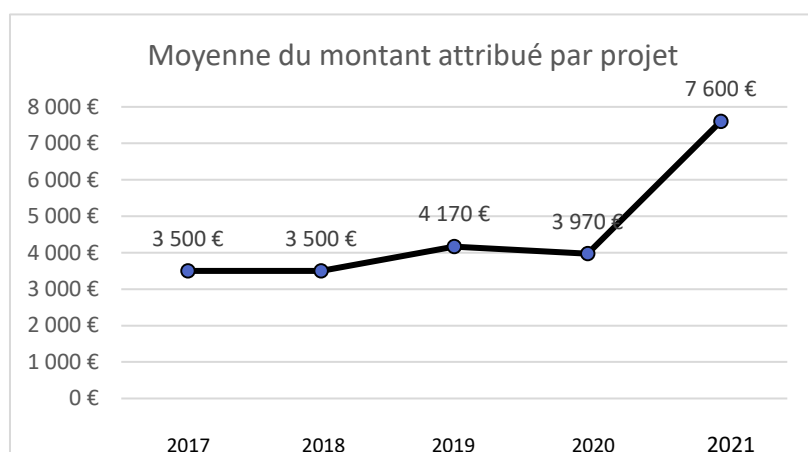
On constate que certaines structures du médico-social conservent une part relativement identiques d'années en années. Les MSPA représentent chaque année entre 16,2% et 20,7%

depuis 2018 (2,7% en 2017) ; les MSPH entre 18,9% et 24,32% depuis 2017 ; les établissements mixtes entre 4,7% et 10,8%. En revanche on note une progression pour les établissements de jeunesse qui sont apparus en 2020 mais dont l'impact reste très limité (entre 2,7% et 3,4%).

Un budget alloué par projet en augmentation

Si on s'intéresse maintenant au budget moyen alloué par projet, on notera que cette moyenne est en augmentation. En 2017 la moyenne des financements demandés était de 4 984 € contre 7 592 € en 2021. L'enveloppe globale des demandes allant quant à elle de 273 301 € en 2021 à 439 000 € en 2018. Cela s'explique par le plus faible nombre de projets reçus en 2021 mais qui permet pour autant de subventionner les projets à une hauteur plus importante.

La moyenne des montants attribués est ainsi de 4548€ entre 2017 et 2021 : de 3500€ en 2018 à 7600€ en 2021. En moyenne, sur la période 2017-2021 le dispositif soutient des projets un à hauteur de 77% du montant demandé.



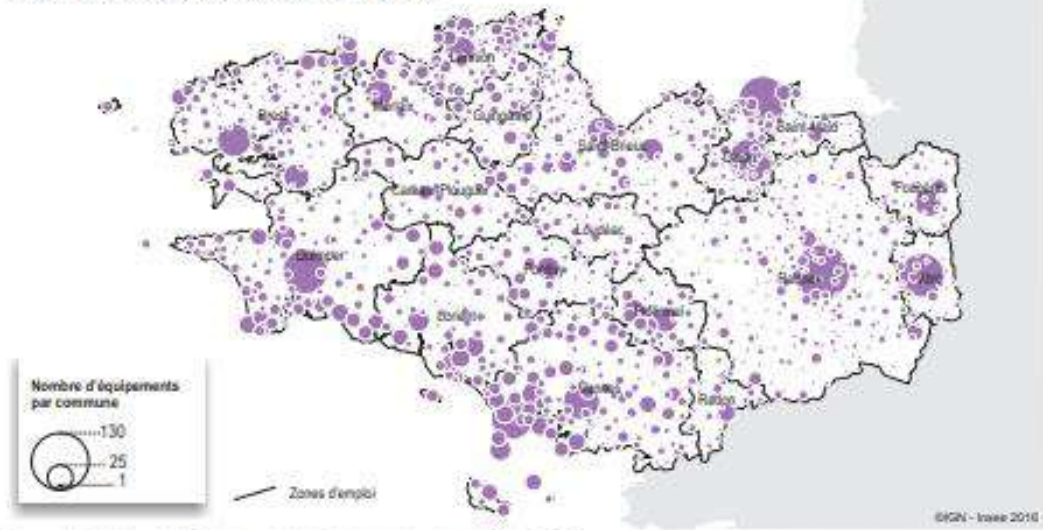
Inégale répartition des projets sur le territoire

Si l'on s'intéresse aux territoires et à la répartition des projets sur la région Bretagne, on s'aperçoit que leur répartition est encore inégale même après plusieurs années d'existence du dispositif.

Pointée lors du précédent bilan, ces inégalités territoriales s'expliquent notamment par une politique départementale en matière de culture et un accès différencié à la culture selon les territoires de résidence, certains départements étant plus riches en équipements culturels que d'autres (source : INSEE 2012) :

11 Les équipements culturels se déploient sur tout le territoire

Localisation des équipements culturels*



Source : Ministère de la Culture et de la Communication, chiffres 2012.

16 Théâtres : une inégale répartition

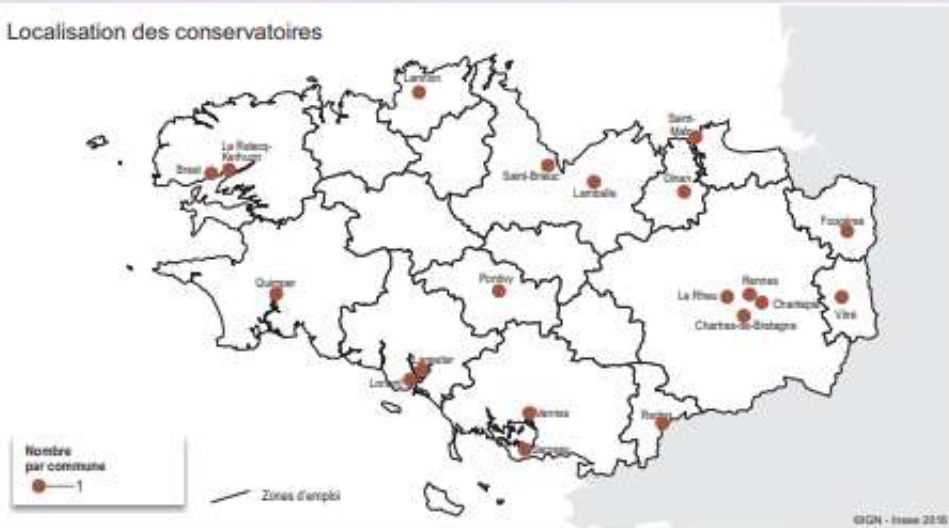
Localisation des théâtres



Source : Ministère de la Culture et de la Communication, chiffres 2012.

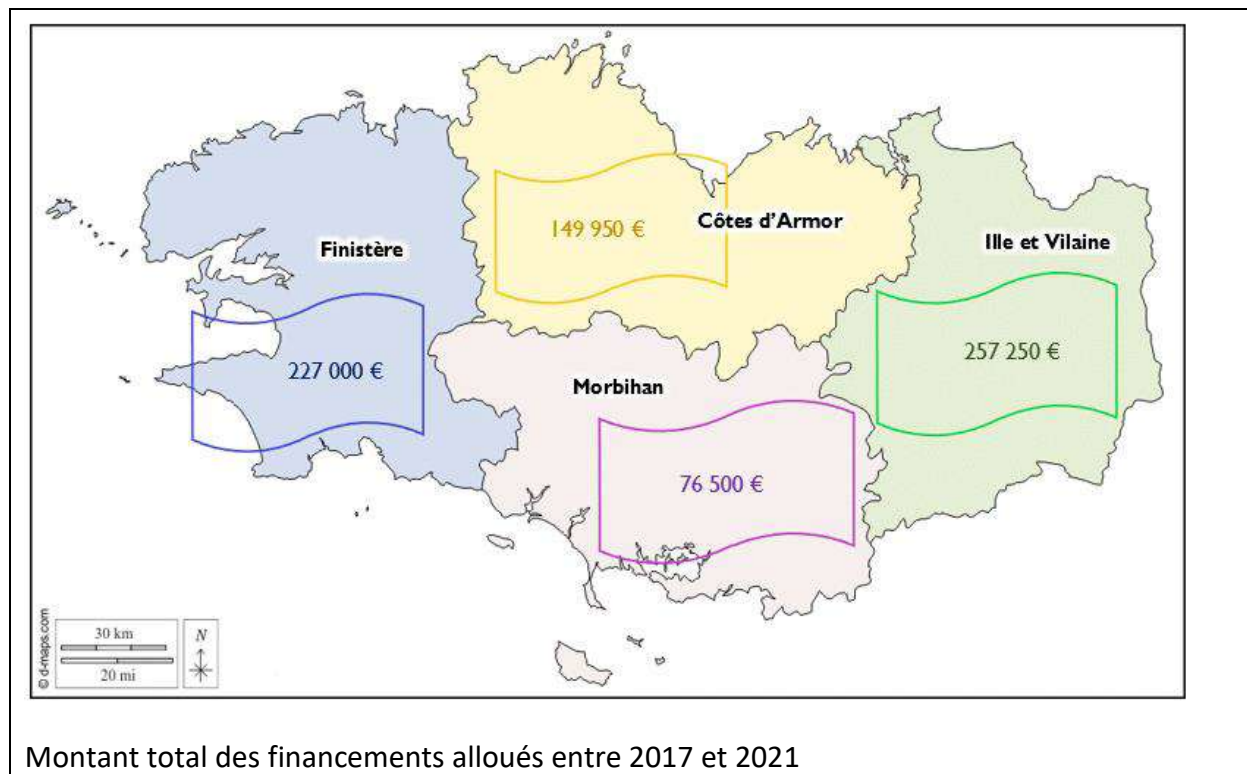
17 Conservatoires : de nombreuses zones blanches

Localisation des conservatoires

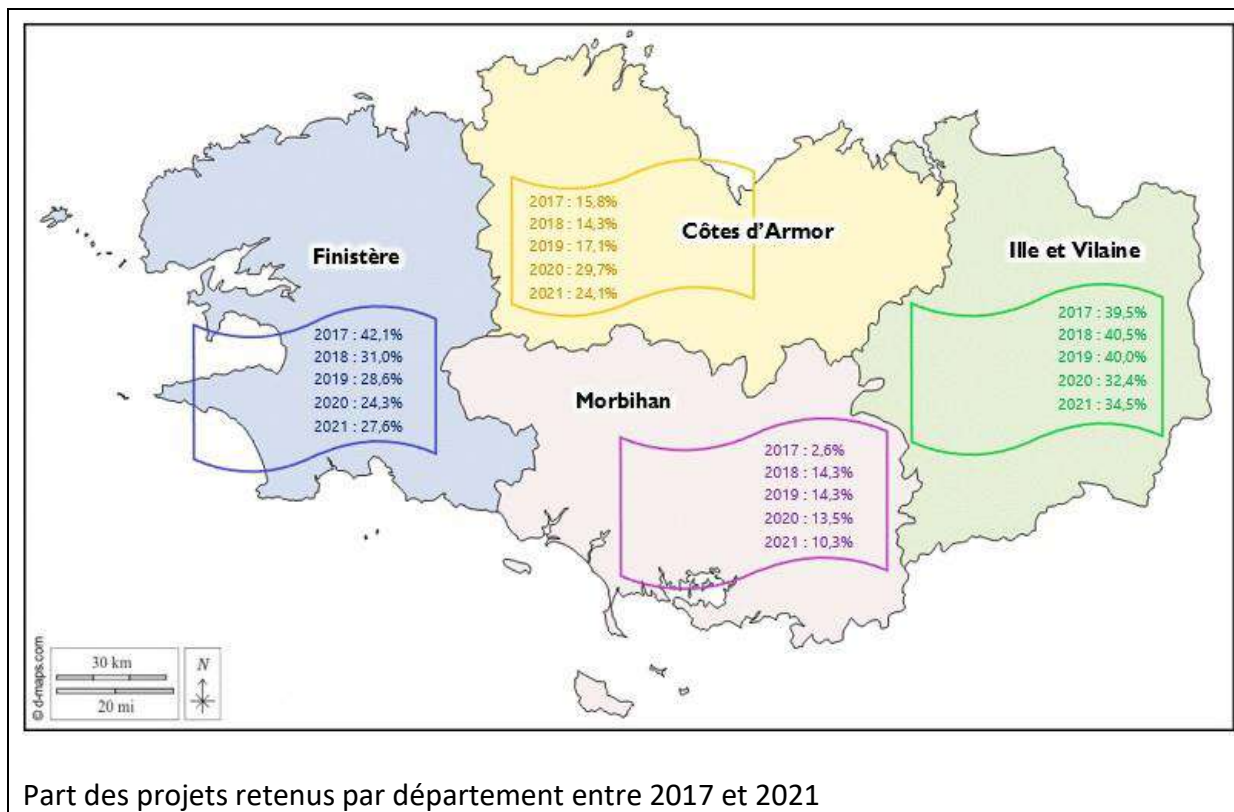


Source : Ministère de la Culture et de la Communication, chiffres 2012.

De manière globale, les départements du Finistère et d'Ille et Vilaine sont les départements qui bénéficient le plus des financements de l'appel à projets. Sur 5 ans (2017-2021), plus de trois fois plus de projets ont été soutenus en Ille et Vilaine que dans le Morbihan avec une enveloppe totale allouée de plus de 250 000€ contre 76 000€ pour le Morbihan. De même, le département des Côtes d'Armor est loin derrière le Finistère (227 000€) avec une enveloppe globale de près de 150 000€.



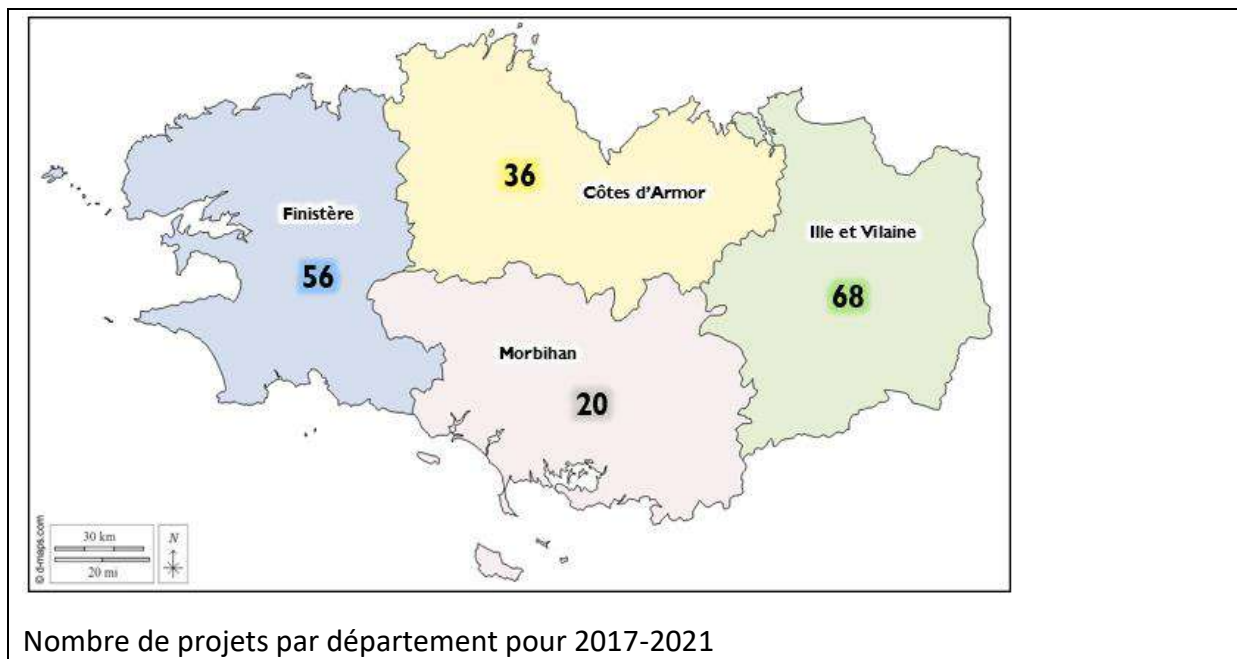
Montant total des financements alloués entre 2017 et 2021



Le nombre de projets retenus pour la période 2017-2021 est synthétisé dans le tableau suivant :

	2017	2018	2019	2020	2021
Nombre projets	38	42	35	37	29
Côtes d'Armor	6	6	6	11	7
Finistère	16	13	10	9	8
Ille et Vilaine	15	17	14	12	10
Morbihan	1	6	5	5	3
Régional					1

On note une diminution du nombre de projet dans le Finistère sur la période qui passent de 16 en 2017 à 8 en 2021 ainsi qu'en Ille et Vilaine ; tandis que les projets morbihannais se développent très timidement, passant de 1 en 2017 à 5 en 2020. Cela s'explique par l'apparition d'un appel à projets similaire dans le Finistère qui a pour conséquence de financer en parallèle des projets qui ne sont plus présentés pour Culture et Santé.



Toutefois ces disparités tendent à s'effacer progressivement puisqu'entre 2017 et 2021 les Côtes d'Armor le budget annuel alloué a doublé (de 20 000€ à 41 500€) alors que la part des projets dans la programmation n'a même pas doublée (de 15% à 24%), ce qui signifie que les montants alloués par projet ont sensiblement augmentés depuis 2017.

Au contraire celui du Morbihan a quadruplé (passant de 4000€ à 16 000€) alors que la part des projets sur la même période a été multipliée par cinq. Cet écart s'explique par le fait que plus de projets mais de taille plus modestes ont été financés.

De grandes disparités selon les disciplines artistiques

On ne dénombre pas moins de 15 disciplines artistiques plus les projets dits pluridisciplinaires, c'est à dire regroupant plusieurs disciplines comme chant-danse-écriture :

- Théâtre
- Cinéma
- Médias
- Arts plastiques
- Danse
- Musique
- Radio
- Chant
- Photographie
- Ecriture
- Patrimoine
- Art visuel
- Arts du cirque

- Sensoriel
- Livre et lecture
- Pluridisciplinaire

La pluridisciplinarité permet à une structure de présenter et soutenir plusieurs artistes autour d'un même projet où chaque pratique en enrichit une autre. Par exemple le projet « Les Echappées » à la clinique psychiatrique du Val Josselin qui mêle écriture, chant, musique et danse.

Certaines disciplines sont plus renouvelées que d'autres dans les projets proposés. Ainsi, les projets qui présentent du théâtre, la musique, les arts plastiques et visuels et les projets pluridisciplinaires sont les plus fréquents et donc une tendance forte et inscrite dans le temps. Sur la période 2017-2021, le théâtre regroupe au total près de 23 projets, la musique 34 et les arts visuels 14 tandis que livre et lecture regroupe 8 projets, la photographie 5 et le cinéma 7.

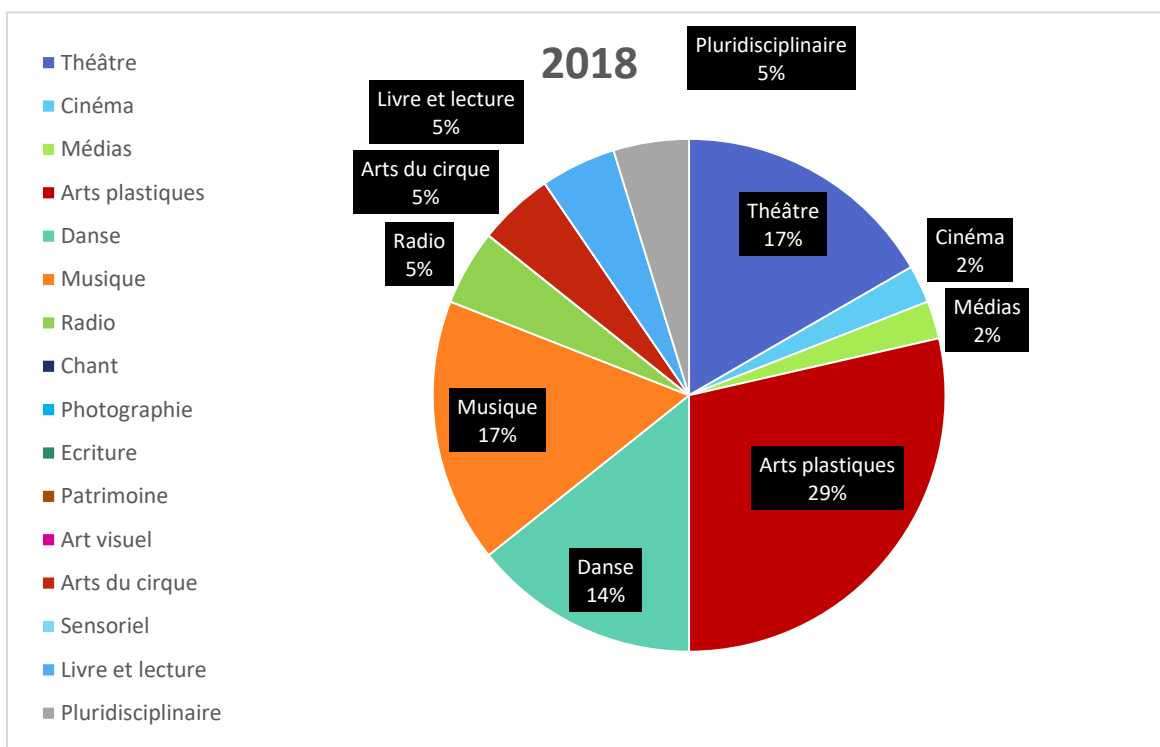
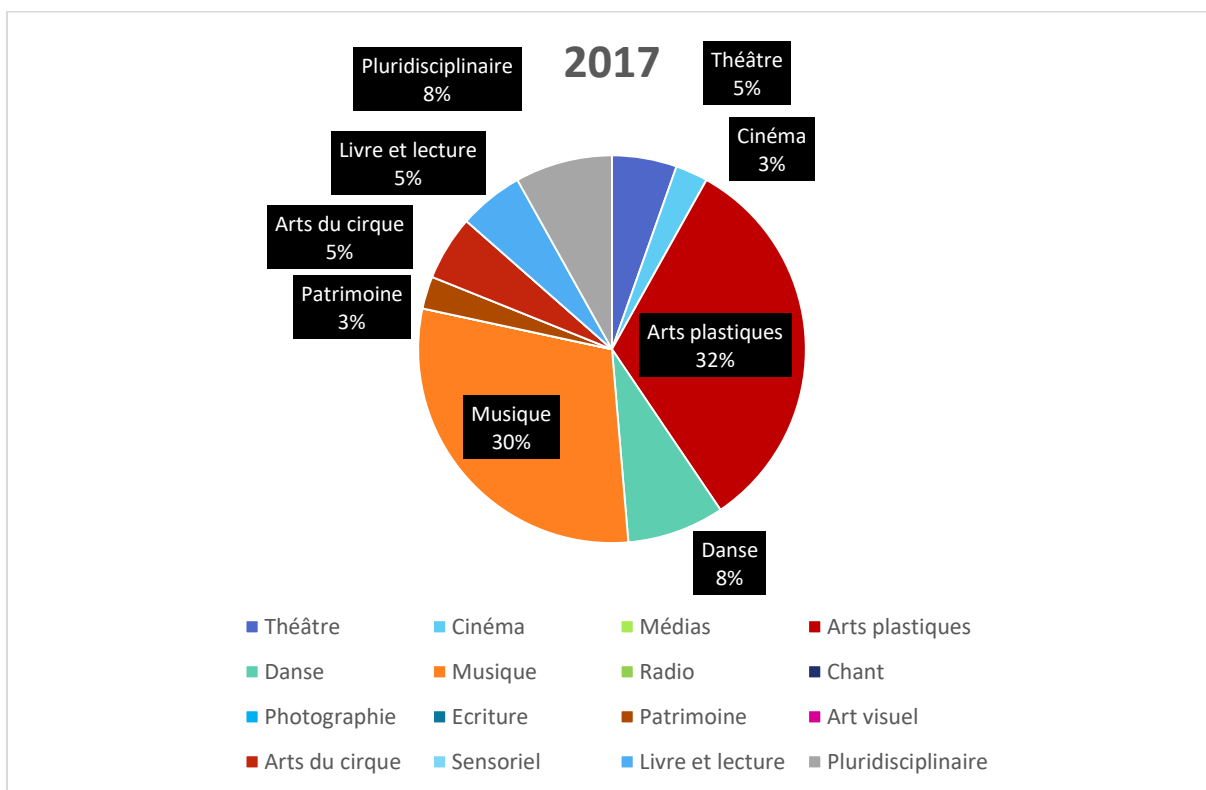
Cela peut s'expliquer par la popularité de ces disciplines et leur accessibilité aussi bien technique/matérielle que culturelle. Ces disciplines sont les plus développées dans la pratique civile et les établissements proposant des arts vivants ou de la musique sont plus nombreux que pour d'autres disciplines sur le territoire. Une exception à cela est le Patrimoine qui n'est quasiment jamais représenté dans Culture et Santé alors que la Bretagne est une région qui compte de très nombreux espaces patrimoniaux (voir cartes plus haut), bien plus que de structures proposant du théâtre ou de la danse par exemple.

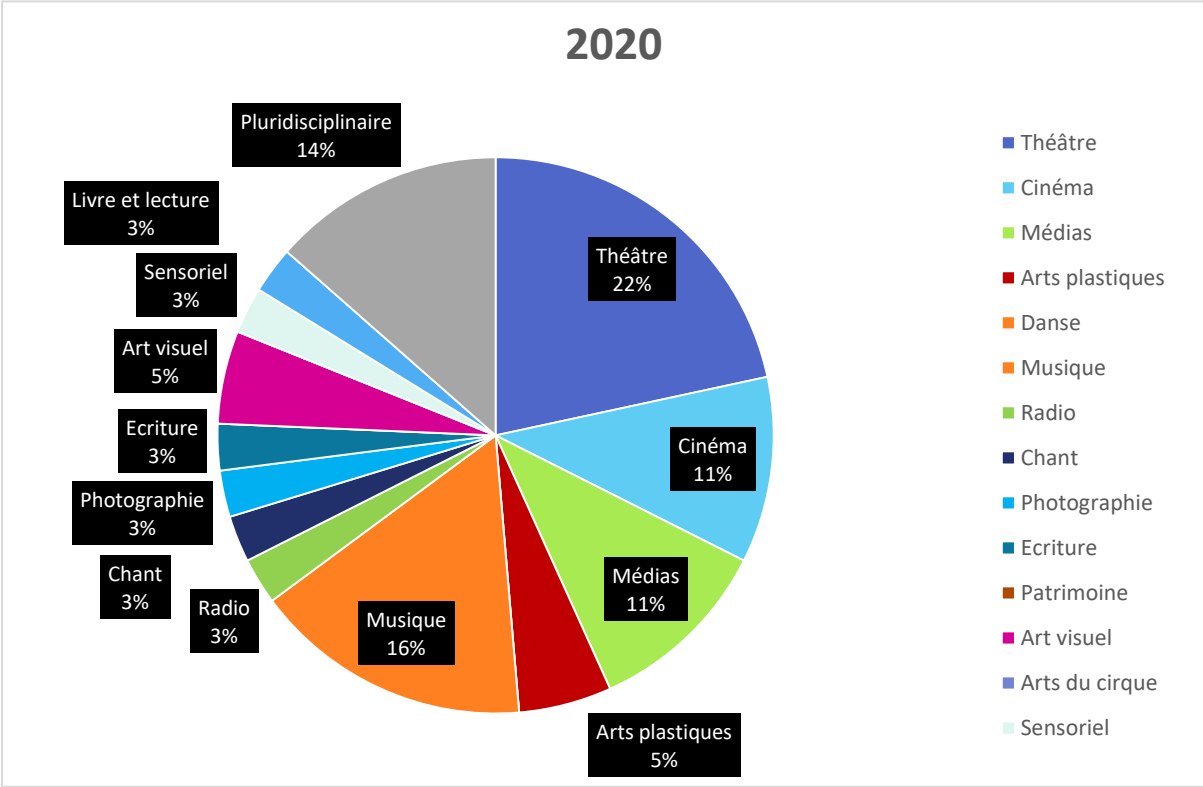
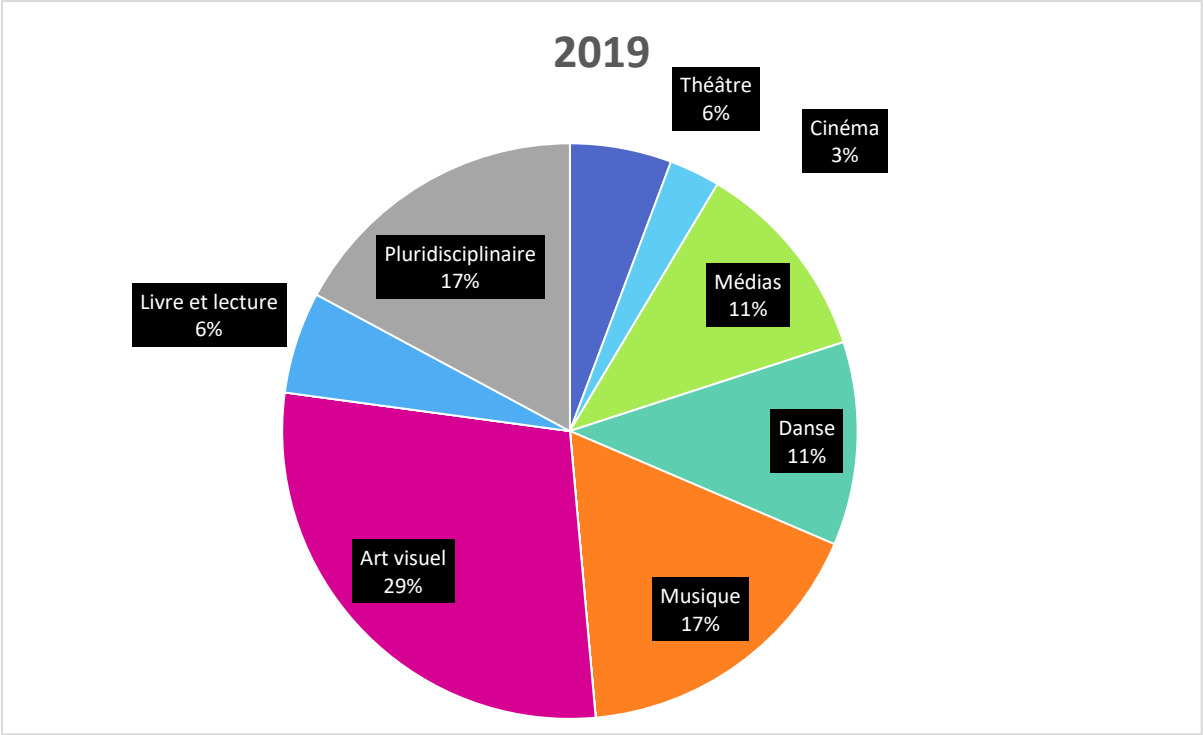
Un léger renouveau artistique

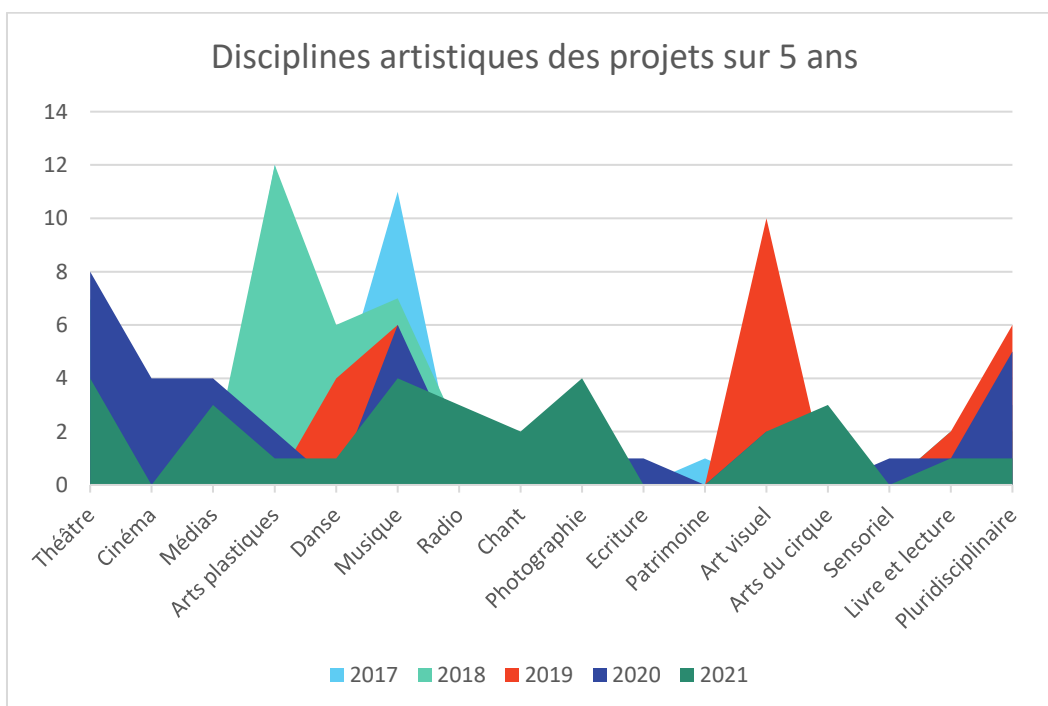
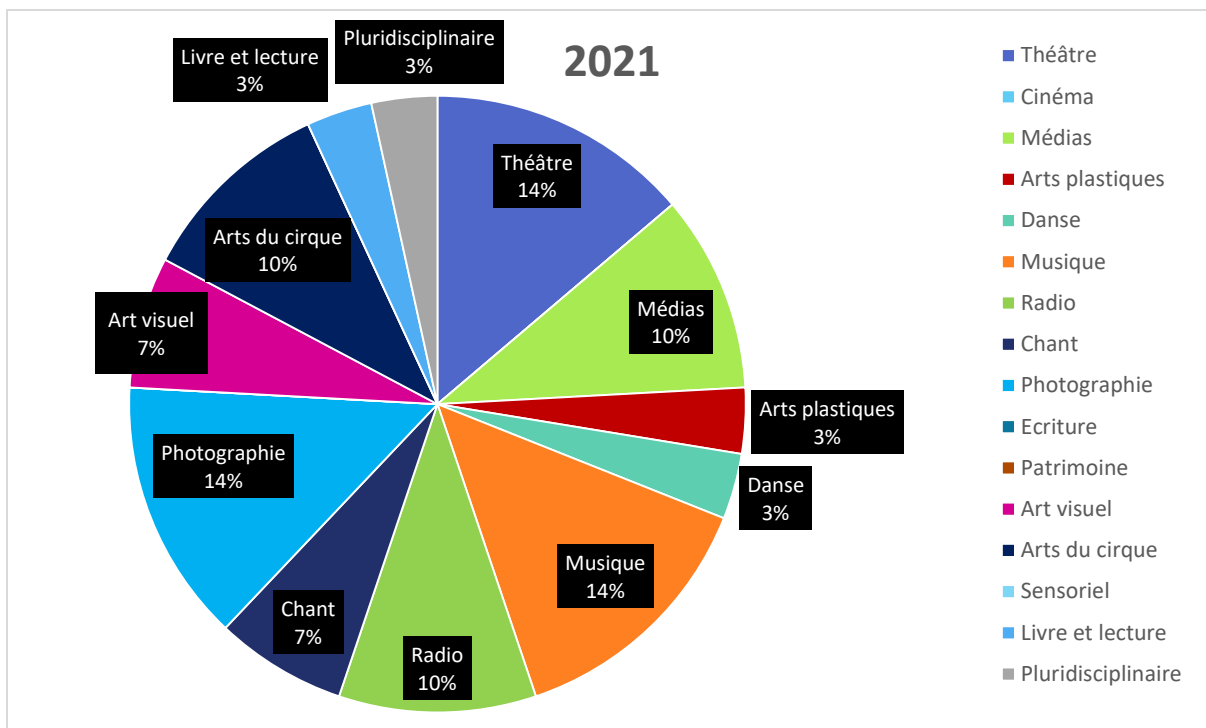
Si certaines disciplines peuvent être considérées comme phares dans le dispositif Culture et Santé, on observe néanmoins un certain renouveau dans les projets présentés. D'une part on constate l'effacement progressif des arts plastiques et des arts visuels notamment en 2020 et 2021, bien que de nombreux projets pluridisciplinaires intègrent cette discipline dans leur projet ou simplement une restitution sous la forme d'art visuel.

Les diagrammes circulaires nous permettent aussi d'observer le développement de projets autour de la radio et des médias qui constituent désormais en 2021 10% des projets contre 2% et 5% en 2018. Cela peut s'analyser comme le résultat de la stratégie ministérielle d'éducation aux médias déployée par le ministère de la Culture depuis plusieurs années dans le cadre de la lutte contre la désinformation et à la place toujours plus forte des médias dans notre vie. La radiophonie est par ailleurs très présente auprès des publics plus âgés et est souvent l'occasion d'échanges intergénérationnels avec des enfants en bas âge, comme le projet « Écoutons pour voir » porté par le Pôle St Hélier à Rennes et Radio Canal B, à l'occasion d'un jumelage.

Enfin en 2021, on remarque une mise en avant de la photographie qui compte pour 14% des projets et des arts du cirque pour 10% des projets. Au regard des autres années, 2021 est la plus équilibrée sur le plan de la diversité artistique proposée par les projets.







Impact de la crise sanitaire en 2020 et 2021

La crise sanitaire a eu un impact fort sur le monde de la culture mais aussi sur l'appel à projet Culture et Santé. Cet impact est bien sur visible dans les éléments statistiques décrits précédemment. L'année 2020 qui marque pourtant le début de la pandémie du Covid-19 a eu un impact relativement limité comparativement à 2021. En 2020, un certain nombre d'acteurs ont maintenus leurs projets dans des conditions plus strictes tandis qu'en 2021 une

suspension temporaire a été préférée pour reprendre l'action culturelle dans des conditions normales.

Ce recul du nombre de projets en 2021 a été profitable et a permis de financer de manière plus haute les projets qui s'inscrivent sur 2 ans, afin de « libérer » des crédits pour 2022 et valoriser des projets de grande ampleur comme le projet artistique et culturel autour du cirque porté par Le Carré magique et le Centre de rééducation de Lannion-Trestel, qui a une dimension territoriale et dont le coût global s'élève à plus de 100 000€ avec un financement DRAC/ARS de 17 000€.

En 2021 on compte également peu de refus car les projets émanent de structures partenaires ayant déjà une expérience ou s'inscrivent dans la continuité par les jumelages. Les projets retenus en 2021 sont ainsi financés à plus de 95 % du montant demandé.

Une diffusion territoriale de l'appel à projet encore limitée

La moyenne des candidatures reçues se porte autour de 65 et oscille entre 61 pour 2020 et 84 pour 2019 (à l'exception de 2021 avec 36 candidatures). La stabilité du nombre de candidatures reçues chaque année laisse penser que l'appel à projet a atteint, exception faite de 2021, une diffusion maximale sur la région.

Ayant pour objectif d'améliorer la visibilité de la politique à l'échelle régionale, l'appel à projet fait l'objet d'une campagne de communication par le biais des sites respectifs de la DRAC et de l'ARS, sous forme de post d'actualité. Il est également transmis par l'ARS à l'ensemble des établissements sanitaires de la région. De son côté la DRAC le transmet par courriel à l'ensemble des structures culturelles reconnues par ses services pour leur capacité à porter ce type de projet d'action culturelle.

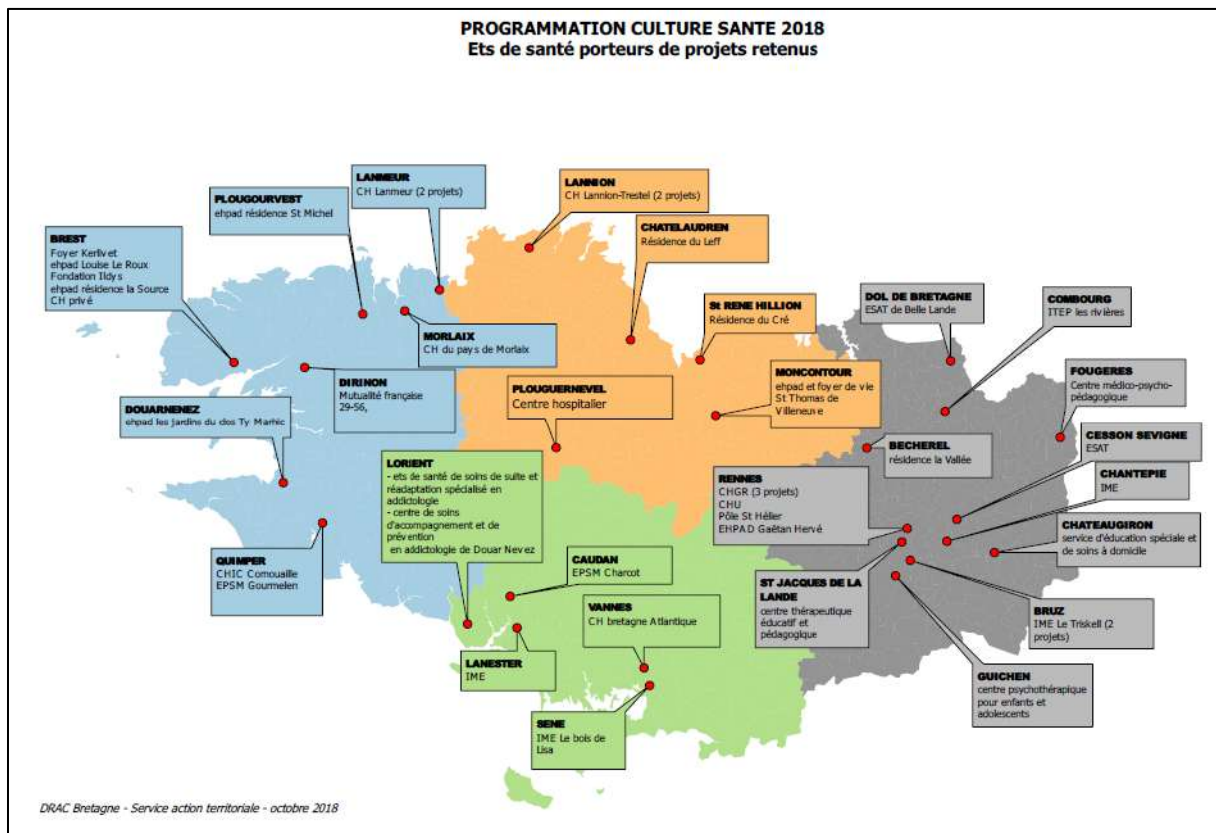
Si on s'intéresse maintenant aux porteurs de projets, on s'aperçoit que 42% des projets reçus sont portés par 12 établissements sanitaires ou médico-sociaux tandis que 33,8% des projets sont portés par 12 structures culturelles. Une autre façon de voir cela est de dire que 50% des projets sont portés par 17 ESSMS et par 28 structures culturelles.

On observe donc une plus grande diversité des acteurs du secteur culturel que des acteurs du sanitaire et médico-social. Il en retourne un fort renouvellement des actions ou des partenariats proposés.

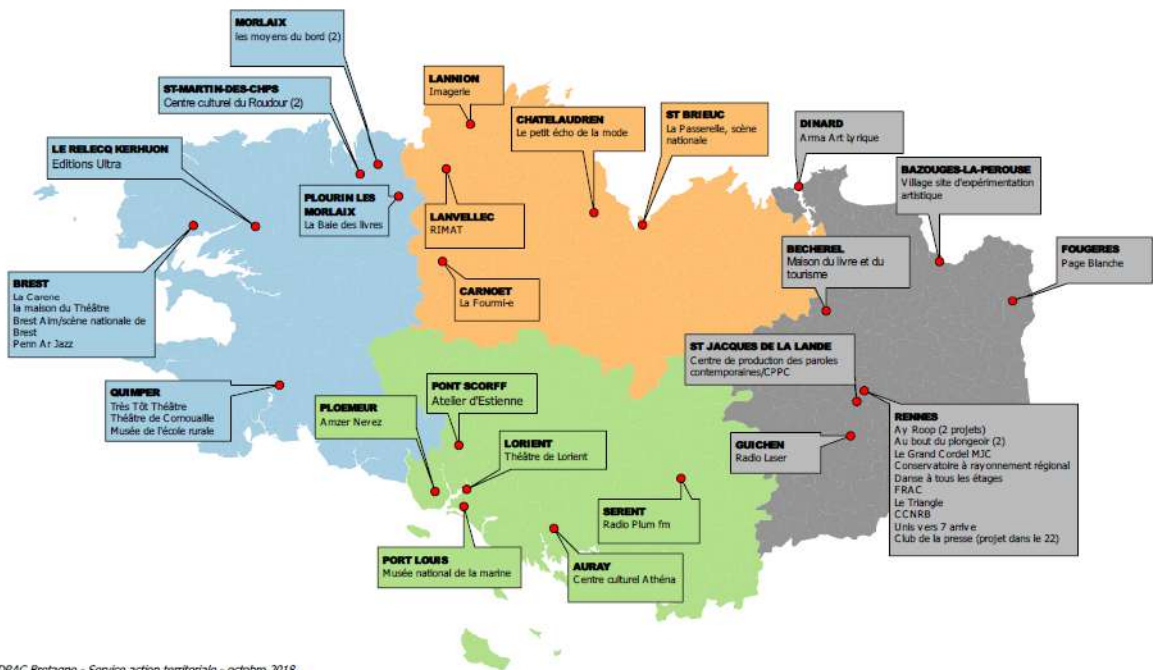
L'implantation géographique des projets est aussi bien limitée dans le département du Morbihan qui représente un nombre très minoritaire de projets (10% en 2021) bien que ce territoire ne soit pas démuné d'infrastructures culturelles et de santé (voir cartes plus haut). Les cartes présentées ci-dessous sont une représentation graphique de l'étalement territorial des projets financés en 2018. On remarque d'abord la prédominance du nombre d'établissements en pays de Rennes, mais également que les établissements porteurs se concentrent sur le littoral breton laissant un vide au centre de la région.

Le dispositif actuel de l'appel à projet semble donc avoir atteint une certaine limite de diffusion et reste encore assez confidentiel parmi l'ensemble des acteurs du territoire qui ne s'emparent

malheureusement pas assez du dispositif ce qui conduit à un périmètre restreint de partenaires notamment pour les ESSMS.



PROGRAMMATION CULTURE SANTE 2018
Implantation des structures culturelles
dont les projets ont été retenus





Bilan qualitatif



Bilan qualitatif : la culture, vecteur de valorisation personnelle et professionnelle

Ce dispositif est bien évidemment déployé avant tout pour les usagers dont le profil est très divers comme nous avons pu le voir. Si les effets recherchés ne sont pas avant tout des bénéfiques en matière de santé, force est de constater, au travers des témoignages du personnel impliqué (soignant et professionnel du milieu culturel), que des effets en matière de santé sont observables et parfaitement admis aussi par les porteurs des projets que par l'ARS et la DRAC. Ces effets ne touchent pas uniquement les patients mais également l'ensemble des professionnels travaillant sur les projets.

En guise de préambule, voici deux nuages de mots réalisés à partir des récits et des « paroles de » des patients, professionnels de la santé et de la culture. Les mots les plus forts sont ceux les plus fréquents dans les témoignages. Ces nuages de mots attestent de la densité et de la richesse des projets :



1) Impact pour les artistes

Redéfinition de l'approche artistique

Pour les artistes, ces projets sont des opportunités d'ouverture sur des espaces de création qui leur sont habituellement fermés.

Cette rencontre favorise une redéfinition de leur approche artistique qui suscite un intérêt chez les intervenants : « *Utilisant ainsi la photo comme un outil de fiction coloré et teinté d'humour, un objet qui raconte une histoire et une époque : le roman-photo. C'était un projet inouï et ambitieux, le théâtre demande beaucoup d'énergie, de mouvement, de temps de répétition et du fait du grand âge des résidents, il a fallu adapter la création à leurs capacités physiques. Je suis très fière de la qualité artistique de cette série photos qui mêle l'humour et l'émotion qu'il serait intéressant d'ailleurs de montrer à un public beaucoup plus large que celui de la résidence* ». Sophie Cusset, comédienne et metteuse en scène [1]).

Rencontres inhabituelles avec un nouveau public

Leur pratique artistique au sein de ces établissements de santé avec un public non initié est une vraie rencontre. La démarche d'accessibilité culturelle de certains artistes invite les patients à sortir du rôle de spectateur et les associe au processus de création artistique. Par ce processus de rencontre avec les publics, les artistes interrogent en profondeur la notion du soin en lui donnant un cadre plus large que celui de la prescription médicale.

Ce renouvellement présente aussi des enjeux d'adaptabilité à un public qui peut nécessiter une approche nouvelle et différente de celle habituellement pratiquée par l'artiste. Pour les intervenants ces projets sont un temps favorable à l'apprentissage de la médiation. Ces projets sont ainsi stimulants sur le plan humain et artistiques : « *J'ai vécu une expérience humaine fabuleuse. Forte en émotion et en intensité. J'ai découvert qu'avec ces danseurs jusqu'au dernier moment, c'est-à-dire 1 minute avant de monter sur scène, nous ne sommes pas certains qu'ils ne vont pas tout changer. C'est excitant en même temps. Car ils sont comme ça, ils vivent les choses vraiment au moment présent.* » (Suzie Babin, danseuse chorégraphe [1bis]).

Réinterprétation du métier

Pour Virginie Clément artiste, ces interventions artistiques donnent à voir le métier d'artiste sous un jour nouveau comme le montre son témoignage : « *J'ai ressenti avec émotion un privilège, de faire ce métier à cet endroit du monde. Grâce à la poésie naturelle et au potentiel créateur de chacun des participants (résidents, enfants, personnel), grâce à la richesse de nos diversités, mis en relief par les danses (en direct ou par des montages vidéo), mis en couleur par des témoignages sonores diffusés, mis en relation par les espaces choisis (étroite proximité d'un petit salon, la salle de repas dressée, le vent et la lumière du paysage...) j'ai redécouvert un aspect essentiel mon métier, donner à voir la beauté et la richesse de la vie.* » (Virginie Clément [6]).

Quelques obstacles cependant

Toutefois les projets suscitent parfois des appréhensions et des difficultés chez les intervenants. Si aucun ne rapporte d'obstacles majeurs, il est fréquemment rapporté qu'il ne s'agit pas là de projets comme les autres et qu'ils peuvent s'exposer à certaines difficultés notamment techniques et financières. Ces difficultés sont à plusieurs niveaux :

Ces projets sont souvent le temps d'une implication émotionnelle forte qui peut s'avérer parfois difficile. Comme le souligne une intervenante, ces projets impliquent une certaine « mise à distance ». Cependant, tous les acteurs soulignent également le caractère très positif, voire émouvant, de ces rencontres.

Certains intervenants rapportent cependant qu'il n'a pas toujours été aisé de travailler aux côtés de ce public. En effet, les difficultés de concentration des groupes, la mobilisation pas toujours évidente, le travail collectif parfois difficile... imposent souvent de devoir puiser dans plus de ressources que lorsqu'il l'intervenant s'adresse à un public classique. D'autres rapportent que ces projets peuvent être « un peu fatiguant tout de même ».

Enfin beaucoup soulignent le manque de temps de médiation, nécessaire à une bonne implication des équipes.

Cependant, malgré ces appréhensions et ces difficultés, aucun retour négatif de la part des équipes culturelles à l'égard de ces projets n'a été recueilli, au contraire les doutes et difficultés sont vite effacés par l'impact positif de ces projets.

2) Enjeux pour la structure culturelle

Démocratisation culturelle

La démocratisation culturelle est un des grands enjeux du dispositif. C'est également le cas pour les structures culturelles qui sont le noyau de la diffusion artistique sur un territoire. Pour les intervenants de la Carène, « *la réussite de ce type de projet confirme la place primordiale que doit tenir la notion de démocratisation culturelle dans nos valeurs et nos objectifs ; la joie et l'énergie déployés par les bénéficiaires du projet stimule et renforce notre conviction à mener à bien ces actions.* » [1].

Ils constatent ainsi une progression de l'intérêt et des aptitudes artistiques chez les patients : « *Depuis la représentation du 18 avril, les bénéficiaires de ce projet nous demandent régulièrement de poursuivre le projet par d'autres représentations. Ils disent également avoir énormément progressé dans la pratique de la danse et de la musique.* » [1]. Le Théâtre n'est pas seulement un lieu de diffusion, il peut également être porteur de projets permettant à des personnes empêchées d'avoir accès à des propositions artistiques de qualité.

La mise en place en parallèle, du parcours du spectateur est venue renforcer l'envie et le désir de s'investir, aussi bien dans les projets, que dans « le plaisir d'aller vers » et concrétise « le droit d'accès à la culture » pour les patients.

Ces interventions artistiques permettent par ailleurs d'ouvrir les portes de la culture aux publics qui en sont les plus éloignés ou empêchés notamment pour des raisons économiques puisque les projets sont gratuits pour les publics. Pour la chargée des publics du Festival Photo de la Gacilly, l'existence des projets sont des occasions « *pour permettre à tout un chacun de s'approprier la photo, de découvrir la photo sans avoir à passer la porte d'un musée, sans avoir à justifier d'une gratuité quelconque parce qu'on est au chômage, parce qu'on est handicapé* » [13].

Pour les professionnels du théâtre de Lorient, « Intégrer la culture à la pratique sociale reste pour le service des relations avec le public du Théâtre de Lorient un puissant levier d'insertion. La conduite du projet *People are strange* depuis deux ans nous le prouve clairement, les participants ont changé dans leur rapport au théâtre. » [10].

Diversification des publics et des rencontres professionnelles

Ces actions sont pour les structures de formidables occasion de travailler dans de nouveaux espaces de rencontres. Ces occasions encouragent l'intersectorialité et les échanges professionnels entre personnels des structures de santé et professionnels de la culture : « *Les actions mises en œuvre pour ce projet ont été organisées conjointement entre la structure culturelle, les artistes et le personnel de DouarNevez. Le service des relations avec le public du Théâtre de Lorient était en contact régulier avec les artistes en amont des interventions et tissait directement le lien avec DouarNevez. Le fait d'organiser les interventions au Théâtre de Lorient offrait aux patients la possibilité de pousser les portes du théâtre pour travailler dans les coulisses et de se sentir bienvenus.* » [10].

Développement de pratiques artistiques

L'enjeu pour les lieux de création ou les théâtres par exemple, est de présenter des activités particulières et adaptées qui permettent là encore le développement de nouvelles pratiques artistiques ou simplement l'expression de nouveaux courants. Avoir la possibilité d'offrir aux patients la liberté de découvrir ou renouer avec le milieu artistique, en leur proposant un atelier de pratique est une expérience riche et valorisante.

Les scènes ou les structures sont souvent identifiées par les professionnels et le public pour exposer ou produire des œuvres catégorisées. En ce sens pour le public une structure est identifiée et les projets qui sortent de l'ordinaire de création, de diffusion donnent de la richesse à la programmation artistique d'une salle ou d'un espace. L'enjeu est de « *favoriser la rencontre et la découverte de la richesse du médium (photographique) en refusant de se cantonner à telle ou telle école, telle ou telle "mode" pour, à contrario, en montrer la diversité et en accueillir, sans exclusive, les différents courants.* » [7].

Favoriser les relations entre les acteurs du territoire

Par la mise en œuvre des projets l'idée sous-jacente est de « *construire des relations de confiance et sur la durée avec les structures du territoire* » [13]. Ces relations participent aussi du travail de médiation par les aller-retours qui s'opèrent entre les structures porteuses du

projet. Les projets sont en effet conduits au sein d'un espace géographique limité, entre des acteurs locaux et d'un même territoire. Le déploiement de des pratiques inter sectorielles obligent les professionnels à sortir de leur zone de travail habituel et à y inclure des acteurs d'un monde bien différent : celui de la santé. Le territoire est un espace vivant où chacun et chacune par ses valeurs est un maillon de la richesse qu'offre un territoire.

L'ancrage sur le territoire et la création de partenariats permettent de faire rayonner les lieux culturels et participent à sa valorisation.

Soutien aux artistes

Enfin, ces projets sont de formidables tremplins pour les artistes et l'occasion de valorisation et de soutien. La période 2020 et 2021 ayant été particulièrement ardue pour les artistes et les intervenants, le dispositif Culture et Santé a ainsi permis une stimulation et des perspectives positives, valorisantes de travail. Les établissements culturels ont souvent à cœur de faire vivre et diffuser le travail des artistes locaux. Le développement de ces opérations *« est aussi un soutien aux artistes (photographes) ; c'est aussi trouver des projets qui nous permettent de faire travailler et de rémunérer les artistes »* [13].

3) Des bénéfices constatés sur les patients en matière de santé

Un soulagement et un divertissement

Le premier constat que l'on peut observer sur les patients est que ces activités culturelles amènent de la joie et sont un divertissement dans un processus de soin qui est parfois morose ou répétitif : *« J'ai enfin quelques choses à raconter sur ma séance d'hémodialyse »* nous dit une patiente [4].

Pour les professionnels, ce constat est partagé puisque les actions amènent de la vie au sein du service mais permet également une démocratisation de la culture et le développement de nouvelles compétences artistiques. La culture peut trouver une place de parenthèse dans la vie de ces patients : *« très bonne idée d'organiser ces ateliers photographiques, cela a permis à certains patients de sortir un peu de leur environnement et d'oublier leurs maux un moment. Merci à toute l'équipe d'animation et à Camille. »* (patiente, [7]).

Renouer avec le lien social et la mixité, essentiel face à l'isolement de l'utilisateur

La maladie et le processus de soins sont souvent des facteurs qui favorisent l'isolement des personnes. Cela est d'autant plus vrai pour les personnes qui sont en situation de longs séjours ou en EPSM comme c'est ici le cas : *« Si l'on reprend le concept de création, celui-ci peut s'avérer être un point fort quant à la possibilité pour le pratiquant d'exprimer ses ressentis avec une nouvelle forme de communication. [...] Elle permet également à chacun d'interpréter le message offert par l'autre et ouvre alors le champ de l'imaginaire. Il y a donc, en ce sens,*

une relation indirecte à autrui qui se crée, permettant ainsi de lutter contre l'isolement dont les usagers sont souvent victimes » (Vandewalle et Caby 2017).

Plus récemment, la crise sanitaire liée au Covid-19 a renforcé cet isolement des usagers par l'interdiction des visites, des sorties ou des projets d'animation qui ont habituellement lieu dans ces espaces. Depuis plus de dix-huit mois maintenant, certains espaces sont ainsi clos et confinés et l'isolement ressenti est d'autant plus fort (Piccoli et al. 2020).

Si de nombreux projets ont dû s'arrêter pendant les confinements sanitaires, les projets maintenus ont été particulièrement bénéfiques pour les patients. Ces activités permettant de renouer du lien social, de découvrir de nouvelles personnes du même service ou encore de favoriser la mixité (aussi bien sociale qu'intergénérationnelle) : *« Mais plus que les compétences techniques, ce sont les échanges entre les résidents qui ont nourri l'intérêt du projet. Pour certains, les tournages auront été l'occasion de rencontres avec d'autres résidents situés à des étages différents qu'ils ne côtoyaient pas jusqu'à présent. Pour d'autres, ces ateliers leur ont permis de mieux se connaître. Pour certains, ces séances ont aussi été un espace de parole et de décompression dans un contexte qui lui était très anxiogène pour les personnes fragiles, isolées et âgées » [11].*

Les activités culturelles sont aussi un très bon moyen pour favoriser la prise de parole et l'expression des usagers : *« La photographie est un outil de médiation très pertinent : sa relative facilité et proximité d'utilisation permet aux participants d'être rapidement mis en confiance, et leur permet d'exprimer visuellement des émotions parfois complexes à dire oralement. » [6].*

Sur la mixité intergénérationnelle, beaucoup de projets dans les EHPAD intègrent cette question et fondent un partenariat avec un établissement scolaire alentour. Mais parfois cette mixité se produit au sein de l'établissement : *« il existe un écart d'âge d'un demi-siècle entre deux résidents ! »* nous dit une chargée d'animation en EHPAD [12]. *« Si beaucoup sont nées, ont vécu et sont restées travailler en milieu rural (dans l'agriculture, dans les commerces de proximité, etc.), sans faire de voyage ni de déplacement, certaines résidentes sont parties vivre ailleurs en Bretagne voire même en région parisienne, ce qui crée un « panachage » fort intéressant et des expériences de vie différentes (« confrontation » entre le milieu rural/semi-urbain/urbain) » [12].*

Valorisation de l'individu et augmentation de l'estime de soi

Un des effets que l'on peut le plus constater est la valorisation de l'individu par le déploiement des activités culturelles. Elles permettent à certains patients une ré humanisation et favorisent l'estime de soi : *« Les bénéfices de ce projet ont été nombreux pour les patients, tant au niveau de la sphère corporelle que psychique. Ce projet leur a redonné confiance et une meilleure estime d'eux même. Le projet théâtre a permis de révéler des compétences oubliées ou insoupçonnées chez les patients (chant, danse...). Par ce biais, ils ont mis leurs corps en mouvement, retrouvé des sensations et ont exprimé du plaisir à le faire. Ce fut également un espace de prise de parole dans un environnement sécurisé et d'expression des émotions. Cet*

atelier a pu permettre aux patients, de rompre avec l'isolement, vécu ou subit de par la pathologie, et d'aller plus facilement vers l'autre, la cité, la culture » [10].

Ou encore cette patiente qui livre son témoignage : *« Cette immersion thérapeutique m'a nourrie de pleins de nouvelles clés de vie je crois. Des personnes formidables qui par leur présence et leur bienveillance, nous apaisent et laissent la place à autre chose que le mal être. Dans un élan de vie, ils me ré-humanisent. L'isolement rompu par la vie en communauté, si belle et si riche ; à l'image utopique de ce que le monde pourrait vivre »* (Christelle, résidente [8]).

Sur ce point, la référente culturelle du CHU de Bordeaux nous offre le témoignage suivant et nous explique les plus-values de ce dispositif par rapport à l'art-thérapie : *« c'est ce que je trouve intéressant justement c'est que pour les patients c'est un moment où justement ils ne sont plus uniquement des patients, ils ne sont plus considérés uniquement comme des patients mais ils sont re-considérés comme des personnes à part entière avec leur personnalité, leur culture, leur sensibilité. Je trouve que c'est ça qui est intéressant alors que dans l'art-thérapie le patient reste un patient. »*.

Pour les partenaires du projet à la CSAPA de DouarNevez, les effets sur le bien-être des patients sont clairs : *« Ah oui sur les patients on voit plus de bien-être, le fait de se sentir moins isolé, se sentir relié au monde extérieur, ce qui a un impact sur des patients qui restent longtemps à l'hôpital »*, *« Cet atelier a pu permettre aux patients, de rompre avec l'isolement, vécu ou subit de par la pathologie, et d'aller plus facilement vers l'autre, la cité, la culture »* [10].

Cette revalorisation de la personne et son développement individuel est un des points qui nourrissent la promotion de la santé et l'empowerment des usagers. Une étude sur les jeunes sans-domicile en centres sociaux a exploré l'importance, les rôles et les effets de la création artistique des programmes axés sur l'art dans la vie de jeunes en situation de sans-abri : *« les jeunes sans-abri utilisent les arts pour faire face à l'adversité et créer du sens, notamment pour : gérer les problèmes de santé mentale; faire face au stress et à l'itinérance; se remettre d'un traumatisme et créer des « espaces sûrs » ; explorer, s'exprimer et se découvrir ; et développer une estime de soi positive et un espoir pour l'avenir »* (Schwan, Fallon, et Milne 2018). Cette revalorisation de la personne malade permet aussi de capitaliser sur des effets de santé grâce à une intervention artistique.

Stimulation

Enfin, un projet culturel dans un établissement de santé amène de la stimulation pour les patients, ce qui peut être particulièrement bénéfique sur la santé. Par exemple, les ateliers de radio sont un très bon outil de stimulation aussi bien physique que psychique : *« Au niveau cognitif : la radio permet de travailler l'attention et la concentration ainsi que la mémoire ; De participer au développement ou à la conservation des compétences orales »* [12] ; *« L'utilisation de l'outil radiophonique a permis de donner la parole à certains patients qui ne communiquent plus ou très peu de façon orale, l'écriture a été un moyen pour certains d'entre*

eux de s'exprimer. Les échanges dans le groupe étaient riches, il y a eu une réelle émulation pendant ce projet, et un réel investissement de chacun des participants. » [9] ; ou encore « Une des résidentes était plutôt réservée pendant les ateliers mais semblait prendre beaucoup de plaisir à chanter à chaque fois que cela était possible. Les médecins disent ne jamais l'avoir vu aussi dynamique. » [6].

En effet, une dimension artistique ciblée, intégrée notamment à l'environnement comme la sculpture ou les arts visuels et plastiques sollicite chez les patients des émotions positives, suscite des réminiscences par la possibilité d'observer, de toucher de différentes formes, tant abstraites que figuratives.

Ces stimulations et les bénéfices sont parfois complets, les projets agissant au niveau cognitif, sur la libération de la parole, le lâcher prise, la confiance en soi, le temps d'une activité agréable : *« Au-delà de la fonction divertissante que pourrait avoir une telle pratique sur les temps habituels d'animation, l'approche du clown qu'a proposée Sandrine Ricard s'est traduite par la recherche progressive de moyens d'expression des sentiments (notamment grâce à l'appel de souvenirs), l'appropriation du nez de clown et l'amusement. Cela s'est traduit chez les résidents par la nécessité d'un temps d'appréhension (de la discipline et de l'intervenante) pour instaurer un rapport de confiance, l'acceptation du lâcher-prise pour exprimer des choses et réapprendre à convoquer son imaginaire » [2].*

La danse en particulier promet des *« améliorations dans la composante cognitive ou psychologique, en particulier pour la dépression et l'anxiété ; une plus grande volonté de participer à d'autres activités sociales ; et l'amélioration des soins personnels et des rôles familiaux et sociaux. Les preuves suggèrent également des gains dans les dimensions biologiques, avec une structure et une fonction corporelle améliorées. »*, *« la danse chez les seniors est une ressource thérapeutique importante pour améliorer la qualité de vie, les relations et la douleur, et augmenter l'estime de soi, la mobilité et la capacité fonctionnelle des adultes et des personnes âgées, en plus d'apporter des avantages sur les plans physique, social, et les sphères cognitives »* (Santos et al. 2020).

S'agissant des bénéfices sur l'état de santé des patients, des conclusions identiques ont aussi été faites concernant des interventions musicales en résidence senior. De plus, une intervention artistique en EPSM a notamment permis de *« agir sur le processus de guérison »* ainsi qu'une *« baisse de l'anxiété et de la consommation de médicaments »* [8].

Les effets sur les patients sont donc variables allant d'un sentiment de bonheur à de plus rares impacts directs sur la santé. Ces effets s'ils sont admis, sont à relativiser et à replacer dans leurs contextes.

4) Impact pour les professionnels du milieu sanitaire et médico-social

Réduire l'impact de la prise en charge institutionnelle

Il est important de remarquer que les actions culturelles ne touchent pas seulement les patients, mais également les professionnels des établissements de santé, quelles que soient leurs fonctions.

En effet, ces personnels sont également exposés aux actions lorsqu'ils accompagnent les interventions, ou fréquentent les œuvres, les expositions et les spectacles. En outre, certains projets envisagent des actions en y intégrant le personnel.

Un des effets les plus importants que l'on peut remarquer suite à une intervention artistique est sur le corps médical et les professionnels non soignants. En effet, ces actions ont des apports aussi bien chez les patients que chez professionnels parfois perdus dans leur pratique : *« C'est aussi permettre au personnel soignant de réinvestir, je dirais la personne de malade, en tant qu'individu, c'est à dire que beaucoup soignants nous disais aussi, ce qui est intéressant quand on est dans une pratique artistique, quand on fait intervenir ce projet là c'est que les artistes ne voient pas les patients comme des malades. Il les voit avant tout comme des individus, et ça aussi, ça déplace beaucoup de choses parce que ça dépasse toutes les catégories qui forgent finalement l'institution hospitalière entre malades et non malades. Entre bien portant, malade, et cetera, et cetera. Donc ça change aussi le regard après d'un point de vue plutôt au niveau des acteurs. »* nous explique la sociologue Chloé LANGEARD dont les recherches portent sur le dispositif Culture et Santé en France.

Concernant l'impact que cela peut avoir sur les soignants particulièrement vis-à-vis de leur pratique du soin, Chloé LANGEARD nous dit observer marginalement une intégration de ces pratiques artistiques dans le processus de soin : *« D'un point de vue des patients maintenant, ce qu'on a pu constater, c'est que beaucoup de médecins sont quand même convaincus des bienfaits. Et certains ont commencé d'ailleurs, alors, même si c'est très marginal, mais on peut imaginer finalement que ça se développe davantage. C'est que certains ont intégré ces démarches artistiques dans les démarches qualité. Et notamment pour tout ce qui est évaluation des services, évaluations de la santé du patient. »*.

Apports sur les pratiques professionnelles

La valeur de ces projets participe à mettre en valeur le travail des professionnels. Sébastien Portier, chargé d'action culturelle au CH de Lanmeur exprime dans le bilan réalisé pour le dernier renouvellement de la convention un « sentiment de fierté » ressenti par les professionnels de santé par rapport à ces projets qui se déroulent dans les services et les établissements où ils travaillent. Ce sentiment est partagé par les soignants du Centre Hospitalier de Bretagne Sud : *« Beaucoup se sont sentis valorisés dans leurs métiers. »* [5].

D'ailleurs la plupart des retours des soignants font état d'un changement de regard sur les patients grâce à ces projets. Pour les soignants interrogés, ce changement de regard est bénéfique pour la prise en charge des patients. Il permet aux soignants de prendre conscience de potentiels, parfois insoupçonnés qu'ils peuvent mobiliser dans la prise en charge. *« Le projet permet également de réinterroger nos propres postures vis-à-vis des personnes âgées résidant en EHPAD ou non : les micros réussissent à capter un rythme de vie, de parole,*

d'échanges, unique en son genre. Nous avons la sensation de mieux découvrir la vie en EHPAD grâce à leurs témoignages. » [12].

Cet apport permet de renforcer de plus, la relation de confiance avec le patient en construisant d'autres liens que médicaux. Ce changement de perspective permet à la fois de retrouver la personne dans toutes les dimensions de sa vie, en sortant de la relation soignant-soigné imposée par la maladie, et de regarder la personne sous un jour optimiste, loin de la charge émotionnelle attachée à la maladie.

Dans le contexte difficile du soin, ce changement de perspective est chargé d'une valeur particulière et peut apporter un soutien fort à l'exercice quotidien de la position soignante : « *Ce projet a suscité un grand intérêt de la part des professionnels. La réalisation de cette émission a permis des échanges bien sûr entre les patients eux-mêmes mais aussi entre les patients et leurs thérapeutes. Ils ont pu échanger sur un sujet autre que celui du soin au quotidien. Les professionnels étaient curieux de connaître les coulisses de l'enregistrement d'une émission de radio. Certains patients alités poursuivaient l'écriture de leur chronique dans leur chambre ce qui suscitait un intérêt chez le personnel soignant et paramédical qui souhaitait connaître la date de la diffusion de l'émission. Ce projet a favorisé la socialisation et a permis l'expression et les désirs personnels (par le choix des thèmes). » [9].*

Pour Laetitia Le Tallec, infirmière et coordinatrice de la commission culturelle au CH Guillaume Régnier, les projets Culture-Santé constituent une ouverture très positive pour les soignants, en les confrontant à d'autres pratiques, d'autres organisations et d'autres approches de la personne. Cette ouverture permet pour Chloé LANGEARD de « *bousculer* » les pratiques soignantes et de susciter le questionnement des pratiques professionnelles : « *Dans le cadre de ces projets puisqu'il y a des transferts de compétences, vous avez aussi une fois que l'artiste est parti, vous avez certains personnels soignants qui essayent de perpétuer finalement une action artistique ; ça peut être à travers un atelier théâtre, mais il s'avère que c'est un personnel soignant qui va gérer cet atelier théâtre parce que, au contact de l'artiste, il a acquis des compétences, et cetera. Et à l'inverse on a trouvé des artistes qui avaient avec eux certaines compétences dans le prendre soin et la maladie* ».

En outre, la présence et le regard de quelqu'un d'étranger au service et au milieu médical est susceptible d'être un élément positif pour la vie du service. Pour Chloé LANGEARD « *ça permet au personnel soignant à un moment donné, de prendre du recul sur sa pratique et de retrouver certaines valeurs liées à leur travail, à leur vocation même, qu'elles avaient pu perdre un de vue parce que voilà, dans une routine et puis dans une urgence un peu infernale... donc ça permet de casser cette routine, de prendre, de prendre du recul.* ».

« *Ça permet aussi d'être dans le prendre soin parce qu'effectivement, c'est « on a plus le temps de prendre soin des autres » alors que justement c'est leur vocation. Et même de prendre soin aussi d'elles-mêmes, parce que, bien évidemment, il y en a beaucoup aussi qui était en en période d'épuisement professionnel. C'est quand même une réalité. ».* « *Donc ça permettait ça, donc ce qu'on appelle une espèce de de parenthèse, de ré enchantement. Ça permet aussi de certains projets ont permis de questionner aussi l'identité, finalement des soignants, la hiérarchie au sein de l'hôpital. Je vous donne un exemple vraiment très concret, mais*

finalement, c'est tellement différent d'un hôpital à l'autre selon les actions, mais par exemple, une fois, un photographe avait pris en photo l'ensemble du personnel médical et soignant, avec sa blouse et sur la blouse était cousu un écusson qui représentait le hobbit de la personne. Et en fin de compte, il a classé sur cette photo les personnes en fonction de leur hobby et non plus en fonction de leur hiérarchie professionnelle. Et donc ça a permis aux médecins et aux infirmières, aux aides-soignants de se découvrir des points communs et finalement de partager quelque chose ensemble, chose qui ne se faisait pas du tout auparavant. Donc c'est se reconnaître aussi différemment. ».

Or, dans des équipes aussi proches qu'elles le sont en milieu de soin, la bonne entente et les pratiques professionnelles sont aussi importantes que la qualité de ces dernières. C'est aussi ce que nous dit la Charte d'Ottawa sur la promotion de la santé : « L'évolution des modes de vie, de travail et de loisir doit être une source de santé pour la population, et la façon dont la société organise le travail doit permettre de créer une société plus saine. La promotion de la santé engendre des conditions de vie et de travail à la fois sûres, stimulantes, gratifiantes et agréables. ».

5) Enjeux pour les établissements de santé

Impact sur la cohésion sociale et qualité de vie au travail

De nombreux professionnels des établissements de santé, à l'instar de l'équipe de coordination de la politique culturelle du CH Guillaume Rénier, mettent en évidence l'impact positif sur la vie de l'établissement en termes de fédération des professionnels au sein du projet d'établissement. En effet, ces projets, souvent construits de façon transversale avec les professionnels, permettent aux différents professionnels de l'établissement de se rencontrer et d'échanger. « *Pour l'équipe du CHGR, ces temps de rencontre sont extrêmement positifs pour les établissements puisqu'ils favorisent les échanges entre professionnels et les services et fluidifient les relations transversales nécessaires au bon fonctionnement de l'établissement* ». Or, l'interconnaissance participe du dynamisme des équipes et d'une meilleure qualité de vie au travail pour les professionnels des établissements de santé.

En outre, comme le souligne Laetitia Le Tallec du CHGR, ces temps de rencontre trouvent une « *résonance particulière dans les périodes de tensions dues aux exigences de restrictions budgétaires que traversent de nombreux établissements de santé. De nombreux acteurs mettent en effet en évidence le caractère fédérateur et le climat de proximité créé par ces projets* ».

Le caractère très valorisant de ces actions pour les professionnels et les services et l'amélioration de l'ambiance générale au travail « *concourent au renforcement des logiques fédératrices au niveau de l'établissement* ». Si dans ce contexte les projets Culture-Santé peuvent parfois susciter une incompréhension de la part de certains professionnels de santé, tous les acteurs observent à l'issue des projets un impact très positif sur la vie de l'établissement et donc in fine sur les patients. Les équipes du CH de Lannion Trestel résume

ainsi les bénéficiaires de ces actions : « Favoriser l'accès à la culture à tout public en milieu hospitalier (personnes hospitalisées, professionnels, familles, visiteurs...) pour améliorer ainsi la qualité de vie et de travail à l'hôpital » [7]. Cela contribue ainsi à favoriser « l'émergence de désirs soignants et à donner du sens aux pratiques » [8].

Vie et inscription de l'ETS dans l'animation territoriale

« Inscrire le Centre Hospitalier Lannion Trestel comme un acteur engagé dans l'action culturelle et artistique sur son territoire et tout particulièrement sur le CRRF de Trestel, isolé de la Ville de Lannion sur la commune de Trévou-Tréguignec. De plus, dédramatiser l'hôpital en transformant une partie de l'espace en lieu d'exposition ouvert à tous sur le territoire et favoriser la sociabilité et lutter contre l'isolement des patients. » [7]. Tels sont les enjeux pour le CH de Lannion Trestel car pour les établissements ces projets sont en effet une opportunité de s'inscrire dans un territoire en tant qu'acteur aux différentes facettes et de renforcer leur démarche en ce sens.

D'abord, « cette médiation culturelle correspond à l'expression des attentes des patients et leur permet de vivre différemment leur venue à l'hôpital, non plus seulement comme un lieu de soin mais comme un vecteur possible de culture » [4]. De cette manière, en étant identifiés comme un lieu vecteur de culture, les établissements de santé montrent qu'ils sont ouverts, accueillants, loin de l'image froide et repoussante de l'« institution hospitalière ».

Cette image des établissements sanitaires et médico-sociaux donne une attractivité à la structure et une nouvelle ambiance aux soins : « Effectivement, ces actions, elles peuvent avoir un impact sur la communication justement de l'hôpital. C'est à dire montrer que l'hôpital c'est aussi un lieu de vie, un lieu ouvert sur la cité où justement, il un lieu de culture. La plupart des hôpitaux, disposent de salles de spectacle ou de lieux d'exposition. Donc, c'est aussi montrer ce côté-là de l'hôpital, un côté aussi beaucoup plus empathique, moins froid. »

Ces projets participent du dynamisme de l'hôpital mais cette animation territoriale n'est possible que grâce à la fédération d'acteurs du territoire sur un projet. Ces projets sont des initiateurs d'un travail inter disciplinaire qui favorise la cohésion territoriale et participe du « vivre ensemble ». Cela permet en outre de « développer l'image d'un hôpital, notamment quand il s'agit de projets d'envergure. » et territoriaux.

Intégrer une démarche citoyenne

Enfin, ces projets peuvent également acquérir une dimension citoyenne pour certains établissements qui souhaitent faire évoluer le regard des publics sur la pathologie ou le handicap pris en charge. L'art devient alors le médiateur d'une rencontre, souvent difficile ou rare en temps normal et particulièrement depuis la crise sanitaire, entre les patients ou résidents des établissements et la population civile.

En confrontant les populations aussi bien par la mixité sociale qu'intergénérationnelle, ces rencontres amènent une évolution du regard porté sur les pathologies ou les handicaps

(mentaux et physiques). Ces rencontres artistiques s'inscrivent ainsi dans des logiques citoyennes de sensibilisation à la différence et d'acceptation d'autrui quand le rejet de la maladie et de l'« anormalité » est encore trop présent dans nos sociétés.

De nombreux projets soutenus mettent en avant ce point dans leurs objectifs, à l'instar de ceux du projet mené par l'EPSM Gourmelen et le Théâtre de Cornouaille : « *La démarche engagée s'inscrit dans la politique de déstigmatisation de la maladie mentale à travers la communication qui a pu être réalisée dans le cadre notamment du concert organisé sur site* ». De même, l'IME de Bruz, qui accueille des jeunes en situation de handicap a mené un projet avec des élèves du conservatoire de Rennes, avec notamment pour objectif d'« *ouvrir le regard des adolescents sur la différence* » (Bilan du dispositif régional 2004-2016). La lutte contre les discriminations peut donc aussi s'inscrire dans la démarche *Culture et Santé*. La culture est en outre un fédérateur dans nos sociétés car elle rassemble et permet d'entrouvrir certaines portes.



Gages de réussites des projets

Bien que ce ne soit pas l'objet principal de ce bilan, nous vous proposons suite à l'analyse des retours des partenaires, une revue non exhaustive des points de vigilance à adopter. Ces points de vigilance sont en particulier des facteurs de réussite de la mise en œuvre des projets :

- *Un important travail de médiation*
Il est vrai que les temps d'échanges permettent rapidement de faire adhérer les professionnels au projet. L'environnement hospitalier ou médico-social peut être ardues pour les intervenants et les résidences artistiques en milieu hospitalier peuvent s'avérer plus difficiles que des résidences classiques. L'environnement n'est pas neutre. D'une manière générale, une approche différente, une grande disponibilité et une implication émotionnelle sont nécessaires pour travailler avec ce public malade.
- *Dédier un espace et prévoir un calendrier*
L'une des contraintes les plus fréquente est le manque de disponibilité des professionnels avec des équipes qui ont peu de temps pour s'impliquer dans les projets ; cela peut être compliqué pour eux de dégager du temps pour assister aux réunions qui sont pourtant nécessaires justement pour bien construire le projet.
- *Construire avec les professionnels de santé et les artistes*
En effet, il ne faut pas sous-estimer tout cela en veillant à une préparation conséquente, des rencontres organisées plus tôt avec les équipes soignantes et culturelles et parfois les publics pour savoir dans quoi on s'engage. Les cultures professionnelles sont différentes et le développement des actions nécessite une coordination.
- *Faire preuve d'écoute et de souplesse*
Faire preuve d'écoute, d'empathie et de souplesse sont des qualités importantes dans la bonne tenue des projets. Certains publics sont très intimidés ou sensibles à la démarche artistique. Le relationnel a toute sa place dans le bon déroulement de l'action dont l'artiste est un facteur important. Etre sensibilisé (point précédent) permet alors d'être plus attentif aussi bien dans la phase de construction que de mise en œuvre. La chargée des publics du Festival La Gacilly nous fait d'ailleurs part de ses doutes : « sur un projet comme ça, le relationnel et la sensibilité de la personne est aussi importante que sa qualité pro en tant que (photographe), j'ai envie de dire parce que l'un sans l'autre en fait ça. Ça ne fonctionnera pas. ».
- *Confidentialité et secret médical*
Le secret médical et la confidentialité ainsi que les respects des patients ne peuvent être négligés. L'intégrité de l'usager et des équipes sont au centre de l'attention et de

la co-construction de l'action. Une attention toute particulière est donc à porter à ce point.

- *Référent culturel*

Un des atouts dans le déroulement du projet est la présence d'un référent. Il peut s'agir d'un référent désigné occasionnellement aussi bien qu'une personne dont la gestion de l'appel à projet fait partie de ses missions. Le référent a à sa charge de faciliter les relations et la communication entre les partenaires en tant qu'interlocuteurs privilégié aussi bien en interne qu'en externe. Il assure ainsi le suivi du projet.

- *Un lieu adapté et des locaux*

Une autre contrainte peut être le manque d'infrastructures ou d'espaces dédiés à ces temps culturels. Lors de résidence d'artistes il est primordiale que celui-ci soit reçue dans des conditions propices à son travail et à la création. La tenue du projet n'est pas dépendante des locaux pouvant être mis à disposition des équipes artistiques mais est un levier important.

- *Evaluer les actions*

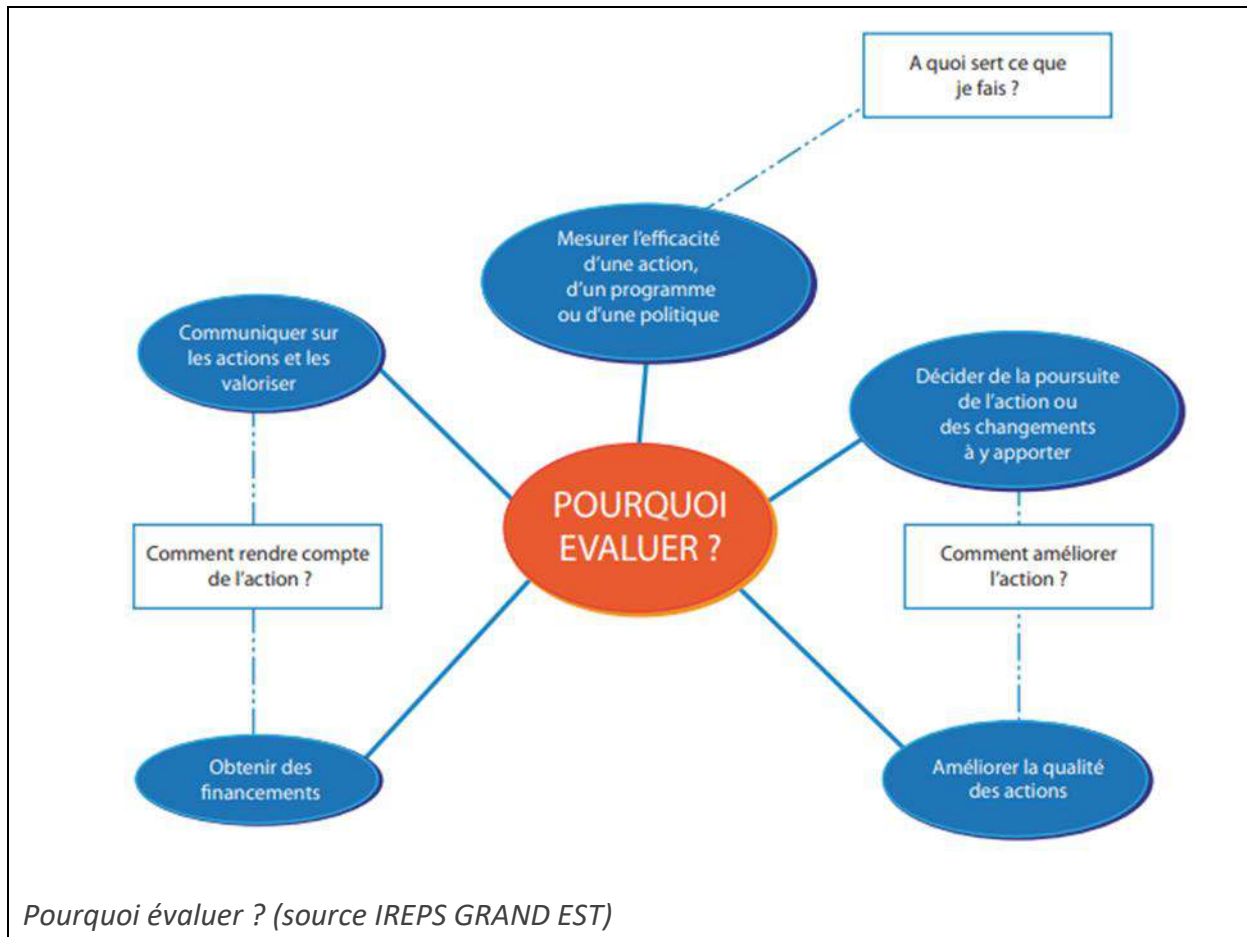
Enfin, et bien que cela soit demandé dans le cahier des charges de l'appel à projet, la construction passe par le temps de la réflexion et de l'évaluation.

Réaliser une évaluation est chronophage mais permet de faire un point et de recentrer l'action dans son environnement : *quels sont les freins et les leviers ? les apports sur les parties prenantes ? les pistes d'amélioration ?* La création d'un référentiel ou la définition d'indicateurs peut être des outils intéressants. Ces indicateurs peuvent être relevés au moyens de questionnaires ou d'entretiens, d'observation, compte rendus de réunions etc.

Cette évaluation participe aussi à clarifier les relations si la mise en œuvre de l'action a été compliquée et favorise son renouvellement. Prendre le temps de l'échange est bénéfique et permet d'envisager éventuellement une suite au projet et à son développement.

- *Communication*

La communication est un point essentiel en matière de travail d'équipe. Cela implique aussi bien la communication interne entre les acteurs d'un même établissement que la communication externe et la valorisation du projet sur le territoire et aux partenaires. C'est un étape clé avant, pendant et après le projet (valorisation de l'évaluation et communication des résultats).



Focus sur le dispositif des jumelages : une nette évolution depuis 2017

Que sont les jumelages ?

Les jumelages sont une forme innovante et privilégiée de partenariat fondée sur une relation durable entre les partenaires dans une logique de projet pluriannuel, avec une cohérence artistique forte. Ils offrent, à la différence d'une action annuelle, une mise en œuvre de l'action sur trois ans favorisant des actions ambitieuses. Le renouvellement de projets annuels dans le cadre d'un même partenariat ne relève pas des jumelages.

Ces partenariats au moyen court sont de plus en plus encouragés et montrent un développement tout à fait intéressant.

De manière générale :

- la 1^{ère} année est celle de l'interconnaissance, du développement des actions de médiation et de rencontres avec des professionnels des arts et de la culture,
- la seconde année (n+1) s'enrichit d'une résidence d'artiste(s) en établissement de santé ou médico-social,
- la dernière année (n+2) se construit en fonction des réalisations des deux premières années et prépare la fin du jumelage.

Sur les 3 années de jumelage doivent se concrétiser :

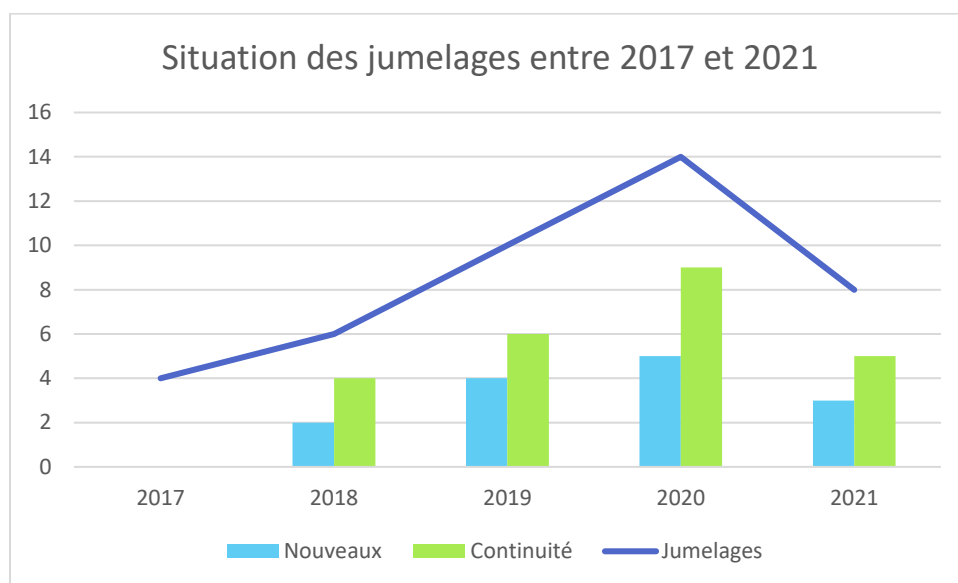
- Des actions de médiation assurées par des intervenants et artistes professionnels et accompagnées : diffusion ou prêt d'œuvres au sein de l'établissement de santé ou médico-social, accueil de patients et de personnels à des représentations, expositions, visites de lieux culturels et patrimoniaux, ...
- Des ateliers de pratique (théâtre, arts de la piste, marionnettes, musique, danse, cinéma, lecture-écriture, arts plastiques, médias, etc.) et de rencontres avec des professionnels des arts et de la culture.
- L'accueil d'artiste en résidence : il s'agit de croiser le projet de création d'un artiste et le projet culturel de l'établissement de santé ou médico-social.

Les projets de jumelage offrent une matière très enrichissante et très dense aussi bien pour le public que les artistes. De fait, ils nécessitent l'engagement d'une équipe culturelle professionnelle et expérimentée en matière de gestion de projet d'action culturelle. C'est pourquoi toutes les structures ne sont pas éligibles. Les structures culturelles concernées devront répondre aux caractéristiques suivantes : existence d'un projet scientifique, patrimonial ou artistique, engagement dans l'action culturelle auprès des populations, et présence d'un professionnel qualifié à la direction de l'établissement. Ces critères d'éligibilité ont pour objectifs d'assurer le bon déroulement du jumelage en valorisant l'expérience de la structure dans la médiation culturelle.

Les subventions sont attribuées annuellement pendant les trois années du jumelage. Par ailleurs, le montant de la subvention est révisable (à la hausse ou à la baisse) au regard du plan d'action et du bilan actualisé chaque année.

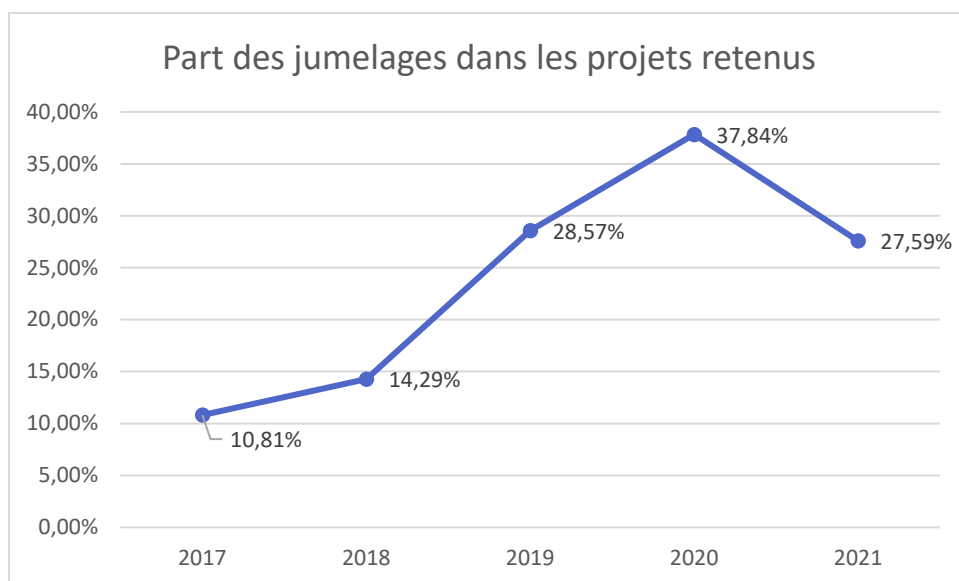
Analyse quantitative et qualitative

Les jumelages présentent depuis quelques années un certain développement. Le graphique suivant montre d'ailleurs clairement la progression des jumelages depuis 2017. On y constate ainsi un plus que triplement des actions en jumelage entre 2017 et 2020 qui passent de 4 à 14.



Le net recul qui a lieu en 2021 (-42%) s'explique par la crise sanitaire et le report ou l'annulation de plusieurs jumelages. Certaines actions ne pouvant être reconduites dans les conditions sanitaires actuelles et la fatigue des professionnels de santé ainsi qu'une redéfinition des priorités en milieu de soin dans un cadre de pandémie peuvent être des facteurs explicatifs. Toutefois les acteurs se sont montrés optimistes quant à la reprise des jumelages en 2022.

En 2020 les jumelages représentent plus du tiers des actions déployées sur la région contre seulement 10% en 2017, soit une progression de 27 points en trois ans (+370% depuis 2017).



Ces jumelages sont possibles et sont favorisés par un travail d'animation territoriale que réalise la DRAC auprès des partenaires, qui sont en retour convaincus par la vision de moyen terme proposée par les jumelages.

Le développement de projet au moyen court permet premièrement de meilleures relations entre les acteurs et donc le développement de projets plus profonds et plus pertinents permettant d'aller au bout des volontés des partenaires.

Cela permet ensuite une continuité entre le projet de jumelage et la politique/projets d'établissement ainsi qu'une reconnaissance en interne de ce type de projets. Au final, les établissements de santé et les structures trouvent de la cohérence dans l'ensemble de leurs actions par le déploiement de cette forme de partenariat.

Pour une chargée d'action culturelle en CHU, ce qui est intéressant avec le travail sur le moyen terme c'est que *« cela offre du temps aux structures culturelles pour comprendre véritablement le fonctionnement du milieu hospitalier et s'y adapter »*. Une relation de confiance s'instaure entre les partenaires à force de contact entre les personnels soignants et des structures culturelles ou des artistes. Cette relation de confiance qui s'instaure et permet de réaliser des projets un peu plus ambitieux.

Le but des jumelages est de favoriser des actions plus conséquentes et plus riches mais également de permettre un vrai dialogue entre des acteurs du territoire qui pourront par la suite développer d'autres initiatives entre eux, indépendamment de cet AAP. L'objectif est de donner du mouvement et d'impulser une dynamique aux airs de politique territoriale globale en santé.

Le dispositif joue ici avant tout un rôle de « starter », pour faire émerger de nouveaux partenariats et de nouvelles dynamiques territoriales, mais aussi pour sensibiliser les différents acteurs Culture-Santé et l'interconnaissance. Il permet également de soutenir des projets ambitieux qui ne pourraient voir le jour sans soutien, notamment des résidences d'artistes.

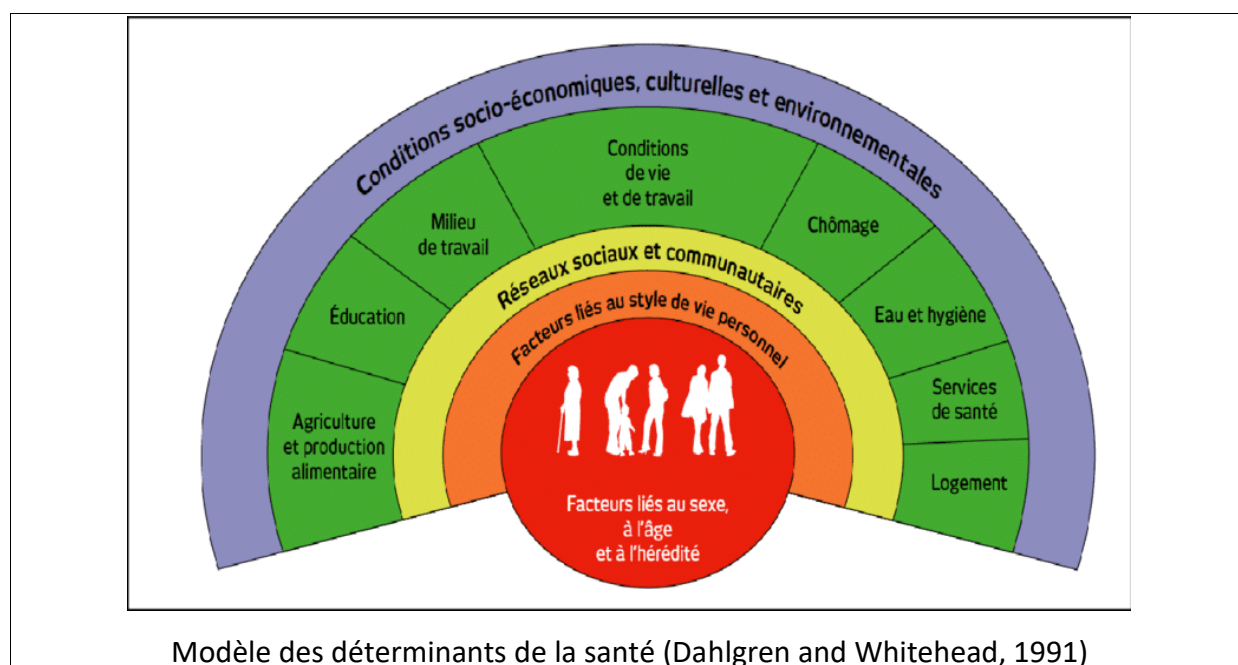
La santé dans toutes les politiques

Intersectorialité et santé publique

La santé dans toutes les politiques, ainsi que l'intersectorialité sont des éléments essentiels de la santé publique et de la promotion de la santé. Le déploiement du dispositif s'inscrit pleinement dans la définition de la santé donnée par l'Organisation mondiale de la santé. Elle relève en effet d'une démarche transversale relative au prendre soin, à la place et au droit des usagers, aux pratiques des professionnels et à la modernisation sociale des établissements de santé. Le développement de ce type d'action est facteur de cohésion sociale.

On remarque par ailleurs que le dispositif Culture et Santé répond à plusieurs axes de la Charte d'Ottawa, qui est un texte fondateur de la promotion de la santé :

La promotion de la santé est définie comme le processus qui consiste à permettre aux individus de mieux maîtriser les déterminants de la santé et d'améliorer ainsi leur santé. Les déterminants de la santé désignent tous les facteurs qui influencent l'état de santé de la population, sans nécessairement être des causes directes de problèmes ou de maladies. Les déterminants de la santé sont associés aux comportements individuels et collectifs, aux conditions de vie et à l'environnement des personnes. Ces déterminants sont toutefois inégalement répartis entre les différents échelons de la société ce qui a pour conséquence d'engendrer des inégalités de santé entre les individus.



Bien que l'appel à projet ait un but fondamentalement culturel, il n'en reste pas moins que « Une vie culturelle réduit l'isolement du malade et respecte la dimension existentielle de la personne. La culture, vecteur de valorisation personnelle, professionnelle et sociale, est considérée comme une contribution à la politique de santé qui accorde une nouvelle place à l'usager. De même, une action culturelle au sein des établissements de santé contribue à la qualité des relations professionnelles et améliore l'inscription des établissements dans la cité. » (Convention Culture et Santé).

Le dispositif Culture et Santé met en effet en adéquation plusieurs axes de cette chartre comme « l'acquisition d'aptitudes individuelles », le « renforcement de l'action communautaire » mais aussi « la réorientation des services de santé ». Certains éléments ont pu être analysés dans la partie qualitative de ce bilan.

Nous avons vu que les projets qui sont menés ont notamment pour effets des bénéfiques en matière de bien-être et de santé sur les patients touchés par ces actions. Ces projets permettent en outre une amélioration de la qualité de vie au travail et changent certaines pratiques professionnelles, dans le champ du soin, de la relation au patient et dans le champ de l'organisation institutionnelle et des relations de travail. Cette influence des projets est unanimement admise et reconnue tant par les acteurs de la santé que de la culture.

Ce que l'on remarque ainsi est que le développement de ces actions culturelles et artistiques profite aux patients, aux professionnels et dans une certaine mesure, à la société civile. Ces effets en matière de soin n'étant pas recherchés, on peut donc dire qu'ils découlent alors naturellement des interventions culturelles.

C'est la reconnaissance et la mise en avant de ces résultats qui démontrent parfaitement que la santé et le bien être découlent de notre environnement et dont les politiques intersectorielles concourent à leur amélioration.

[Un dispositif pour l'accès à la culture...et la santé !](#)

En reprenant les axes de la Charte d'Ottawa évoqués précédemment, il peut apparaître que le dispositif Culture et Santé présentent certaines caractéristiques d'un programme de santé publique et de promotion de la santé particulièrement :

L'acquisition d'aptitudes individuelles

L'acquisition de ces aptitudes peut être repris par le développement et la valorisation personnelle qu'engendre les actions et précédemment décrites dans les témoignages. Selon l'OMS « la promotion de la santé appuie le développement individuel et social grâce à l'information, à l'éducation pour la santé et au perfectionnement des aptitudes indispensables à la vie. Ce travail doit être facilité dans le cadre scolaire, familial, professionnel et communautaire et une action doit être menée par l'intermédiaires des organismes éducatifs, professionnels, commerciaux et bénévoles et dans les institutions elles-mêmes. » (OMS 1986).

Ces aptitudes s'appuient notamment sur les compétences psycho sociales (OMS 1993) que l'on distingue en trois catégories :

- Les compétences sociales : Communication (expression, écoute) ; Résister à la pression (affirmation de soi, négociation, gestion des conflits) ; Empathie coopération et collaboration en groupe ; Plaidoyer (persuasion, influence)
- Les compétences cognitives : Prise de décision, résolution de problème ; Pensée critique, auto-évaluation (conscience de soi et des influences)
- Les compétences émotionnelles : Régulation émotionnelle (colère, anxiété, coping) ; Gestion du stress (gestion du temps, pensée positive, relaxation) ; Confiance en soi, Estime de soi

Les projets menés témoignent de cette acquisition d'aptitudes chez les patients concernant en outre : la confiance en soi, le renforcement de l'expression, la prise de parole et de l'écoute, le travail en groupe et la sociabilité, la prise de conscience, la gestion des émotions (stress, anxiété, détente) et la valorisation de la personne.

La réorientation des services de santé

Un autre axe repris par l'appel à projet est la réorientation des services de santé : « les services de santé doivent se doter d'un mandat plus vaste, moins rigide et plus respectueux des besoins culturels, qui les amène à soutenir les individus et les groupes dans leur recherche d'une vie plus saine et qui ouvre la voie à une conception élargie de la santé, en faisant intervenir, à côté du secteur de la santé proprement dit, d'autres composantes de caractère social, politique, économique et environnemental. » (OMS 1986).

Cette action est particulièrement pertinente et rejoint le caractère pluridisciplinaire et intersectoriel du dispositif, qui propose une collaboration entre les acteurs du soins et culturels du territoire par des projets transversaux au service du public et des patients.

La médiation

Enfin, la promotion de la santé exige l'action coordonnée de tous les intéressés : gouvernements ou ses représentants (ici le ministère de la santé et l'ARS), secteur de la santé et autres secteurs sociaux et économiques (professionnels soignants et non soignants, ESSMS, associations, espaces culturels...) organisations non gouvernementales et bénévoles, autorités locales (collectivités territoriales comme les communes ou les départements), médias etc.

Les programmes et les stratégies en santé publique doivent être adaptés aux possibilités et aux besoins locaux et prendre en compte les divers systèmes sociaux, culturels et économiques, c'est-à-dire que les actions doivent être développés à partir d'une politique territoriale et locale en santé cohérente qui répond à un besoin du territoire et de la population.



EXPO PHOTO

« Animare »

par

**Camille GUILLEVIC et
les patients du CRRF de Trestel**
En partenariat avec l'Imagerie - Lannion

Du
17 octobre
au
30 novembre
2018



Avec le soutien du Ministère de la Culture et de la Communication et de l'Agence Régionale de Santé Bretagne,
dans le cadre de l'appel à projet Culture-Santé

Crédit : Service Animation DRF de Trestel - 02.96.03.60.26

Modalités et axes de travail

L'écriture d'un bilan est aussi l'occasion de prendre du recul sur les actions menées et d'avoir un retour réflexif sur ses pratiques. Ainsi, après plusieurs mois de travail entre les deux partenaires : l'ARS et la DRAC, il est pertinent de s'interroger sur les méthodes de travail mises en œuvre et les perspectives afin de répondre aux objectifs et aux enjeux de la Convention Culture et Santé.

- Poursuivre le partenariat engagé entre l'Agence Régionale de Santé, la Direction régionale des affaires culturelles et la Région Auvergne-Rhône-Alpes dans le cadre du programme régional Culture et Santé.
Ce partenariat se concrétise par la signature prochaine d'une Convention cadre plus aboutie afin de répondre aux orientations et à la logique de travail des partenaires. L'engagement qui existe depuis plus de 15 ans autour de ce dispositif doit se poursuivre et être étoffé.
- La désignation d'un référent Culture et Santé
A l'image de nombreuses ARS qui disposent d'un référent dédié à la gouvernance de l'appel à projet, le référent Culture et Santé est un élément moteur. Il suit le dossier et en est l'interlocuteur privilégié. Il fait également le pont entre les institutions et les acteurs de la santé et de la culture sur l'ensemble du territoire. Il assure ainsi de la cohérence à la mise en œuvre des actions et encourage leur développement. Il soustrait par ailleurs les missions de gestion aux partenaires.
- Intégrer les projets dans la politique générale des établissements
Les projets Culture et Santé sont généralement des projets distincts du reste de la politique et des projets d'établissements. Souvent présentés comme une mission ou une action artistique ponctuelle, les inscrire dans la politique générale des ETS offre un cadre pérenne aux actions et s'intègre dans les logiques hospitalières et de soin. Cela permet également aux équipes en interne de s'approprier ce dispositif et les actions de médiation.
- Veiller à un équilibre de développement entre le secteur médical et médico-social
Le basculement entre une majorité d'actions sanitaires à une majorité de projets médico-sociaux est récent mais semble acquise. De fait, il faut rester vigilant à préserver un équilibre dans la programmation entre secteur sanitaire et médico-social et ne pas tomber dans le tout médico-social.
- Soutenir et développer le réseau des acteurs Culture et Santé
En s'appuyant sur la communication et les partenaires, il s'agit d'agrandir le réseau d'acteurs participants à l'appel à projet et à en favoriser sa diffusion :

- Faire connaître l'appel à projet auprès des acteurs territoriaux (collectivités, ESSMS, structures culturelles, grand public, institutions)
 - Chaque partenaire peut encourager et faire connaître le dispositif à ses administrés
 - Communiquer en interne pour sensibiliser à la démarche et favoriser son intégration dans la politique globale de l'ARS et de la DRAC
 - Communiquer en externe par la valorisation de projets, du bilan ou la tenue de journées/table ronde Culture et Santé au niveau régional
 - Favoriser l'interconnaissance entre les régions : explorer et discuter de la mise en œuvre du dispositif dans d'autres régions de France
 - Limiter la confidentialité du projet et présenter clairement le dispositif et ses objectifs, notamment la différence avec l'art thérapie
- S'appuyer et co-construire avec les acteurs du territoire
 Les collectivités sont une partie prenante de ce dispositif et la co-construction doit être encouragée quand cela est possible, afin de coordonner les actions et mener des actions pertinentes sur le territoire.
 La Bretagne a la chance de compter dans le domaine de la santé une école de santé publique, l'EHESP. L'émergence de module de formation autour de la Culture Santé pourraient être créés notamment à l'EHESP dont le siège est à Rennes afin de sensibiliser les fonctionnaires hospitaliers et médico-sociaux (DH et D3S) aux pratiques culturelles et à ces formes de médiation. Il s'agit d'une opportunité d'impulser un changement de vision et des pratiques professionnelles vis-à-vis de la santé.
 - Encourager les jumelages
 Les jumelages doivent être encourager afin consolider les partenariats de long terme qui existent et favoriser l'existence de nouveaux. Ils participent de l'émulsion culturelle et territoriale.
 - Créer un référentiel de travail ou un espace commun numérique de travail afin de favoriser le partage des informations et l'actualisation des documents
 La gestion du dispositif est actuellement conjointe entre l'ARS et la DRAC et de fait, une coordination est nécessaire à la bonne administration de l'appel à projet.
 - Afin de minimiser ces efforts, il peut être intéressant d'une part de créer un référentiel de travail afin d'harmoniser les méthodes et notamment la forme des documents, du tableau de programmation etc.
 - D'autre part, d'encourager et faciliter l'inter communication et la perte d'informations dans les échanges numériques. Un espace de travail collaboratif et en ligne pourrait être une solution. Il regrouperait tous les documents de travail et les archives puisque chaque partenaire dispose d'un historique documentaire différent. Des documents rassemblant le travail des deux partenaires seraient un plus.

- Enfin cela permet une meilleure actualisation des documents et entretient l'inter connaissance des actions menées respectivement par les partenaires qui sont parfois floues pour l'autre
-
- Intégrer le dispositif dans la politique globale de santé et de PPS de l'ARS
 Un des axes les plus important est d'encourager et de militer pour intégrer le dispositif Culture et Santé au sein de la politique globale et la politique de prévention promotion de l'ARS. Détaillé plus haut, la reconnaissance de l'appel à projet comme un véritable de santé pourrait avoir des impacts très positifs aussi bien en interne que sur les partenaires et les financements alloués. Une stratégie pourrait être de s'appuyer sur les délégations départementales de l'ARS.
 Cela permettrait aussi de reconnaître à leur juste titre les apports que ces projets amènent sur le bien être des patients. Le service de la direction de l'autonomie et celui de la prévention/promotion de la santé pourraient ainsi émettre des avis relatifs aux candidatures et intégrer ces projets dans la stratégie régionale de réduction des inégalités sociales de santé par exemple. Le dispositif est par ailleurs intégré à la politique de santé dans plusieurs ARS de France comme Auvergne Rhône Alpes et Nouvelle Aquitaine.
 Cela fait également de Culture Santé, non plus seulement un appel à projet mais une vraie thématique de travail. Cela rejoint la volonté du dispositif de jouer un rôle de « starter » dans les dynamiques de projets.

Ces différents axes de travail participent d'un changement de perception des acteurs et du public à la fois sur le dispositif mais sur la culture et le monde du soin. Ce dispositif qui est encore relativement confidentiel peut certainement souffrir de cette confidentialité. Les informations disponibles pour le public sont succinctes ; le projet peut être confondu avec un soutien à l'art thérapie par exemple.

Le dispositif est également moins proche du secteur de la santé qu'il peut en avoir l'air. Il existe en effet un léger décalage entre les enjeux et les objectifs décrits dans la Convention cadre ou le cahier des charges et la mise en œuvre effective de l'appel à projet qui n'intègre que dans une certaine mesure la question du bien-être et des effets sur les patients notamment puisque les bénéfices de santé ne sont pas recherchés et qu'il s'agit avant tout de favoriser l'accès à la culture. Dans les faits, seul le bilan fait état de l'impact du projet sur les parties prenantes tandis que dans l'instruction du dossier les objectifs et critères autour de la santé ne sont pas poursuivis.

Quelques projets...

Projet « Nos Lieux Communs » : jumelage entre l'Association Hospitalière de Bretagne, la médiathèque de Pontivy, et l'association La Missive



Nos lieux communs repose sur plusieurs piliers :

- la médiation culturelle vers des publics éloignés de la culture
- la pratique artistique vers une création collective
- les échanges entre habitants d'un même territoire
- la rencontre avec des œuvres artistiques

Le projet a permis la rencontre entre des participants de 7 structures du territoire (Hôpital de jour, Hôpital spécialisé en addictologie, Groupe d'Entraide Mutuelle, Résidence accueil, association La Missive, médiathèque, Hôpital de Plouguernevel).

L'horizontalité des ateliers a permis le mélange des participants, qu'ils soient soignés ou soignants, éducateurs ou artistes. Les ateliers artistiques ont été de plus en plus réguliers, afin de permettre une rencontre progressive avec les publics fragiles. D'abord mensuels, puis bi-mensuels et enfin hebdomadaires, ils ont réuni à chaque fois une quarantaine de participants.

Après une première phase dédiée au travail d'écriture (à travers mots, images, collages, selon les situations parfois d'illétrisme), la deuxième phase du projet s'est concentrée sur la réalisation d'un spectacle théâtral mêlant travail corporel et oralisation des textes produits.

Pour tous ces ateliers, La Missive a invité plusieurs intervenants artistes : Oona Spengler et Pauline Chevallier (metteuses en scène résidentes), Elise Feltgen (danseuse contemporaine), Etienne Cabaret et Régis Bunel (musiciens).

En amont des ateliers, un temps a été consacré par La Missive à inclure les soignants, éducateurs et encadrants aux ateliers. Nos lieux communs se veut en effet un projet horizontal, où tous les acteurs des structures participent au même niveau.

Le travail n'est pas strictement thérapeutique, il a pour objectif la cohésion sociale, l'échange, la communication, l'expression personnelle et collective, afin de permettre le déplacement de la perception qu'on a de l'autre.

Les projets de La Missive, bien que mis à mal par la situation sanitaire ont continué de voir le jour. Au contraire, face au « tsunami psychiatrique » annoncé dans le domaine médico-social, il s'agit plus que jamais d'être force de proposition pour créer du lien et encourager l'expression de chacun.e.

Projet « Héritage(s) » : jumelage entre le Pôle culturel du Roudour et le Centre Hospitalier de Lanmeur

Public(s) concerné(s) : Résidents du CH de Lanmeur mais également les familles, les accompagnants, les professionnels de l'hôpital, scolaires (école et collèges des 4 vents, lycée de Suscinio), et l'ensemble du public du territoire.

Objectifs du jumelage :

- Sauvegarde des paroles des résidents et sauvegarde du patrimoine
- Valorisation de leur image, Renforcement de la confiance en soi
- Travail de concentration et satisfaction personnelle
- Travail de création artistique
- Respect et échanges intergénérationnels
- Appropriation et appréciation de l'environnement
- Initiation au théâtre

Le projet « Les Habitants » a été co-construit par le CH Lanmeur, le Pôle culturel du Roudour et la compagnie Dérézo.

Après avoir informé de nombreux complices dans l'institution (résidents, professionnels, familles) et à l'extérieur de l'institution (commerçants, enseignants du collège et habitants), le CH Lanmeur a accueilli un nouveau résident « Mr Groscoco ». Bien sûr, ce nouveau résident qui a installé sa caravane dans le jardin de l'hôpital, en plein mois de décembre, était l'un des dix comédiens de la compagnie à intervenir durant la semaine.

Ce projet répondait à la forte demande des résidents de faire du théâtre, de jouer un rôle.

Cette création in-situ a questionné et a remporté un très grand succès dans et hors les murs. Tous les « acteurs » de cette mise en scène se sont pris au jeu, dans des proportions que nous n'avions pas imaginées.

Mr Groscoco a amené beaucoup de joie aux résidents. Il a fait réfléchir les professionnels, les comédiens et les collégiens sur la place de chacun dans l'institution et sur la pratique théâtrale. Ce projet artistique a également nourri le travail de création de la compagnie Dérézo pour la future pièce « Alice et l'envers du miroir ».

Cette action a été un tel succès que les résidents et les habitants de Lanmeur souhaitent un retour de Mr Groscoco à Lanmeur. Il est revenu courant avril 2019, au travers d'une exposition présentant les nombreuses photos prises durant la résidence. Le film de cette création audacieuse et drôle, au cœur de l'hôpital, a été également diffusé en public au CH Lanmeur, mais également au Cinéma art et essai La Salamandre.

Projet annuel entre AY-ROOP et l'IME le Triskell à Bruz / IME Le 3 mats à Betton

Suite au succès du projet réalisé en 2017-2018, AY-ROOP, l'IME le 3 Mâts à Betton et l'IME le Triskell de Bruz ont souhaité renouveler le parcours cirque cette saison. En effet, les progrès constatés en motricité, en équilibre, en confiance en soi, en dépassement de ses peurs, l'entraide développée au sein du groupe et l'épanouissement chez les jeunes ayant suivi le parcours, ont prouvé la richesse de cette action.

Dans une démarche similaire, ce projet qui a réuni une douzaine de jeunes (de 6 à 20 ans) des IME de Bruz et de Betton, avait pour but de poursuivre un travail de pratique autour des arts du cirque.

Faisant partie intégrante du projet personnel de chaque jeune, il s'est inscrit dans l'accompagnement éducatif, pédagogique et thérapeutique du jeune au sein de sa structure sous forme d'ateliers hebdomadaires ayant lieu dans la continuité des ateliers menés par les artistes.

Objectifs :

- Découverte globale des arts du cirque
- Développer des capacités physiques / motrices et l'expression d'émotions dans un travail de pratique artistique
- Expérimenter les arts du cirque de manière ludique et créative
- Travailler le lien social entre les jeunes

- Découvrir et faire le lien entre deux structures médico-sociales
- Favoriser le lâcher-prise, la joie et l'émerveillement

Si certains enfants ont une dextérité naturelle, d'autres ont eu besoin d'un peu plus de temps, mais tous ont réalisé la démarche physique, ont dépassé leurs limites et ont évolué à leur rythme tout au long des ateliers.

La réussite de ce projet tient grandement à l'encadrement humain des jeunes : c'est un avantage pour Tanguy Simonneaux d'avoir animé le parcours depuis maintenant trois ans, car il pose un cadre sécuritaire. La présence et l'encadrement des professionnels des IME sont également indispensables pour accompagner les jeunes, les mettre en confiance, les aider à gérer leurs peurs et leurs angoisses, car c'est un public où l'émotionnel a une grande place dans le quotidien.

En fin de projet (juin), chaque jeune a pu montrer ce qu'il a appris pendant l'année lors d'une restitution. Tous ont participé et réalisé de véritables prouesses en présence d'une soixantaine de publics présents. Cette restitution a valorisé les jeunes auprès de leurs camarades. Un beau moment de joie et de fierté pour les participants.

Comme l'année précédente le bilan est positif. Ce projet inter-IME a permis à deux groupes de jeunes de se rencontrer et tisser des liens. Pour les équipes professionnelles, la rencontre a été également riche et formatrice notamment sur l'échange de pratiques.

Bibliographie et références

Références :

[1] : Ateliers théâtre aux résidences Louise Le Roux et Antoine Salaun - le Quartz (scène nationale de Brest), 2018

[1bis] : « Ferme les yeux et regarde », Mutualité Française – la Carène, 2017

[2] : « Ateliers de pratiques musicales et concerts dans les EHPAD », Les TransMusicales - CHU de Rennes et l'USLD La Tauvrais, 2018

[3] : « la Grande Evasion », Ancienne abbaye de Landevennec - EPSM Gourmelen, 2017

[4] : « Proposition culturelle pour les patients adultes chroniques », CH de Cornouailles – Musée des beaux-arts de Quimper, 2017

[5] : « De quel monde rêve-t-on ? », Centre culturel Athena - CHBA, 2018

[6] : « Promenades et Parcours Poétique intérieur et sensible », Maison du livre Bécherel - EHPAD Bécherel et Romillé, 2018

[7] : « Redonner le goût de vivre par l'Image », CH Lannion Trestel – l'Imagerie, 2018

[8] : « Séjour artistique innovant en maladie mentale », EPSM Charcot- Atelier d'Estienne, 2018

[9] : « Ecoutons pour voir », Canal B - Pôle Saint- Hélier, 2019

[10] : Théâtre de Lorient - CSAPA Douarnevez, 2019

[11] : « JT dans l'EHPAD », le Club de la Presse – EHPAD et USLD du CH Dinan, 2020

[12] : « Seniors on air », Corlab – FHF Bretagne et les EHPAD de la région, 2020

[13] : « Objectifs Beaux Regards », CSAPA de Douarnevez – Festival Photo La Gacilly, 2021

Textes juridiques :

- Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789. 1789.
- LOI n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. 2002.
- LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1). 2002.

Littérature universitaire :

- Dahlgren, et Whitehead. 1991. « Policies and strategies to promote social equity in health ». Stockholm Institute for further studies.
- Guy ROCHER. 1992. Introduction à la sociologie générale. Vol. Extraits du chapitre IV: « Culture, civilisation et idéologie ».
- Jonveaux, T., et R. Fescharek. 2009. « P5b-44 Conception d'un jardin thérapeutique destiné aux patients atteints de maladie d'Alzheimer : Quelle contribution peut apporter une démarche artistique ? » Revue Neurologique 165(10, Supplement 1):115-16.
- Kim, Hyun-Sil, et Jin-Suk Kang. 2021. « Effect of a Group Music Intervention on Cognitive Function and Mental Health Outcomes among Nursing Home Residents: A Randomized Controlled Pilot Study ». Geriatric Nursing 42(3) : 650-56.
- Langeard, Chloé. 2015. « Les projets artistiques et culturels de territoire. Sens et enjeux d'un nouvel instrument d'action publique ». Informations sociales n° 190(4):64-72.
- Liot, Françoise, Chloé Langeard, et Sarah Montero. 2020. Culture et Santé. Éditions de l'Attribut.
- Liot, Françoise. 2019. Chapitre 6. Co-construction de l'action culturelle publique et innovation sociale. Presses universitaires de Grenoble.
- Piccoli, M., T. Tannou, I. Hernandorena, et S. Koeberle. 2020. « Une approche éthique de la question du confinement des personnes âgées en contexte de pandémie COVID-19 : la prévention des fragilités face au risque de vulnérabilité ». Ethics, Medicine and Public Health 14:100539. doi: 10.1016/j.jemep.2020.100539.
- Santos, Denise Pinheiro Marques Alves, Ana Carolina de Castro Mendonça Queiroz, Ruth Losada Menezes, et Maria Márcia Bachion. 2020. « Effectiveness of Senior Dance in the Health of Adults and Elderly People: An Integrative Literature Review ». Geriatric Nursing 41(5):589-99. doi: 10.1016/j.gerinurse.2020.03.013.
- Schwan, Kaitlin J., Barbara Fallon, et Betsy Milne. 2018. « “The One Thing That Actually Helps”: Art Creation as a Self-Care and Health-Promoting Practice amongst Youth Experiencing Homelessness ». Children and Youth Services Review 93:355-64. doi: 10.1016/j.chilyouth.2018.08.002.
- Vandewalle, Julie, et Isabelle Caby. 2017. Les activités artistiques dans le projet de soin en santé mentale. Champ social.

Littérature grise et documents internes :

- ARS Bretagne. 2018. Stratégie régionale de santé 2018-2022.
- ARS Bretagne. 2020. Atlas de la santé en Bretagne.
- INSEE, 2017, Portrait statistique de la culture en Bretagne.
- InterStices. 2019. Rapport d'activité 2019.
- Ireps Bretagne. 2017. « Politique de santé... ou santé dans toutes les politiques ? » Horizon pluriel (32).
- Nathanael Travier. 2017. Culture et Santé : Bilan du dispositif régional en Bretagne (2004-2016).
- Organisation Mondiale Santé. 1986. « Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé ».

Annexes



Convention de partenariat Culture-Santé 2017 - 2020

Préambule

Le ministère des solidarités et de la santé et le ministère de la culture conduisent depuis plus de dix ans une politique commune d'accès à la culture pour tous les publics en milieu hospitalier.

Favoriser l'accès du plus grand nombre aux pratiques culturelles et aux œuvres est la mission fondatrice du ministère de la culture. Il confie, à ce titre, aux établissements culturels et équipements artistiques qu'il finance une responsabilité sociale et territoriale au nom des missions de service public qui leurs sont confiées.

Le ministère des solidarités et de la santé a, en ce qui le concerne, pour mission fondamentale de promouvoir une politique de la santé qui prenne en compte toutes les dimensions de la personne.

La convention nationale du 6 mai 2010, dans le prolongement de celle de 1999, a pour objectif de réaffirmer l'importance d'une action interministérielle en matière de culture et de développer celle-ci au sein des établissements de santé.

Une vie culturelle réduit l'isolement du malade et respecte la dimension existentielle de la personne. La culture, vecteur de valorisation personnelle, professionnelle et sociale, est considérée comme une contribution à la politique de santé qui accorde une nouvelle place à l'usager. De même, une action culturelle au sein des établissements de santé contribue à la qualité des relations professionnelles et améliore l'inscription des établissements dans la cité.

En Bretagne, un protocole pour le développement de la culture à l'hôpital a été signé le 9 octobre 2008 entre la direction régionale des affaires culturelles (DRAC) et l'agence régionale

d'hospitalisation (ARH) dont les engagements ont été transférés en 2010 à l'agence régionale de santé (ARS). Cette convention, renouvelée en novembre 2013, étant arrivée à expiration, les deux parties affirment leur volonté de poursuivre le partenariat existant et de confirmer l'élargissement au secteur médico-social déjà mis en place depuis 2011. L'ARS et l'Etat (DRAC Bretagne) entendent inciter les établissements de soins et médico-sociaux à construire de véritables politiques culturelles en définissant le cadre d'un développement culturel structuré et durable.

Dans cette perspective, entre

L'Etat (Ministère de la culture et de la communication – direction régionale des affaires culturelles de Bretagne) représenté par Monsieur Christophe MIRMAND, Préfet de la région Bretagne, Préfet d'Ille-et-Vilaine,

et

l'Agence régionale de santé de Bretagne, établissement public représenté par son directeur général Monsieur Olivier de CADEVILLE,

il est convenu ce qui suit :

Article 1 : Objectifs et champs d'application

Le partenariat Culture Santé vise à renforcer l'accès à la culture et contribuer au développement culturel au sein des établissements de santé ou médico-sociaux, par le biais de leur rapprochement avec les équipements ou lieux culturels de Bretagne.

Les partenariats peuvent s'établir dans toutes les disciplines artistiques et dans le domaine patrimonial.

Le dispositif est destiné aux patients, familles et professionnels de santé (soignants et non soignants).

Article 2 : Philosophie d'intervention

2.1 - Afin de favoriser l'émergence de projets culturels au sein des établissements de santé et médico-sociaux, les deux partenaires organisent un appel à projets annuel. Les critères d'éligibilité et les axes prioritaires d'intervention sont précisés chaque année par le comité de suivi, en fonction de l'observation et de l'évaluation du dispositif.

Le rapprochement des établissements de santé et médico-sociaux avec des institutions culturelles et des équipes artistiques professionnelles pourra prendre différentes formes, que l'ARS et l'Etat (DRAC Bretagne) s'engagent à accompagner :

- les ateliers de pratique artistique faisant appel à des professionnels des arts et de la culture,
- les résidences d'artistes au sein des établissements de santé ou médico-sociaux concourant à la présence artistique sur les territoires,
- les actions de médiation assurées par des intervenants et artistes professionnels et accompagnées, selon le cas, de : la diffusion au sein de l'établissement de santé ou

médico-social, l'accueil de patients et de personnels à des représentations, expositions, visites de lieux culturels et patrimoniaux, ...

Ces projets devront obligatoirement être construits de manière partagée par les structures culturelles et les établissements sanitaires et médico-sociaux.

Ils chercheront à s'inscrire dans une logique de jumelage entre les établissements de santé ou médico-sociaux et les équipements culturels de la région. Ils visent à créer des partenariats durables avec des équipes artistiques et culturelles professionnelles autour de projets de création et de diffusion, de formation et de médiation.

Les structures culturelles concernées devront répondre aux caractéristiques suivantes : existence d'un projet scientifique, patrimonial ou artistique, engagement dans l'action culturelle auprès des populations, présence d'un professionnel qualifié à la direction de l'établissement.

2.2 - Afin d'améliorer les offres de lecture et de supports multimédias, l'ARS et l'Etat (DRAC Bretagne) souhaitent conforter le développement des bibliothèques au sein des établissements de santé ou médico-sociaux. Ils encouragent l'accroissement des partenariats avec les bibliothèques municipales et bibliothèques départementales de prêt. Celles-ci peuvent apporter conseil et aide logistique dans le cadre de la mise en place ou l'extension d'une bibliothèque, prêt de livres ou autres documents, organisation commune d'animations...

L'établissement public de coopération culturelle (EPCC) « Livre et lecture en Bretagne », dans le cadre de ses missions Publics éloignés du livre, pourra accompagner les établissements de soins et médico-sociaux afin de faciliter la signature de conventions entre ces établissements et les bibliothèques municipales ou départementales, la mise en œuvre d'animations culturelles liées à la lecture et l'organisation des actions de formation.

2.3 - Afin de valoriser le patrimoine immobilier et mobilier des établissements de soins ou médico-sociaux, ces derniers pourront être aidés dans leur démarche par les services patrimoniaux de la DRAC, les services d'archives départementales, les conservations départementales des antiquités et objets d'art, le cas échéant.

Article 3 : Pour une politique culturelle partagée

– Référent culturel

L'ARS et l'Etat (DRAC Bretagne) encouragent la désignation d'un référent culturel au sein de l'établissement de santé ou médico-social. Outre ses missions professionnelles, il sera chargé de coordonner les demandes émanant de l'établissement, de connaître l'offre artistique et culturelle du territoire, de faire coïncider l'offre et la demande, de suivre le montage du projet, son organisation et sa réalisation, d'en effectuer l'évaluation avec les différents services concernés.

La mutualisation de référents culturels sur plusieurs établissements de santé sera recherchée.

– Volet culturel du projet des établissements de soins et médico-sociaux, volet social du projet des établissements culturels

Les actions subventionnées doivent pouvoir s'inscrire dans la durée et permettre de contribuer à la définition d'un volet culturel global cohérent et pérenne dans la politique générale des établissements.

Concernant les établissements de soins et médico-sociaux, les projets d'établissement et, le cas échéant, les contrats d'objectifs et de moyens conclus avec l'ARS, constituent les outils privilégiés de formulation et de programmation des politiques culturelles des structures de santé et médico-sociales.

Concernant les établissements culturels, les contrats d'objectifs ou conventions passés avec le ministère de la culture sont le cadre de la formulation des perspectives d'intervention en direction des personnes prises en charge par les établissements de santé et médico-sociaux.

– Résidence territoriale

L'Etat (DRAC Bretagne) privilégiera, dans le cadre de sa politique d'intervention territoriale, la résidence comme point d'appui pour les projets visés par la présente convention.

– Formation

Des journées d'information, de formation et d'échange sur la thématique « Culture-Santé » pourront être organisées afin de favoriser la rencontre des acteurs du dispositif, le partage d'un état des lieux et d'expériences significatives.

Article 4 : Soutien financier et modalités

Les actions soutenues au titre de cette convention pourront faire l'objet d'un financement conjoint de l'ARS et de l'Etat (DRAC Bretagne), tenant compte du montant des crédits délégués pour chaque exercice budgétaire.

L'ARS et l'Etat (DRAC Bretagne) examineront la faisabilité technique et la qualité artistique et culturelle des projets relevant du champ d'application de cette convention.

Les projets devront obligatoirement faire apparaître une part d'autofinancement significative de l'établissement pour ouvrir droit à une aide financière de l'ARS et de l'Etat (DRAC Bretagne).

L'ARS apporte son soutien financier aux projets portés par les établissements sanitaires et médico-sociaux par l'allocation à ceux-ci d'une enveloppe non pérenne.

L'Etat (DRAC Bretagne) soutient l'intervention de structures professionnelles culturelles impliquées dans les projets, en particulier dans le cadre des conventions ou contrats qu'elle passe avec les établissements des réseaux labellisés nationaux. Ce soutien se traduit soit par une subvention globale au partenaire culturel, soit par une aide au projet, sachant que ces crédits ne peuvent couvrir que la rémunération des intervenants et leurs défraiements.

Des partenariats complémentaires pourront par ailleurs être recherchés auprès des collectivités locales et dans le cadre du mécénat.

Article 5 : Suivi et évaluation de la convention

Un comité de suivi composé des directeurs de la DRAC et de l'ARS ou de leurs représentants se réunira chaque année pour dresser le bilan des actions réalisées au regard des évaluations transmises par les établissements de santé ou médico-sociaux et les partenaires culturels qui en auront assuré la mise en œuvre. Il définira les orientations annuelles, examinera les projets présentés et déterminera les moyens consacrés à leur réalisation.

Ce comité de suivi pourra être élargi à toute personne qualifiée proposée par les deux partenaires.

Le comité de suivi sera également saisi pour toutes difficultés qui se présenteraient dans l'application de ce protocole. Il sera par ailleurs consulté pour l'évaluation de la convention au terme de sa durée de validité.

Article 6 : Durée et extinction de la convention

La présente convention est valable pour une période de trois ans, à compter de la date de sa signature. Elle pourra être prolongée pour la même durée par tacite reconduction ou par la volonté des deux partenaires. Toute modification des conditions ou modalités d'exécution de la présente convention, définie d'un commun accord entre les parties, fera l'objet d'un avenant.

Elle pourra être dénoncée par l'un ou l'autre des signataires avant son terme, sous réserve d'un préavis de six mois destiné à garantir l'exécution des objectifs fixés et des engagements financiers qui en découlent.

Fait en deux exemplaires à Rennes, le 1^{er} juin 2017

Le Directeur général de l'Agence régionale de
santé Bretagne

Olivier de CADEVILLE

Pour le Préfet de la région Bretagne,
par délégation, le Directeur régional des affaires
culturelles de Bretagne

Michel ROUSSEL