A propos des

Petites liaisons Culture-Hôpital

Variations sur le vital

Résumé de l'étude

(Gilles Herreros, Lyon2, Crea)

Décembre 2004,

convention ARHRA-DRAC Rhône-Alpes/Irco

Petites liaisons culture-hôpital

Variations sur le vital[1]

La présente note résume une recherche-évaluation[2] commanditée par l'Agence Régionale d'Hospitalisation Rhône-Alpes (ARHRA) et la DRAC (Rhône-Alpes) à propos du programme « culture à l'hôpital »[3]. Cinq points seront successivement traités. Le premier propose quelques réflexions autour de **la notion d'évaluation**, le second fournit des éléments de **description de l'action conduite**, le troisième propose de comprendre la culture à l'hôpital comme génératrice **d'un « trouble « salutaire**, le quatrième souligne le caractère vital des questions que pose le programme « culture à l'hôpital **» à l'institution hospitalière** et enfin, le dernier point adresse **quelques recommandations** pratiques aux initiateurs et animateurs de la démarche.

La démarche d'évaluation

Il n'y a pas de projet (*a fortiori* lorsque des financements publics sont mobilisés) sans évaluation. En d'autres termes, lorsqu'un individu ou un collectif s'engage dans une action, il est inévitable que la préoccupation consistant à vérifier si les objectifs fixés ont été atteints surgisse à un moment ou un autre. Ainsi, dès l'origine de la convention signée entre l'ARHRA et la DRAC, les deux partenaires s'étaient promis d'évaluer les attendus de celle-ci au terme des trois premières années d'activité. Cela étant, la question de l'évaluation soulève toujours nombre d'interrogations

---

[1] Ces liaisons « culture-hôpital », nous les qualifions de "petites" non pour indiquer leur insignifiance ou une quelconque déficience, mais plutôt pour éviter l'emphase romantique souvent associée à l'idée de liaisons. Ces "petites liaisons", soulignent qu'il n'est pas besoin, pour que quelque chose existe et mérite l'intérêt, qu'il y ait de l'ostentatoire, du démonstratif. Ce qui est "petit" peut être solide, durable et important (F. Laplantine, 2003).

[2] Le souci qui préside ici est celui de la concision**.** Le texte intégral de l'étude est disponible sur le site de l'Agence Régionale Hospitalière Rhône-Alpes. Les investigations ont été conduites tout au long de l'année 2004 par un collectif d'étudiants (S. Benslim, M. Do, J. Castrec, S. Huard, J.A Millet) sous la responsabilité de G. Herreros et avec l'aide et l'appui constants de C. Delanoë-Vieux. Si les démarches de terrain furent réalisées par le collectif en question et si les analyses présentées ici doivent beaucoup aux réflexions de l'ensemble de ce groupe ainsi qu'aux 200 personnes (environ) rencontrées (individuellement ou collectivement) tout au long de la recherche, la responsabilité des interprétations finales comme de la présente rédaction, avec leurs inévitables imperfections, incombe entièrement au signataire de ce texte.

[3] Ce programme a été l'objet d'une convention signée par l'ARHRA et la DRAC RA en 2002.

et celles-ci sont particulièrement vives au sein des hôpitaux, fortement soumis, depuis quelques années, à toutes sortes d'opérations de mesure (du PMSI à la T2A[4] en passant par l'accréditation). De quelle légitimité peut se prévaloir l'évaluateur ? Quels sont ses instruments d'étalonnage et en quoi peuvent-ils prétendre dire le "juste" ou la "justice" ? Peut-on tout évaluer y compris contre le gré de ceux que l'on entend jauger ? Quelles violences, symboliques ou réelles, exerce toute mesure ? Évaluer n'est jamais une entreprise neutre. Dans tous les cas, cette démarche, de façon plus ou moins explicite, se structure tout le temps à partir d'un référentiel lequel est fortement inducteur. C'est lui qui permet la mesure des « écarts à la norme », laquelle se trouve (im)posée de façon plus ou moins arbitraire. Ainsi, derrière toute évaluation se profile le spectre d'une normalisation et, avec lui, se pose la question de ses fondements. Sont-ils légitimes, objectifs, rationnels... ? Ces remarques préliminaires formulées, et dont on perçoit la portée potentiellement critique à l'égard des procédures de « mesure », force est de constater qu'au principe de toute action, même la plus banale, on retrouve toujours une procédure d'évaluation. En effet, toute décision, tout comportement, individuel comme collectif, que ce soit au travers des gestes quotidiens les plus insignifiants, suppose des appréciations (économiques, symboliques, esthétiques...) ; celles-ci sont des opérations de jugement, des attributions de valeur (affective, stratégique, historique...) aux choses et aux gens. En d'autres termes ce sont des opérations d'évaluation. Certes leur caractère est spontané, mais cela n'en demeure pas moins de la mesure ou de l'appréciation. Du coup, nier et refuser toute démarche évaluative, au prétexte qu'elle serait normalisatrice, devient une position largement hypocrite. Il est tout différent, par contre, de s'enquérir de la légitimité du fondement des référentiels mobilisés par les évaluateurs et ce dans la perspective de les objectiver, fût-ce *a minima*. C'est ce souci que prend en compte le dispositif d'enquête mis en place.

Dans un premier temps, les animateurs des projets[5] ont été invités à rédiger des monographies sur leur démarche, à mettre en récit leur expérience. Sur la base de ces documents[6], un « guide d'exploration » a été construit et discuté par les animateurs en question. Véritable référentiel co-

---

[4] PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information ; T2A : Tarification à l'acte

[5] Si 45 établissements, tant publics que PSPH ou qu'a buts lucratifs, ont bénéficié du soutien de la convention régionale, seuls les 23 premiers établissements s'étant engagés dans la démarche (à partir de 2002) ont été visités au cours de la recherche dans la mesure où ils étaient les seuls à disposer d'un recul minimum.

[6] 23 monographies ont ainsi été rassemblées (sous la forme de textes ou d'entretiens) et validées par leurs auteurs.

produit, ce document a servi de base, dans une seconde phase du travail, à des investigations plus ciblées conduites au sein de cinq établissements[7]. Les analyses dégagées à partir des nouveaux matériaux recueillis, ont ensuite été discutées avec les acteurs concernés. Cette démarche nécessitant du temps, le processus s'est déroulé sur la totalité de l'année 2004.

Un descriptif de l'action

Lorsque l'on reprend les attendus de la convention signée en janvier 2002, on ne peut qu'être frappé par l'ambition des objectifs que se sont fixés les signataires. Là où une convention nationale, passée en Mis 1999 entre les ministères de la santé et celui de la culture et de la communication, arrêtait trois objectifs, la convention régionale ARHRA-DRAC élargissait les perspectives du projet. Oeuvrer au bien-être des patients, à la mise en place de coopérations entre professionnels, à une connexion plus forte de l'hôpital avec son environnement, telles étaient les principales pistes fixées[8]. Pour conduire cette action, relevant, au bout du compte, d'un véritable programme de santé publique, l'action était dotée d'une enveloppe de 420 000 Euros annuels[9].

Un rapide regard sur les actions conduites permet, d'emblée, de constater la grande diversité des formes prises, tant sur le fond que sur la forme, par les initiatives de chaque établissement. Ainsi et pêle-mêle, on retrouve des projets portant sur la danse, le théâtre, le chant, l'écriture, l'art plastique (sous la forme d'ateliers animés auprès des patients et des personnels mais aussi au travers de représentations, d'expositions), la photographie, la mémoire, le patrimoine, les sciences... Le déplacement des institutions culturelles dans les établissements va de l'artiste solitaire, qui vient organiser un atelier (chant, danse, écriture...), à une équipe (une troupe, un

[7] Ils ont été choisis en fonction de leur taille, de leur implantation géographique, de leur statut et de la nature de leurs projets.

[8] L'énoncé effectif des objectifs était le suivant :
«renforcer la dimension humaine de l'hôpital et l'approche globale du patient, assurer une meilleure qualité des soins et qualité de vie au sein des établissements de santé, ouvrir l'hôpital sur la ville et favoriser les échanges dans et hors de l'hôpital, améliorer l'image des établissements de soin, développer les échanges entre les différentes catégories de personnel hospitalier, permettre aux soignants d'appréhender leur pratique professionnelle et leur institution d'une façon différente, favoriser les échanges entre établissements, développer les coopérations à partir de projets communs sur un territoire donné, favoriser l'implication des structures culturelles et des équipes artistiques hors de leurs terrains habituels d'intervention auprès de publics élargis et diversifiés ».

[9] Les 420 000 Euros annuels se décomposent comme suit : 0,01% des crédits de l'enveloppe ARHRA, soit 380 000 Euros + 50 000 Euros en provenance de la DRAC.

orchestre symphonique) qui arrive au grand complet ou presque. La rencontre qui s'opère peut aussi résulter du mouvement inverse qui conduit des collectifs de patients, de soignants, à se rendre (ensemble ou séparément) à une représentation pour y assister (en spectateurs) ou bien y participer (en acteurs). Donnons un simple aperçu des actions entreprises. Ici, sur la question de la mémoire, des récits sont recueillis, des objets collectés, des témoignages enregistrés, des productions photographiques ou cinématographiques réalisées, des recherches initiées, des ouvrages publiés. Là, sur un tout autre registre, ce sont des enfants hospitalisés qui produisent un disque, un recueil de textes, ou bien encore des malades qui réalisent des peintures qui seront ensuite exposées. Ailleurs, c'est un spectacle qui est monté avec les acteurs de l'hôpital et des artistes professionnels. Dans un même établissement, les actions culturelles peuvent prendre des directions multiples pour ouvrir la palette des offres aux participants (malades, soignants, riverains...). Une liste (non exhaustive) des partenaires culturels engagés dans les actions hospitalières permet de donner une idée de la diversité des initiatives:

Ecomusée du Forez, Compagnie Gueules de Loup, compagnie Yvon Chaix, Compagnie 47/49 François Veyrunes, Espace Pandora, Institut d'Art Contemporain d'Annecy, Librairie Decitre, Musée Gadagne, Robin des Villes, Université Lyon 2, Atelier des Charrons, Centre des arts du Récit en Isère, Conservatoire du patrimoine de l'Isère, Musée Dauphinois, Musée grenoblois des sciences médicales, Musée des Beaux Arts de Lyon, Compagnie Les Trois-Huit, Grand Orchestre de Lyon, Cinema de Bellegarde, Centre de Ressources Informatiques de Savoie, Les structures Vivre aux Eclats et Nuances et Mouvements, La Comédie de Valence, Le Train-Théâtre, Le Crac de Valence et la médiathèque, la scène nationale L'Armada, les Vertébrés, la scène nationale l'Hexagone, Ecole municipale des beaux Arts du Genevois, Centre d'Art Contemporain Villa du Parc, Musiques et Danses en Savoie, Ecole de Musique de Saint Alban Leysse, Forum Cinema de Chambéry le Hut, L'APETHI, Musée Dauphinois, Académie des Cuivres en Dombes, Centre d'Art Contemporain de Lacoux, le Centre de Formation des Musiciens Intervenants, Résonance Contemporaine, ENM Villeurbanne, Cinéma Alyzées, Université Jean Monnet de Saint Etienne, Ciné 400, Ciné Rex, Conservatoire Nationale de la région de Lyon, Les Zonzons...[10]

---

[10] Cette liste est à référer à quelques chiffres :
2002 : 27 dossiers sont déposés ; 23 sont retenus et 21 conduits à terme représentant une dépense de 193 362 Euros.
2003 : 31 dossiers présentés dont 16 déjà financés en 2002 et 7 nouveaux projets. Seront consacrés à leur mises en oeuvre 300 719 Euros.

Quels qu'ils soient, les projets engagés suscitent toujours les effets d'un « trouble vertueux ».

Un trouble vertueux

Si la notion de trouble est souvent employée pour désigner un état de déséquilibre ou pour marquer une soustraction, voire une pathologie (les troubles du comportement, de la mémoire, de l'intelligence, de la vue, de la parole, de l'apprentissage, de la conscience...), si elle est fréquemment assimilée à du brouillon, du brouillage, voire à de l'embrouille (fauteur de troubles, trouble-fête, eaux troubles...), elle peut également recouvrir une autre signification. En effet, d'un point de vue étymologique au moins[11], le terme est associé à des instruments permettant de capter, de prélever, de stocker, de contenir. Ainsi, loin de n'exprimer que du négatif, le mot est porteur d'une dynamique en rapport avec la captation, la capitalisation. Le trouble n'est pas nécessairement une altération de la pureté. Entre le blanc immaculé et le noir de l'obscurité ou de l'obscurantisme, il y a une multitude de gradations, de nuances, de glissements que le trouble peut exprimer. Pour formuler les choses autrement, il nous semble que cette notion invite à un autre genre de dialectique que celle, rustique, du blanc et du noir, de la lumière ou des ténèbres. Le trouble ne s'oppose pas au jour comme la nuit. S'il ne se confond pas, non plus, avec le pur et le net, il n'est pas pour autant synonyme d'obscurité ni même de clair-obscur. S'il a un rapport avec ce qui vient rompre la linéarité du limpide, s'il peut se satisfaire du bouillonnement, du tourbillon, il ne s'assimile pas, toutefois, au "trou noir". Le trouble est un état, une esthétique ; il a un lien avec l'incertitude, le complexe, l'indéterminé et c'est justement pourquoi cette notion est pertinente pour rendre compte de la complexité de ce que le projet « culture à l'hôpital » engendre : moments de vie inhabituels faits d'adaptations, de déplacements, de ré-agencements.

"*Pour la fête de la musique, un concert avait lieu sur la terrasse. Fallait voir ! C'était étonnant. Les malades avec leurs bouteilles de sérum en train d'assister au spectacle. Les soignants étaient là, gênés, côte à côte avec les patients... ; ils ne savaient pas quelle attitude adopter... les*

2004 : 34 projets ont été présentés (correspondant à 40 établissements -certains dossiers de chu étant regroupés). 16 nouveaux établissements sont comptabilisés par rapport à 2003.
Ainsi, en trois années, c'est près d'une cinquantaine d'établissements (sur les 330 de Rhône-Alpes) qui ont déposé des dossiers et 45 qui ont été aidés.

[11] Etymologiquement *trublium* désigne pour les romains une écuelle et, plus lointainement encore, le mot *tryblion* ou *trublion* signifie pour les grecs un récipient, un plat ou une assiette. Ainsi le mot *truble*, qui sera aussi utilisé pour

malades ne semblaient plus dépendants d'eux" (un soignant[12]). Quelle autre solution que *l'**adaptation*** lorsque les attitudes dictées par l'habitude ne conviennent plus ? "*Le projet nous a appris un mot important : celui d'adaptation... c'est fatigant l'adaptation... . L'objectif lui même s'adapte, il est fondu dans l'action, on ne cherche pas forcément un résultat ; on l'obtient sans l'avoir programmé"*. Tous les projets relevant de "culture à l'hôpital" laissent voir cette dynamique de l'ajustement permanent *in situ*, une sorte de (noble) bricolage. "*Chaque année je dois adapter le projet ; les enfants changent, ce ne sont pas les mêmes, on ne peut pas faire strictement la même chose. En même temps, avec le disque que nous avions déjà réalisé avec les enfants précédents et qui était connu par les nouveaux, ça faisait monter la pression ; les jeunes se demandaient s'ils réussiraient à faire aussi bien que les précédents* (un responsable culturel). S'adapter, se (re)caler, vaut pour tous les acteurs des projets, les artistes y-compris : "*Il ne suffit pas de mettre un artiste en présence d'un malade pour que quelque chose se passe ; il faut non seulement que l'artiste ait quelque chose à dire mais qu'en outre il sache le dire, s'adapte pour pouvoir le dire*" (un artiste).

Troubles encore que ces multiples petits ***déplacements*** que les projets induisent : « *L'autre jour* (nous explique un responsable culturel) *j'ai eu une personne au fil qui voulait venir voir le spectacle que nous donnions dans l'hôpital, dans la grande salle. Elle me demandait des informations sur cette salle de spectacle locale qu'elle était surprise de ne pas connaître ; elle avait transformé, l'espace d'un instant, l'hôpital en un équipement culturel, elle n'avait pas réalisé que la salle de spectacle en question n'était autre que celle de l'équipement hospitalier* ». Cette confusion traduit une ré-affectation symbolique ; l'hôpital était devenu, en la circonstance, et pour un instant au moins, une infrastructure culturelle. En interne, ces types de déplacements sont légions. Un réfectoire se transforme, sans perdre pour autant sa fonction première, en un lieu d'"expo photo". Une salle de kinésithérapie se mute, l'espace de quelques heures par semaine, en atelier danse. Un hall d'entrée, une terrasse, un jardin, des salles d'attente... se métamorphosent en salles de spectacles et de concerts, les couloirs et les étages d'un établissement prêtent leurs murs à des parcours muséographiques, un local technique désaffecté devient un lieu de répétition... Ces espaces, utilisés et investis différemment, projettent alors d'autres images ; ces « détournements »

---

qualifier une sorte de pelle puis, un peu plus tard, par analogie, un filet -en forme de poche- attaché à une perche (on désignera aussi une petite *truble* par le terme de *troubleau*), s'avère constituer un instrument hautement fonctionnel.

[12] Tous les propos en italiques sont tirés des entretiens recueillis.

participent d'une recomposition (partielle et temporaire) du visage de l'hôpital. "*J'ai dû négocier avec les kinés pour utiliser la salle ; au début j'ai senti qu'ils ne voyaient pas ça d'un bon oeil. Maintenant c'est bon, ils ont vu que je faisais attention à leur matériel*" (un artiste animant un atelier danse). "*Au début quatre personnes venaient ici (un local technique). Puis petit à petit les malades se sont approchés doucement tournant autour. Aujourd'hui plus de quarante personnes fréquentent régulièrement ce lieu. Il est devenu un point de ralliement*". Ces troubles ne concernent pas que l'espace ; ils touchent aussi la temporalité. « *La culture à l'hôpital, cela redonne du temps aux malades. Entre les soins, les repas, les visites, ils n'ont pas de temps à eux. Nous on essaie d'en redonner"*(un artiste). Évidemment, le temps, toujours compté à l'hôpital, ne se dilate pas comme par miracle mais il se renégocie. "*L'atelier parfois prend sur le temps du repas ça peut être compliqué pour nous... l'autre jour j'ai dû manger en un quart d'heure pour aller à l'atelier..."* (un malade*)*. Ainsi, les activités et spectacles proposés touchent au rythme des journées. Du coup, certaines tensions peuvent apparaître : "*comme le malade est sorti un peu tard de la répétition, il a exigé que l'infirmière lui serve le repas dans sa chambre car au réfectoire, il aurait dû manger trop vite ; elle n'a pas apprécié*" (une soignante). Ces troubles suscitent une mise en perspective des pratiques des uns et des autres et une réflexion sur le sens de celles-ci. "*Quand débarquent ici huit musiciens burkinabés qui n'ont jamais vu un hôpital européen et pour qui ce qui ne se fait pas en une heure se fera en deux ou plus sans que cela ne soit un problème..., il en découle un certain nombre de difficultés*" (un artiste). Avec le temps bousculé, est-ce le spectre de la désorganisation et de l'échec qui se profile ?

Plutôt que de désorganisation, c'est de ré-agencement qu'il convient de parler. "*On a accueilli 45 jeunes d'une école qui ont discuté avec les malades, des moments super ont été vécus par les papis et les mamies ici mais aussi par ces jeunes qui n'avaient pas d'appréhension particulière vis-à-vis de ceux que l'on appelle à l'extérieur les barjos ou les dérangés, ils ont foutu un souk là-dedans... c'était génial*" (un soignant impliqué dans le projet culturel). Avec ce « *souk* », ce n'est pas le désordre qui s'installe mais c'est la notion d'ordre qui est revisitée. Dans un univers fortement marqué par le "faites ce qui est écrit et écrivez ce que vous faites", formule sensée incarner la qualité du travail et de l'organisation de celui-ci, les projets culturels rappellent (sous l'apparence de contre-points) que la satisfaction du patient, la coopération entre les professionnels et au final la qualité du soin, ne se construisent pas seulement dans l'application formelle de

règles et de procédures[13]. En effet, en dehors de quelques convertis (assez minoritaires) aux vertus d'une démarche strictement procédurale pour construire la qualité à l'hôpital, bien des personnels insistent sur le fait que les pratiques de qualité sont difficilement réductibles à des protocoles. Du coup, les équations ordre=qualité, désordre=culture et leur apparente opposition deviennent largement artificielles. Ce que "culture à l'hôpital" génère, en provoquant un déplacement des pratiques habituelles ou rituelles, relève du plus du ré-agencé, du réordonné.
Au final, c'est toute l'institution hospitalière qui se trouve interpellée par ces troubles vertueux.

L'institution questionnée

Le programme "culture à l'hôpital" peut être compris comme une action instituante en ce qu'il questionne et bouscule l'institué de l'institution hospitalière[14] (et dans une moindre mesure, celui de l'institution culturelle). En effet, au travers des frontières, des territoires, des pratiques professionnelles qu'il brouille, des soutiens, oppositions et résistances qu'il suscite et de l'interpellation qu'il adresse au management, le projet, par petites touches, interroge en profondeur l'institution hospitalière et ses pratiques.
C'est à différents niveaux que le projet vient brasser les évidences attachées ***aux tracés habituels des frontières, des territoires et aux pratiques rituelles*****.** Tout d'abord, en ce qui concerne les administrations (ARHRA et DRAC) qui pilotent le programme, « culture à l'hôpital » introduit l'idée qu'en finançant des activités très latérales par rapport aux habituelles questions de la rationalisation des soins et des dépenses publiques, il est possible d'œuvrer à l'amélioration de la politique de santé. Incongruité (latéralité) suggérant que, pour être sur l'essentiel (la qualité des soins), il faut parfois accepter d'agir sur les « marges » (la culture). Ce sont encore des frontières qui sont bousculées lorsque certaines actions conduisent les artistes, les riverains, à investir l'hôpital comme scène artistique ou à l'inverse quand les soignants, les malades s'exportent (comme spectateurs ou comme artistes) vers des salles de spectacles, des lieux d'exposition. Dans ce genre de situation, les coupures entre le dedans et le dehors, entre l'espace urbain et l'espace hospitalier sont remises en jeu. Il en est encore de même lorsque, par exemple, un malade

[13] Cf. les travaux conduits sur la qualité à l'hôpital par J.P. Claveranne et alii, (2003) et M.P. Pomey (2001)**.**
[14] Avec C. Castoriadis (1975), on peut penser que toute institution comprend une dimension instituée (ce qui est ancré dans les têtes, les corps et les choses au point d'être invisibilisé et soustrait à tout questionnement) et une part instituante (les éléments susceptibles de faire bouger les logiques de reproduction institutionnelle en les visibilisant, en les contrariant...).

compare les activités que lui propose son médecin neurologue avec les exercices qu'il peut réaliser au sein d'un atelier d'écriture animé par un artiste au sein de l'établissement[15]. Évidemment, il n'est pas question de considérer que dans ce type de situation les pratiques des uns et des autres se confondent ou poursuivent les mêmes objectifs. Plus simplement, cela indique que le malade, en investissant les ateliers culturels, redéfinit les espaces qui, pour lui, importent au sein de l'hôpital. En choisissant d'exercer une pratique culturelle, il ne se laisse plus résumer au « *malade* (forcément passif*) du docteur untel* », il s'implique d'une autre façon dans l'espace de soin et investit différemment le traitement proposé. Évidemment, la conséquence de cette implication se traduit par une nouvelle configuration des territoires professionnels des uns et des autres et donc de leur gestion ; exit (partiellement au moins) le fameux : « *mes malades !* ».

Bien sûr, face aux espaces inconnus qu'ouvre "la culture à l'hôpital", de solides ***oppositions et résistances*** peuvent se faire jour. Dans ce cas, ce sont les repères (professionnels ou rituels) les plus solides, c'est-à-dire ceux qui sont supposés donner du sens aux pratiques, qui sont alors mobilisés. "*Vous ne devez pas laisser un malade seul face à un artiste ne connaissant rien aux soins car vous mettez le malade en danger rappellent certains soignants"* (un responsable culturel). Ce genre d'injonction à la responsabilité peut provenir d'un médecin, d'un kiné, d'une infirmière... ; cela peut aussi prendre d'autres formes, s'appuyer sur d'autres justifications. Ici, par exemple, c'est un technicien animant une petite production au sein d'un atelier de l'hôpital (type aide par le travail) qui refuse de libérer « ses ouvriers » pour une activité théâtrale ; là, ce sont des cadres soignants qui ne relaient pas l'information sur les activités proposées dans le cadre du projet culturel. Ailleurs encore, ce sont des syndicalistes qui discréditent « *le gaspillage* » de moyens dans des "*activités secondaires*" alors que l'hôpital manque du nécessaire. Autant de visages d'une même "résistance territoriale" ; elle exprime le poids de l'institué, son refus de l'étrange(té).

En rendant poreuses les frontières, en brassant les aires spatiales, professionnelles, symboliques..., à l'image de ces clowns qui déambulent dans un établissement hospitalier, s'autorisant toutes les

---

[15] Ces quelques extraits d'entretiens laissent entrevoir la situation évoquée : "*les malades ne parlent pas forcément aux médecins de leurs pratiques artistiques dans un atelier ou autre. Ils gardent cela pour eux, ils bétonnent*" (un animateur culturel) et on comprend pourquoi, pourrait-on ajouter, en lisant ces autres témoignages ; "*J'ai assisté à l'atelier d'écriture. C'est bien ce qu'on y fait ... la neuro, elle fait un peu pareil...*" (une malade). *"Je ne savais pas que je faisais des ateliers d'écriture ! "* (le médecin neurologue en question).

impertinences, le projet questionne à la fois le changement dans les organisations et les modes d'exercice du (des) pouvoir(s) en son sein. Ce type d'interrogation s'adresse tout particulièrement aux managers***, au management***. Comment définir de nouvelles coopérations, dessiner de nouvelles pratiques, penser le soin depuis des approches non strictement « techniques »... ? Cette problématique n'est guère différente de celles qu'introduisent les questions relatives à la qualité, à la maîtrise des coûts, à la gouvernance... .? Sans fournir de réponse, le programme « culture à l'hôpital » livre quelques pistes :

- Aucun changement ne s'introduit sans alliance locale *("sans lui je ne me serai pas lancé dans cette aventure*" dit un directeur en parlant d'un médecin avec lequel il réussît à s'associer pour conduire le projet dans son établissement).

- Les oppositions sont un invariant de toutes les situations de changement dans les organisations ; on ne peut jamais en faire l'économie. Le consensus est une trompeuse illusion (*"Si j'avais demandé que l'on arrête aux premières critiques, on n'aurait rien fait ; si on attend l'unanimité, on n'avance pas*" (Un directeur d'hôpital partisan convaincu de la démarche) ou encore, "*on m'a forcé la main au départ, et j'ai eu l'opposition des syndicats. Ça n'a pas été simple. Mais c'était engagé, on ne pouvait plus reculer* " (un directeur d'établissement).

- La réussite d'un projet dépend moins de la qualité de sa planification que de la capacité qu'auront ses défenseurs à gérer les controverses qu'il suscite. Dit autrement, le changement dépend du processus de gestion des oppositions et de la qualité des traductions qui en sont données.

-Il n'y a pas de changement possible sans un traducteur capable de faire naître de la convergence là ou s'expriment des divergences et, plus souvent, de l'indifférence.

-La conduite d'un changement organisationnel n'est pas une simple activité de communication ou de médiation ; c'est une opération de traduction c'est-à-dire de fabrication de compromis[16].

Quelques recommandations

Parmi les débats suscités par "la culture à l'hôpital", l'un d'entre eux porte sur thème de « l'élitisme » de la démarche. Que ce soient des personnels de l'hôpital qui reprochent aux responsables culturels de se faire plaisir avec des initiatives incompréhensibles "*vous avez vu*

cette exposition dans le hall ? C'est de l'art ça ? "(un soignant), ou que ce soient quelques responsables culturels eux-mêmes qui déplorent la conception intellectualiste des animateurs régionaux du programme *"ils se font plaisir entre eux*" (un soignant, animateur d'un projet), ces remarques, bien que minoritaires, sont récurrentes. Le projet "culture à l'hôpital" qui est supposé interroger l'univers hospitalier dans ses frontières, ses crispations identitaires, sa "lutte des places" (V. de Gaulejac, 1994), se trouve, lui-même, soupçonné d'introduire de nouvelles formes de distinctions. Dans une logique approchante, la commission régionale (animant le programme et instruisant les dossiers des établissements) se voit aussi, parfois, critiquée sur ses modes de fonctionnement, jugés insuffisamment lisibles. Dans les différents cas de figure, on peut faire l'hypothèse que ce type propos traduit moins une défiance vis-à-vis du programme qu'un intérêt pour celui-ci[17]. Ainsi, c'est probablement la volonté de parfaire le fonctionnement du collectif régional et le développement du programme lui-même qui alimente la réflexion critique. En tous les cas, c'est depuis une telle perspective que nous choisissons de formuler un certain nombre de recommandations.

C'est à la constitution d'un véritable réseau[18] que les animateurs de « culture à l'hôpital » nous paraissent devoir s'atteler dans l'éventualité d'une poursuite du programme. Ainsi, en interne, c'est-à-dire au sein de chaque établissement engagé dans les actions culturelles, on pourrait envisager qu'une commission d'établissement soit créée et, qu'en outre, les instances classiques de l'organisation (CA, CME, CHSCT, CLIN, organisations syndicales...) soient invitées régulièrement à débattre de l'orientation du projet. En d'autres termes, multiplier les scènes de discussion (voire de controverses) à propos des orientations culturelles permettrait aux différents professionnels de l'hôpital d'appréhender les questions de santé via d'autres cheminements que ceux classiquement empruntés. En externe, la commission régionale gagnerait, quant à elle, à prendre appui sur des commissions territoriales au sein desquels un porte-parole serait convié à jouer le double rôle de conseiller technique local et de relais (ascendant et descendant)

---

[16] Le compromis ne se confond pas avec le consensus. Le premier est le fruit de controverses alors que le second résulte plutôt d'une non-expression des divergences

[17] Nous mobilisons ici le modèle théorique classique de A.O. Hirschman qui suggère que, lorsque des acteurs émettent une contestation(« voice ») à propos d'un « produit », cela manifeste plutôt leur fidélité audit produit. Dans le cas contraire, ils préféreraient la défection (« exit ») ou l'apathie silencieuse (« loyalty »).

[18] Un réseau n'est pas un simple collectif organisé. Cette notion suppose un degré de mobilisation et d'intégration très élevé de la part de ceux qui en sont les éléments constitutifs.

d'informations. Ce type d'organisation territoriale permettrait sans doute de renforcer les partenariats locaux à partir d'une mutualisation des atouts de chacun.

De manière globale, toute initiative concourant à densifier le maillage entre les différents acteurs impliqués dans le programme nous paraît mériter l'attention. Évidemment, quelles que soient les orientations retenues, c'est (en première comme en dernière instance) de leur discussion par les protagonistes du programme concernés dont dépend leur pertinence.

Bibliographie (extraits)

Castoriadis C. (1975), *L'institution imaginaire e la société*, Paris, Seuil.
Claveranne J.P. et *alii* (2003), *Les perceptions de la qualité chez les professionnels des établissements de santé*, Paris, Programme de recherches de l'ANAES.
Dagognet F., (1994), *Le trouble*, Paris, Editions la Découverte, Les empêcheurs de penser en rond.
Gaulejac (de), V., Taboada Léonetti I., (1994), *La lutte des places*, Paris, Desclée de Brouwer.
Hirschman A. O. (1972), *Face au déclin des entreprises et des institutions*, Editions Ouvrières.
Laplantine, F., (2003), *De tout petits liens*, Paris, éditions Mille et une nuits.
Pomey, M.P. (2002), *La préparation à l'accréditation. Un outil de changement organisationnel ?* Thèse de Doctorat en Santé Publique, Université de Montréal.