



MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2012 –

« CULTURE ET SANTE »

DE L'HOPITAL A L'EHPAD, QUELLE PLACE POUR LA CULTURE ?

– Groupe n°4 –

- | | |
|----------------------|---------------------|
| – Sophie ALSIBAI | – Hélène GOUNAUD |
| – Nathalie ANGOT | – Erell MUNCH |
| – Magali BOUTET | – Marielle PERICARD |
| – Alexandre FOURNIER | – Aurélie PIREDDA |
| – Françoise GONZALEZ | – Cynthia QUINTARD |
| | – Sylvia THOMAS |

Animatrice(s)

Françoise MOHAËR

Karine CHAUVIN

Sommaire

PREAMBULE	1
INTRODUCTION	2
I. L'élargissement du dispositif "Culture et santé" au secteur médico-social : un levier pour améliorer la prise en charge des personnes âgées.....	5
A. Un bilan encourageant du dispositif développé dans le secteur sanitaire malgré une mise en œuvre contrastée.....	5
1. De "Culture à l'hôpital" à "Culture et santé" : contexte législatif et réglementaire.....	5
2. La déclinaison régionale du dispositif : une mise en œuvre contrastée inscrite dans un territoire	6
B. ...Justifiant son déploiement en faveur des personnes âgées en EHPAD	8
1. Des effets bénéfiques de la culture pour les personnes âgées	9
2. Des effets bénéfiques de la culture pour les personnels des établissements	9
3. Des effets bénéfiques de la culture pour les établissements	10
4. Des effets bénéfiques de la culture pour les artistes	10
II. L'efficience du dispositif menacée par des entraves d'ores et déjà identifiées dans le cadre sanitaire et les expériences médico-sociales	11
A. La faisabilité de projets culturels à destination des personnes âgées dans les établissements médico-sociaux.....	11
1. Des contraintes budgétaires	11
2. Les spécificités du secteur et du public visé : les représentations sociales de la vieillesse et la réalité de la personne âgée en institution	12
3. Des moyens humains à mobiliser.....	13
B. La difficulté à proposer une offre culturelle de qualité, accessible et adaptée au public	14
1. La difficulté à délimiter la notion d'activité culturelle	14
2. La difficulté à sélectionner et mettre en œuvre une offre culturelle de qualité	16

III. Stabiliser le dispositif : structurer les partenariats autour d’une logique de projet centré sur le résident	18
A. La pérennité du dispositif “Culture et Santé” suppose un portage national renforcé afin de (re)mobiliser les différents participants.....	18
1. Les clefs de financement doivent répondre à des besoins mieux définis, et attribués à l’issue de procédures transparentes.....	18
2. Clarifier les responsabilités des collectivités publiques au niveau légal et/ou réglementaire... ..	19
3. contribuerait à homogénéiser et stabiliser le fonctionnement du dispositif au niveau local.....	21
4. ...autour de porteurs de projets plus légitimes et mieux accompagnés... ..	21
B. Quelques éléments de réflexions de nature à accompagner la démarche des porteurs de projets culturels en EHPAD	23
1. Une dynamique globale autour des questions culturelles dans l’établissement	23
2. Conception d’un projet culturel	25
 CONCLUSION	27
 BIBLIOGRAPHIE	I
 METHODOLOGIE	III
 LISTE DES ANNEXES	VII

R e m e r c i e m e n t s

Nous tenons à remercier en premier lieu nos deux animatrices, Madame Karine CHAUVIN et Madame Françoise MOHAËR, pour leur disponibilité et leur écoute qui nous ont permis de mener à bien ce projet.

Nous remercions également Monsieur François-Xavier SCHWEYER pour toutes les connaissances qu'il nous a apportées concernant l'historique du dispositif « Culture et santé ».

Nous associons dans ces remerciements les différents professionnels qui nous ont accueillis dans le cadre de notre étude, plus particulièrement les interlocuteurs des DRAC, ARS, EHPAD, associations et artistes. Leur expertise a été d'une aide précieuse.

Liste des sigles utilisés

AAH	Attaché d'Administration Hospitalière
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS	Agence Régionale de Santé
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CPOM	Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens
DH	Directeur d'Hôpital
DRAC	Direction Régionale des Affaires Culturelles
DS	Directeur des Soins
DESSMS	Directeur d'Etablissement Sanitaire, Social et Médico-social
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EMS	Etablissements Médico-Sociaux
IASS	Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale
Loi HPST	Loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires
MIP	Module Interprofessionnel
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
SROS	Schéma Régional d'Organisation des Soins

P R E A M B U L E

Apprivoiser les pinceaux et les couleurs

François Arnold

« Un hôpital à l'orée d'une forêt, loin, très loin de la cité. Quelques centaines de vieillards y sont accueillis et soignés. Pour beaucoup d'entre eux, atteints par la maladie d'Alzheimer, ce lieu de soin deviendra leur demeure, leur dernière demeure... »

Les bâtiments de l'hôpital Georges-Clemenceau de Champcueil dans l'Essonne ont été construits pour un retour à la vie : fenêtres captant le soleil, larges balcons, jardins soigneusement entretenus [...]

Mais rares sont les personnes âgées, très âgées et malades, qui profitent du charme ambiant. Leur promenade, en effet, quand elle reste possible, s'effectue dans les couloirs, le plus souvent en fauteuil roulant, avec pour destination la salle de kinésithérapie... leur promenade c'est aussi devenu pour certains une errance sans fin entre des murs devenus invisibles. [...]

Un jour dans cette galerie, s'installe un atelier de peinture. C'était en 1993. De nombreux vieillards y sont venus, une fois, deux fois, cent fois, heureux d'apprivoiser pinceaux et couleurs. Tous ignoraient qu'ils portaient en eux d'étonnants talents artistiques. [...]

Par-delà la diversité des peintures, le message apparaît clairement : l'homme jusqu'à la dernière heure de sa vie, est capable de s'exprimer en beauté et d'y trouver joie.»

Extrait des Couleurs de l'oubli, François Arnold et Jean-Claude Ameisen, Editions de l'Atelier, 2008.

INTRODUCTION

Dans « *Les couleurs de l'oubli* », François Arnold et Jean-Claude Ameisen restituent le fruit d'un travail artistique réalisé auprès de personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer. Les peintures réalisées par les résidents offrent une illustration de ce que la culture peut apporter aux personnes âgées en établissement. Dans une société qui valorise la jeunesse et dans un contexte budgétaire contraint, faire entrer la culture en établissement pour personnes âgées ne semble pas être une priorité. Pourtant, dans des établissements de long séjour, les arts sont supposés participer à l'amélioration du bien-être et de la qualité de vie. Moyen d'expression de ses émotions et de sa créativité, la culture demeure un droit fondamental pour chaque être humain, consacré notamment par l'article 27 de la Déclaration universelle des droits de l'homme de 1948.

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 reconnaissent 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.* »¹. Cette définition rappelle le rôle central que joue la culture dans la construction de l'individu, son rapport au monde et à l'autre.

Culture et santé évoluent parfois selon des logiques contradictoires, si bien qu'elles peuvent sembler s'exclure. En effet, le statut de malade ou de patient implique une prise en charge particulière qui, bien souvent, va de paire avec un certain isolement. Cependant, la culture, en tant qu'elle est créatrice de sens et qu'elle favorise l'expression et l'élévation de l'esprit a très tôt trouvé sa place dans les établissements dispensant des soins. Ainsi, des initiatives apparaissent dès le XV^{ème} siècle à l'instar des lectures à l'hôpital désignées sous le vocable de « distraction des malades ». Si les liens entre culture et santé se développent avec, par exemple, l'apparition des premiers clowns dans les années 1920, les années 1990 marquent un tournant majeur. En effet, une nouvelle dynamique s'engage avec le développement d'un État providence culturel qui aboutit à la création du programme « culture à l'hôpital » en 1997. Il a donné à de nombreuses initiatives, associatives comme individuelles, et créé un cadre officiel permettant l'identification

¹ La notion de culture, Extraits du chapitre IV: «Culture, civilisation et idéologie», de GUY ROCHER, Introduction à la sociologie générale

des actions mais aussi leur intégration à un dispositif d'Etat. Cette implication de l'Etat a été renouvelée en 2010 à travers le dispositif « culture et santé », prolongeant les différentes conventions nationales intervenues depuis celle du 4 mai 1999 entre le ministère de la culture et de la communication et le secrétariat d'Etat à la santé et à l'action sociale.

La culture a d'autant plus sa place aujourd'hui au sein des établissements dispensant des soins que le patient ne peut plus être considéré comme un malade, en marge de la société mais dispose de droits consacrés au niveau national par la loi (loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, dite loi Kouchner). En outre, la démocratisation culturelle, sous l'impulsion des nouvelles technologies renforce la demande de culture des nouvelles générations. Dans ce contexte, et compte tenu du vieillissement de la population, le maintien, voire le développement d'une offre culturelle adaptée aux personnes âgées, apparaît comme un enjeu de société. En particulier, la personne âgée en établissement a droit à cette reconnaissance citoyenne dans le cadre de son parcours de soins, avec toutes les spécificités qu'il comporte (loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale)

Ainsi, alors que la convention du 6 mai 2010 « Culture et Santé » prévoit l'extension à titre expérimental du dispositif au secteur médico-social, il importe de s'interroger sur les enjeux et les modalités du déploiement du dispositif à l'égard des personnes âgées au sein du secteur médico-social. Extension qui nécessite un bilan des résultats obtenus à l'hôpital afin de cerner les modalités de transpositions efficaces du dispositif et qui n'est pas sans soulever de questions quant à sa justification et sa mise en œuvre. En effet, si l'accès à la culture semble se justifier d'un point de vue politique et social, la question du bien-être qu'elle apporte demeure difficilement mesurable. De plus, la question de la valeur médicale effective de la culture reste posée. Les recherches dans ce domaine portent sur des sujets spécifiques sans aboutir à la formalisation d'une proposition scientifique reconnue unanimement par la communauté médicale.

Par ailleurs, la question de la justification se pose avec acuité pour les personnes âgées : en effet, la proximité de la fin de vie, la diminution des fonctions physiques et mentales, réelle ou supposée, le fait de ne plus appartenir au corps social productif tendent à imposer à la personne âgée un rôle périphérique. L'hospitalisation ou le séjour en EHPAD renforcent cette invitation au repli, au mieux sur une culture d'établissement, au pire sur des références personnelles qui, faute d'être entretenues, s'effacent progressivement.

Au contraire, certains artistes au travers de leur démarche invitent les patients à sortir du rôle de spectateur et les associent au processus de création artistique, démarche qui interroge en profondeur la notion du juste soin en lui donnant un cadre plus large que la prescription médicale. Cette vision élargie du soin pose la question des frontières dans les activités, mais aussi dans les responsabilités, entre artistes et soignants. Si elle laisse présager de l'amélioration des pratiques professionnelles, plusieurs conditions semblent devoir être réunies pour y parvenir et notamment la volonté et l'ouverture d'esprit des différentes catégories de professionnels mobilisés.

Ainsi, déterminer les enjeux et modalités de l'élargissement du programme culture et santé aux personnes âgées du secteur médico-social implique, dans un premier temps, de montrer en quoi le développement de la culture dans les EHPAD constitue un levier de l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées (I). Dans un second temps, il s'agira de s'appuyer sur les expériences d'ores et déjà menées dans le cadre du programme afin d'identifier les difficultés à éviter (II). Il importe enfin de formuler des propositions permettant d'inscrire la démarche dans la durée (III).

I. L'élargissement du dispositif "Culture et santé" au secteur médico-social : un levier pour améliorer la prise en charge des personnes âgées

A. Un bilan encourageant du dispositif développé dans le secteur sanitaire malgré une mise en œuvre contrastée...

1. De "Culture à l'hôpital" à "Culture et santé" : contexte législatif et réglementaire

Initié en 1997, le programme "Culture à l'hôpital" vise à faciliter l'accès à la culture pour les personnes hospitalisées en rendant l'hôpital plus humain et plus accueillant, en ouvrant l'hôpital sur la ville et en considérant l'hôpital comme un lieu de rencontres pour les artistes.

La mise en œuvre de ce programme se traduit par la signature d'une convention nationale le 4 mai 1999 entre le ministère de la culture et de la communication et le secrétaire d'Etat à la santé. Cette convention fixe le cadre d'un dispositif décliné au plan régional par les Directions régionales des affaires culturelles (DRAC) et les Agences régionales d'hospitalisation (ARH) remplacées en 2009 par les Agences régionales de santé (ARS).

A travers la mise en place de jumelages, la création de la fonction « responsable culturel hospitalier », la mise en œuvre d'une politique régionale et la diversification des financements, les pouvoirs publics ont depuis le début des années 2000 encouragé les initiatives tendant à faire entrer une offre culturelle de qualité à l'hôpital. La convention prévoit en effet un financement entre hôpitaux, ARS, DRAC et soutiens privés, ces derniers étant organisés en « Cercle des partenaires » depuis 2005.

Ce dispositif partenarial est renouvelé le 10 janvier 2006 par un protocole d'accord entre les ministères de la culture et de la communication, de la santé et des solidarités, et le Cercle des partenaires. Le programme "Culture à l'hôpital" a été marqué par un certain nombre d'évènements de portée nationale, ce qui a conduit le 6 mai 2010 à la signature d'une nouvelle convention « Culture et Santé ». Il est important de souligner que ce nouveau dispositif s'inscrit dans le cadre de la loi du 21 juillet 2009 « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » qui impose aux hôpitaux de prévoir dans leur contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) un volet

social et culturel² ; ces derniers se trouvent donc investis d'une nouvelle mission : rendre accessible la culture aux personnes hospitalisées.

2. La déclinaison régionale du dispositif : une mise en œuvre contrastée, inscrite dans un territoire

Malgré ce cadre national, la transposition régionale du dispositif reste variable d'un territoire à l'autre tant au regard de la collaboration entre les ARS et les DRAC que de la nature même des projets menés, financés et sélectionnés selon la procédure d'appel à projets. Cette technique permet au niveau régional de poser un cadre pour traiter de façon transparente et structurée des dossiers et de gager une instruction qualitative des projets.

a) Un contraste lié au positionnement des acteurs institutionnels

Le positionnement institutionnel des personnes en charge du dossier "Culture et Santé" au sein des ARS peut influencer sur leur degré d'implication et in fine sur l'effectivité du partenariat avec la DRAC. Ainsi, le référent Culture et Santé de l'ARS Bretagne est avant tout responsable du Pôle Allocation des ressources, tandis que celui de l'ARS Pays de la Loire est responsable du service des Relations avec les usagers et les partenaires ; en ARS Basse Normandie cette fonction est assurée par une chargée de mission affectée à temps plein sur cette thématique, ce qui lui permet de s'investir pleinement pour faire vivre le programme et le partenariat avec la DRAC.

Les référents ARS et leurs homologues DRAC sélectionnent en théorie ensemble les projets au sein de commissions régionales. En pratique, il n'est pas rare que les décisions relatives au soutien des projets se prennent uniquement par le référent « culture et santé » de la DRAC ou de l'ARS.

b) Un contraste lié à des financements variables

Si les financements sont répartis à hauteur 50% entre les ARS et les DRAC, le volume financier octroyé à chaque projet peut varier dans des proportions notables (par exemple rapport de 1 à 20 en Basse Normandie). A cette part allouée par les services déconcentrés de l'Etat (DRAC, ARS)

² Centre hospitalier de Port Louis a intégré ce volet dans son projet d'établissement.

s'ajoute le cas échéant un financement du Conseil Régional, de certains Conseils Généraux, de partenaires privés et de l'établissement lui-même s'il le peut³. Le montant total alloué par les ARS et les DRAC peut fluctuer fortement d'une région à l'autre : de 100 000 € en Bretagne (à parité) jusqu'à 480 000 € en Rhône-Alpes (380 000 € versés par l'ARS et 100 000 € par la DRAC).

L'enveloppe attribuée à chaque action n'a pas vocation à être pérenne car l'ARS se place en « initiateur » ; cependant, certains établissements de santé se voient attribuer un financement reconduit annuellement⁴.

c) Un contraste lié à la nature même des projets

Quant aux activités, si leur nature diffère (danse, musique, peinture, ...) ainsi que le public visé (personnes hospitalisés et champ « médico-social », donc : enfants, personnes âgées, handicapées, etc...)⁵, elles sont marquées par une exigence de qualité et de professionnalisme à laquelle veillent plus particulièrement les DRAC. Les projets ne sont financés que s'ils sont menés par un artiste professionnel « labellisé »⁶. Les ARS, quant à elles, s'attachent à ce que le projet soit au service de la qualité de vie des patients et des conditions de travail des soignants.

Par ailleurs, les porteurs de projets peuvent être l'établissement de santé en lien avec une structure culturelle (Bretagne) ou l'établissement de santé seul (Pays de la Loire) ce qui favorise l'investissement de la direction dans la durée. In fine il ressort des entretiens réalisés que l'intégration de la culture comme une mission à part entière de l'hôpital (loi HPST) dépend largement de la volonté individuelle d'un ou plusieurs acteurs du dispositif.

Enfin, le positionnement du responsable culturel hospitalier s'avère très variable en fonction des établissements (parfois au niveau du directeur, dans d'autres structures sous l'autorité d'un chef de service). La quotité d'emploi consacrée à cette mission est également très variable (du mi-temps au temps plein), ainsi que le périmètre des services sur lesquels le responsable culturel

³ le Conseil Régional de Rhône-Alpes participe ainsi à hauteur de 100 000 €, le Conseil Général de Gironde s'est investi dans les actions culturelles de dix-huit EHPAD dans le cadre du dispositif "Les Temps mêlés".

⁴ Exemple le Centre hospitalier Guillaume Rénier à Rennes bénéficie d'une enveloppe régulière de 25 000€ correspondant à la moitié du budget de l'ARS Bretagne pour ce dispositif.

⁵ Cf annexe 9 (tableau liste jumelages et activités)

⁶ La notion de label renvoie pour les DRAC à l'ensemble des aides versées à des artistes professionnels au titre de leur activité de création, qu'elle soit développée au sein d'équipes artistiques ou de lieux de diffusion et de création (comme les centres dramatiques nationaux, les scènes nationales, les centres chorégraphiques nationaux, etc)

hospitalier est invité à intervenir (tout l'hôpital ou uniquement quelques services ciblés). Quant à sa formation et son expérience professionnelle, elles demeurent là-aussi très diversifiées (parcours à dominante culturelle, administrative ou hospitalière).

Malgré l'absence d'évaluations nationales régulières et abouties, le bilan des expériences menées peut paraître sur certains aspects satisfaisant. Cette « présomption » d'amélioration du bien-être des patients a conduit à l'élargissement officiel du dispositif au secteur médico-social à titre expérimental⁷, (déploiement déjà engagé antérieurement dans certaines régions, par exemple en Pays de la Loire et Rhône-Alpes).

B. ...Justifiant son déploiement en faveur des personnes âgées en EHPAD

La transposition au secteur médico-social paraît particulièrement justifiée en faveur des personnes âgées. En effet, si ces dernières bénéficient du dispositif mis en œuvre dans les structures hospitalières en tant que personnes hospitalisées, l'offre culturelle présente des lacunes en ce qu'elle ne leur est pas spécifiquement dédiée et souffre d'inadaptation aux caractéristiques de ce public. Pourtant le contexte de vieillissement de la population⁸ et d'accroissement du risque de dépendance⁹ justifie des réajustements en faveur de ces usagers notamment pour prendre en compte la durée de séjour plus importante en EHPAD. La spécificité des durées de séjours permet logiquement d'envisager des actions culturelles à longs termes.

Les orientations actuelles en faveur de la place centrale de l'utilisateur dans les dispositifs qui le concernent, de l'exercice effectif des droits et de la citoyenneté¹⁰ ainsi que du maintien de la qualité de vie en établissement¹¹ invitent à repenser l'offre culturelle proposée aux personnes âgées. Dans la mesure où le nombre de personnes âgées augmente, que leur demande de biens

⁷ Article 10 de la convention du 6 mai 2010

⁸ Projection INSEE de la part des plus de 75 ans dans la population française : 9,3% en 2015, 12,3% en 2030, 16% en 2050

⁹ On comptait en 2006 800 000 personnes âgées dépendantes ; elles seront 1 200 000 en 2040. Michel Duée, Cyril Rebillard, La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040 ; Données sociales – La société française ; édition 2006

¹⁰ Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé - Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

¹¹ Cf. Plan Solidarité Grand Age 2007-2012 (lutte contre la maltraitance, développement de la démarche qualité) - Plan national « Bien Vieillir » 2007-2009 (5 piliers du vieillissement réussi selon Pierre Guillet, gérontologue : finances, logement, santé, vie sociale, vie intellectuelle) - Recommandations de l'ANESM relatives à la qualité de vie des personnes âgées en établissement

culturels s'est renforcée (et surtout continuera de le faire dans les prochaines décennies) y répondre de manière adéquate apparaît totalement justifié au titre du parcours individualisé censé être proposé aux résidents.

1. Des effets bénéfiques de la culture pour les personnes âgées

Des études majoritairement anglo-saxonnes¹² font état d'un lien entre la participation à des activités culturelles et l'état de santé à comprendre dans sa définition large telle que conçue par l'OMS¹³ : stimulation cognitive, lutte contre le processus de détermination mentale... Les interventions culturelles ne sont néanmoins pas conçues pour soigner au sens anglo-saxon du « cure » mais elles participent au prendre soin au sens du « care ». Ces études ne sont pas systématiquement confortées par les retours d'expériences recueillis lors du travail d'investigation du MIP.

Mais ce type de projets permet surtout de générer du lien social en promouvant les relations intergénérationnelles et en faisant évoluer les mentalités et le regard sur les personnes âgées comme en témoignent les acteurs du dispositif. Par exemple, un projet de danse hip-hop a été mené dans un EHPAD breton : résidents et jeunes danseurs se sont retrouvés autour d'une activité originale et extraordinaire pour les deux catégories de protagonistes. L'aspect collectif favorise la possibilité d'aller vers l'autre, de lutter contre l'isolement, le sentiment d'abandon et redonne sens à la vie des résidents¹⁴.

2. Des effets bénéfiques de la culture pour les personnels des établissements

De tels projets peuvent être bénéfiques aussi pour les personnels soignants et administratifs car la réussite des activités culturelles est pour eux source de satisfaction et d'épanouissement au travail, facteurs d'un investissement plus important dans le projet d'établissement. Par ailleurs, cette démarche peut les conduire à mener une réflexion sur leurs pratiques et leur éthique

¹² Cf Annexe Synthèse des études menées sur les liens entre la culture et la santé

¹³ « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

¹⁴ Daniel Genty, Alain Vernet ; Art, mémoire, patrimoine. Les multiples effets d'une action culturelle dans un établissement hospitalier ; Gestions hospitalières num 443 février 2005. p 110-118 ; Etude « Art et Culture à l'hôpital » menée par la Fondation ReunicaPrevoyance et Occurrence Healthcaare, sept. 2010

professionnelles. Cette réflexion impacte la relation soignants-soignés dans la mesure où les frontières entre les catégories de personnes s’effacent pour laisser place à des relations « plus » sociales, voire plus humaines et « moins » sanitaires¹⁵. Par exemple, l’organisation d’un concert avec l’orchestre national des Pays de la Loire au sein du CHU de Nantes a été « *un moment de respiration, une parenthèse dans la vie des soignants, des soignés et des familles* »¹⁶. A cet égard, les projets associant autour du patient les familles et l’ensemble du personnel sont privilégiés.

3. Des effets bénéfiques de la culture pour les établissements

Des retombées positives pour l’établissement sanitaire et médico-social sont également à relever. En effet, cette démarche contribue à dédramatiser le rapport à l’institution en luttant contre les préjugés à l’égard de son fonctionnement, de ses usagers et de le motif de leur séjour et à favoriser son ouverture sur la cité.

4. Des effets bénéfiques de la culture pour les artistes

Quant aux artistes, la participation à de tels projets alimente leur créativité en les poussant à repenser, à reconstruire leur activité artistique pour prendre en compte les spécificités de ce public. Mener un projet artistique en EHPAD apparaît comme « *un moment de la vie d’artiste* » à part¹⁷. La rencontre entre l’artiste et les personnes hospitalisées ou les résidents est spécifique : « *Quand on est peintre et qu’on a quelqu’un devant nous qui s’ennuie, c’est génial.... Quelqu’un qui s’ennuie, il est complètement là avec moi, il n’a rien d’autre à faire* »¹⁸.

Si l’idée d’adapter le dispositif “Culture et Santé” aux établissements médico-sociaux qui accueillent des personnes âgées présente un intérêt certain, cette transposition présente cependant des difficultés.

¹⁵ Ibid.

¹⁶ Annie Le Guevel, Référent culture et santé ARS Pays de la Loire, entretien du jeudi 10 mai 2012 à 16h

¹⁷ Propos recueillis auprès d’une artiste peintre en résidence dans un Centre hospitalier de Bretagne

¹⁸ Propos recueillis auprès d’une artiste peintre rencontrée dans un hôpital local de Bretagne

II. L'efficiencia du dispositif menacée par des entraves d'ores et déjà identifiées dans le cadre sanitaire et les expériences médico-sociales

Ces entraves peuvent être de deux grands ordres. D'une part, dans la faisabilité de la transposition du dispositif aux établissements médico-sociaux qui accueillent des personnes âgées, et d'autre part dans l'enjeu qui est de proposer une offre culturelle de qualité.

A. La faisabilité de projets culturels à destination des personnes âgées dans les établissements médico-sociaux.

Les enseignements qui peuvent être tirés des projets culturels réalisés au sein des hôpitaux et des expériences issues du terrain médico-social ont fait apparaître des obstacles non négligeables tant au niveau des capacités de financement, de la spécificité du secteur et du public visés, que des moyens humains à mobiliser.

1. Des contraintes budgétaires

Le contexte économique national plante le décor et pose déjà une contrainte budgétaire importante. En effet, la problématique de la dépendance et de la création d'un cinquième risque n'a pu encore aboutir compte tenu des restrictions financières auxquels les budgets publics doivent faire face.

Au niveau régional les ARS et DRAC sont chargées de la répartition des enveloppes entre les différents établissements de leur territoire. Il ressort du constat des autorités de tutelle un manque de moyens financiers pour faire face au nombre d'établissements sanitaires potentiellement intéressés par un projet culturel. En effet, aucune ligne budgétaire n'est prévue et les fonds sont débloqués sous la forme d'aide à la contractualisation ce qui pose la question de leur pérennité. Bien que prévu à titre expérimental par la convention du 6 mai 2010, l'élargissement du dispositif "culture et santé" aux Etablissements Médico-Sociaux (EMS) pose le problème de la stagnation du niveau des financements publics (2, 2 M€ au niveau national en 2012 pour les deux ministères). Le financement des projets des Etablissement Médico-Sociaux (EMS) comporte un risque d'éviction des financements alloués jusqu'à présent aux hôpitaux (redéploiements). Les demandes des EMS sont éligibles au même titre que les hôpitaux aux crédits labellisés culture / santé.

La pratique actuelle quant à l'ouverture des crédits au médico-social est que les EHPAD pouvant bénéficier de ces financements sont ceux qui sont rattachés à des établissements de santé. Les EHPAD autonomes doivent trouver par eux-mêmes leurs financements soit sur des fonds propres soit auprès de partenaires publics locaux comme les conseils généraux ou les municipalités. Le dispositif « Culture et Santé » au niveau régional n'est pas lisible pour les acteurs terrain : ce constat est partagé par les établissements et les autorités de tutelle qui communiquent peu sur les possibilités de financement.

Le mécénat est une source de financement relativement bien exploitée mais qui semble montrer également des limites. En effet, dans le cadre du dispositif « Culture et Santé », le Cercle des partenaires réunissaient plusieurs mécènes déjà existants au niveau local mais ce mouvement de centralisation a pu entraîner une diminution des dons. De plus, il est constaté par les acteurs de terrain que la personne âgée n'est pas porteuse en terme d'image et les mécènes tendent à orienter leurs dons plutôt vers les structures de l'enfance. On peut donc légitimement s'interroger sur les représentations sociales de la personne âgée comme frein potentiel.

2. Les spécificités du secteur et du public visé : les représentations sociales de la vieillesse et la réalité de la personne âgée en institution

Des représentations sociales de la part de la société envers les personnes âgées et le vieillissement demeurent importantes. En effet, selon Annick MOREL, le vieillissement est considéré aujourd'hui comme étant à l'opposé des valeurs attribuées par les sociétés à la jeunesse à savoir « action, beauté, utilité dans la sphère productive ». Elle relève une vision négative des personnes âgées en perte d'autonomie notamment à travers le mot « dépendance » qui signifie un état d'incapacité lié à l'âge et qui emporte une triple représentation : un état déficitaire, un état définitif et un poids pour autrui. Ces représentations négatives peuvent alors venir freiner le développement de politiques publiques efficaces envers les personnes âgées et donc freiner l'investissement dans des projets culturels à destination de ce public.

De la même manière le « vieillard » en institution souffre de représentations sociales fortes. Les institutions ont encore l'image historique de l'hospice manquant de confort et qui demeure un lieu d'abandon des personnes âgées qui attendent la fin de leur vie. Ces lieux inhabituels renvoient tout un chacun à ses propres questionnements sur la vie, la mort, la maladie, la dépendance.

L'intégration de projets culturels dans un EHPAD doit se distinguer de l'intégration à l'hôpital car les lieux sont différents tant dans les durées de séjours que dans les publics accueillis. Cette distinction peut être une force mais il y a des écueils à éviter notamment lorsque le public visé est constitué de personnes âgées avec une faible mobilité et des capacités cognitives fortement altérées. En effet, la dépendance physique et mentale des personnes âgées peut être un obstacle. On peut noter ici que des personnes en institution bénéficient encore d'une certaine mobilité et capacité de compréhension créant une réelle diversité des situations et l'enjeu de devoir s'adapter.

Cette adaptation nécessaire aux spécificités du secteur médico-social à destination des personnes âgées passe, outre un financement suffisant, par la mobilisation indispensable des moyens humains.

3. Des moyens humains à mobiliser

Il faut tout d'abord se rappeler qu'un établissement médico-social qui accueille des personnes âgées existe et fonctionne grâce à une équipe professionnelle pluridisciplinaire : soignants, aides-soignants, agents techniques, agents administratifs, cadres et membres de la direction. Il semble crucial, notamment pour les acteurs associatifs extérieurs à l'institution, de gagner l'adhésion de l'ensemble de l'équipe : de la direction qui doit permettre la réalisation du projet à l'équipe soignante qui ne doit pas voir le projet comme une remise en question de son travail. Il s'agit là d'effectuer un travail de sensibilisation, de valorisation du travail fait et de positionner le personnel comme destinataire, lui aussi, du projet culturel.

La réalité du terrain fait parfois ressortir un manque de personnel qualifié en ingénierie culturelle alors qu'il s'avère indispensable à la bonne gestion des projets. Ce besoin en moyens humains se fait ressentir plus fortement lorsque le projet intègre des personnes atteintes de troubles cognitifs importants (exemple : maladie d'Alzheimer) et pour lesquels le taux d'encadrement devrait être de un résident pour une personne chargée du soin ou de l'accompagnement. Les autorités de tutelle et les acteurs de terrain revendiquent clairement un besoin de former les référents culturels des établissements.

Si ces premiers freins peuvent être levés, il ne faut pas pour autant négliger l'importance d'offrir aux personnes âgées des projets culturels de qualité et qui leurs soient accessibles.

B. La difficulté à proposer une offre culturelle de qualité, accessible et adaptée au public

1. La difficulté à délimiter la notion d'activité culturelle

a) La culture, un concept aux contours flous

Dans le langage commun la culture renvoie à l'ensemble des connaissances, des savoir-faire, des traditions et des coutumes, propres à un groupe humain, à une civilisation. Cette définition est évidemment trop large afin de définir le champ de projets culturels, aussi il importe d'arrêter une définition plus précise.

Le programme, sans arrêter de définition précise, semble retenir une conception de la culture au sens étroit du terme qui renvoie au décret du 3 février 1959 relatif aux attributions du ministre de la culture.

Cependant nos entretiens sur le terrain ont confirmé l'absence de délimitation claire. Par exemple, l'ARS Pays de la Loire considère que la DRAC du même département adopte une vision peut-être trop élitiste de la culture. Une incertitude qui, outre le manque de lisibilité pour l'ensemble des acteurs, est susceptible de conduire à une hétérogénéité concernant la sélection des projets en fonction du territoire.

Le travail sur le terrain ainsi que nos recherches documentaires nous ont permis de préciser ce qu'il nous semblait souhaitable d'entendre par activité culturelle.

b) L'activité culturelle, une rencontre du patient avec l'art

En premier lieu, il nous semble qu'aucune activité culturelle ne doit être exclue a priori. Certes la réalisation d'une telle activité avec des personnes âgées nécessite d'adapter le projet à ce public qui ne dispose plus nécessairement de toutes ses capacités cognitives et/ou motrices. Cependant, il nous semble que cela n'implique pas de réduire le champ des activités proposées. En effet, comme l'a montré Benoit LESAGE, Docteur en Sciences Humaines et médecin, dans son travail de recherche un corps un construire, il a été possible de faire de la danse avec des patients atteints d'un handicap psychomoteur.

En revanche, il nous est apparu que, si la restriction ne devait pas avoir lieu au niveau du type d'activité, le clivage devait davantage s'opérer au niveau du contenu de cette dernière.

Comme le suggère les conditions imposées par le programme, l'animation ne rentre pas dans le cadre des activités culturelles. Cependant, nous avons observé sur le terrain que la distinction n'était pas toujours aisée à établir.

En effet, comme nous avons pu l'observer sur le terrain, un projet peut remplir les principales conditions (en particulier celle partenariat avec un artiste professionnel, en l'occurrence un chanteur lyrique) tout en s'apparentant en réalité à de l'animation. En l'occurrence le visionnage du spectacle et l'entretien avec la personne responsable du projet au sein de l'établissement nous ont interrogés quant à la pertinence de l'inscription du projet dans le cadre du dispositif « Culture et Santé » à double titre.

D'une part, le travail avait été réalisé pour l'essentiel dans le cadre d'une chorale animée par une ancienne cadre de santé, ce qui nous fait dire que le projet s'apparentait davantage à de l'animation. Bien entendu il ne s'agit pas d'établir une hiérarchie entre culture et animation comme le souligne Danièle WOHLGEMUTH « *à l'hôpital et encore plus dans les maisons de retraite on a besoin des deux actions. La présence d'un artiste provoque quelque chose de particulier et ça ne se produit pas de la même manière dans une animation. Ce n'est pas mettre l'un au-dessus de l'autre mais ce n'est pas la même chose.* »

D'autre part, l'entretien à l'issue du spectacle a fait apparaître un manque de réflexion autour de la place de la personne âgée au sein du projet. En effet, les résidents ont été peu associés à la représentation et ni l'artiste, ni la responsable du projet, n'ont été en mesure d'exprimer une réflexion autour de l'intérêt et du sens que pouvait avoir leur projet pour les résidents.

Cette expérience met en lumière la nécessité de garantir une certaine exigence de qualité du projet culturel afin que celui-ci fasse sens. Comme que le souligne Yann BUBIEN : « *cette complicité entre médecine et art ne peut s'établir qu'à partir d'une grande exigence de qualité, la culture à l'hôpital doit se placer bien au-delà du simple divertissement, face à la maladie et aux angoisses existentielles qui en découlent* ».

En conclusion, si il semble pertinent, ainsi que le préconise François-Xavier SCHWEYER, de retenir une définition extensive de la notion de culture, sans exclure à priori certaines disciplines, il importe en revanche d'être rigoureux quant au contenu et à la qualité de l'activité elle-même. Point de vue qui rejoint la conception de Malraux et qui sera le fondement de sa politique

culturelle, à savoir que la culture n'est pour lui « rien d'autre qu'une rencontre vivante avec l'art »¹⁹.

2. La difficulté à sélectionner et mettre en œuvre une offre culturelle de qualité

a) Une sélection et une évaluation des projets complexes

En ce qui concerne la procédure de sélection des projets culturels dans le cadre du dispositif « Culture et Santé », des gages de qualité évidents ont été mis en place par les DRAC et les ARS (à titre d'exemple, soutien exclusif des DRAC aux artistes professionnels et labellisés).

Toutefois, les entretiens réalisés auprès des DRAC, des ARS et des établissements sanitaires et médico-sociaux nous ont permis de soulever pointer des difficultés et risques de nature à interroger la qualité de l'offre culturelle en faveur des personnes âgées. Ainsi la coordination entre les DRAC et les ARS a pu apparaître problématique : l'ARS de Bretagne souligne que les critères de sélection ne sont pas clairement établis entre ces deux acteurs, la DRAC évaluant les critères artistiques et l'ARS étudiant les projets plutôt sous l'angle de la qualité de vie des résidents et des conditions de travail des soignants. Il nous apparaît qu'une entente et un dialogue entre ces deux partenaires sont néanmoins essentiels, ne serait-ce que pour éviter l'écueil d'une approche divergente de la notion de culture et afin de valider des projets culturels de qualité adaptés à un public spécifique.

La labellisation des artistes engagée par les DRAC, qui conditionne la sélection des projets, est censée être gage d'une offre culturelle de qualité. Mais la labellisation des artistes, en tant que critère de sélection dans le cadre du programme « Culture et Santé », ne doit pas non plus fermer les portes du médico-social aux artistes non labellisés présentant un travail adapté au public concerné. Il est alors du ressort des DRAC d'accompagner des artistes afin qu'ils soient en mesure de répondre à des critères qualitatifs minimaux, d'enrichir la qualité de leur production, tout en conservant leur envie de travailler avec les résidents des EHPAD

Nous avons également observé une appréhension de la part de certains professionnels en charge des projets culturels au sein des établissements sanitaires ou médico-sociaux en ce qui concerne

¹⁹ Jean Caune, la politique culturelle initiée par Malraux

l'évolution de la procédure de sélection des projets culturels dans le cadre du dispositif national. Ainsi, au cours d'un entretien avec l'attachée culturelle d'un hôpital local engagé dans une dynamique culturelle forte, celle-ci nous a fait part de sa crainte de voir les équipements culturels se transformer en prestataires de services, remettant par là en question l'adaptation de l'offre culturelle à un public spécifique, tandis que l'accent doit être mis au contraire sur le partenariat entre la structure médico-sociale et l'équipement culturel.

Nous avons pu en outre souligner la difficulté pour les DRAC et les ARS, chargées de valider les projets, à évaluer a priori l'intention d'un projet culturel. La qualité d'un projet culturel en direction des personnes âgées suppose en effet que la personne âgée soit placée au cœur du projet. Que le projet culturel en question fasse de la personne âgée un acteur ou un spectateur d'un projet culturel, l'enjeu est d'arriver à saisir l'intention d'un projet, au risque de soutenir des projets culturels portant d'autres ambitions éloignées de l'objectif du dispositif « Culture et Santé ».

La qualité de l'offre culturelle est également conditionnée à l'évaluation a posteriori des projets culturels. Cependant, les entretiens réalisés notamment auprès des ARS nous ont permis d'observer que celle-ci reste encore très largement embryonnaire. Par ailleurs, l'évaluation comporte ses limites. L'évaluation qualitative pose la difficulté d'évaluer l'humain : comment, en effet, mesurer l'apport de la culture auprès des personnes âgées, l'augmentation du bien-être ? Parallèlement, l'évaluation quantitative ne semble pas en mesure d'apporter une réponse plus aisée : l'évaluation d'un projet culturel au nombre d'articles de presse ne semble pas gage de la qualité d'un projet ayant agi dans le sens d'une 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 pour une évaluation toutefois incontournable des projets culturels.

b) La place et le rôle des porteurs de projets au sein des établissements sanitaires et médico-sociaux

La qualité de l'offre culturelle délivrée aux résidents est conditionnée à la présence d'un porteur de projet dans l'établissement qui ait un rôle, une place définie, des moyens, ainsi qu'une formation adéquate combinant une approche culturelle et une connaissance nécessaire des publics accueillis.

Toutefois, l'enquête de terrain menée dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, notamment auprès de professionnels en charge des projets culturels, a été l'occasion de dégager

certaines limites concernant ces professionnels, ces derniers étant pourtant les garants d'une offre culturelle dynamique et durable en faveur des personnes âgées. Ainsi, les professionnels chargés de mener les projets culturels dans les établissements rencontrés présentent des profils variés, tant au niveau de la place qu'ils occupent que de leur formation : attaché culturel avec une formation dans le domaine culturel, graphiste animateur, secrétaire de direction d'un hôpital local... De ces échanges il nous est apparu qu'une difficulté importante pouvait se trouver dans la capacité à combiner à la fois une approche culturelle et une connaissance et sensibilité à l'égard des personnes accueillies. Cette double casquette nous semble essentielle pour la conception et la mise en œuvre d'une offre culturelle de qualité et adaptée au public. La formation des professionnels occupant cette fonction constitue donc un enjeu essentiel. Notre enquête de terrain nous a ainsi permis de confirmer nos observations issues de recherches documentaires, à savoir une reconnaissance encore fragile de la fonction de responsable culturel créée dans le cadre du programme « Culture à l'hôpital » en 1997, pâtissant d'une absence de définition claire au niveau national. Les entretiens réalisés nous ont permis d'observer que ce sont aussi très certainement des freins financiers qui se trouvent à l'origine d'un manque de reconnaissance de la fonction.

III. Stabiliser le dispositif : structurer les partenariats autour d'une logique de projet centré sur le résident

A. La pérennité du dispositif "Culture et Santé" suppose un portage national renforcé afin de (re)mobiliser les différents participants

- 1. Les clefs de financement doivent répondre à des besoins mieux définis, et attribués à l'issue de procédures transparentes.**

Dans un contexte budgétaire contraint et afin d'éviter le « saupoudrage » des subventions publiques, il pourrait être envisagé de proposer un seuil plancher de financement public au titre du dispositif. En dessous de ce seuil, le projet ne pourrait être pris en charge que sur les crédits propres de l'établissement. Il est en effet probable que le projet en deçà d'un certain seuil soit une activité de nature « occupationnelle ». Reconnaissons néanmoins que cette proposition serait porteuse d'un risque consistant à porter un jugement sur la qualité des actions culturelles en fonction de leur coût.

Le devenir du dispositif « Culture et Santé » ne peut se réduire à un financement d'actions ponctuelles mais doit être pris en considération dans les démarches institutionnelles, par exemple dans le cadre d'opérations architecturales (rénovation, construction, aménagement des locaux, etc.)²⁰. Il peut ainsi être fait appel aux architectes des Bâtiments de France, présents au sein des DRAC.

Si le dialogue entre DRAC et ARS apparaît efficient il doit se traduire par une confrontation constructive des enjeux et donc par une mobilisation de moyens humains sensiblement équivalents entre les deux institutions.

Il convient également d'optimiser dans la durée l'investissement collectif en faveur de la culture : inscrire le projet dans une suite ou une démarche de reprise afin de capitaliser auprès des résidents les projets ayant « fonctionné », favoriser la réitération d'expériences artistiques ayant été jugées positives dans différentes régions, prendre en compte le besoin, voire la demande, des résidents pour y répondre de manière ciblée. Cette démarche permet de calibrer le budget nécessaire sur les besoins du résident et non sur les envies des personnels et des artistes²¹.

2. Clarifier les responsabilités des collectivités publiques au niveau légal et/ou réglementaire...

La convention de mai 2010 entre le ministère de la culture et celui de la santé ne doit pas faire oublier des niveaux d'obligation très différents entre les deux ministères vis-à-vis des publics ciblés dans le dispositif²².

²⁰ L'hôpital Bretonneau présente une logique de construction visant à faire entrer la culture dans l'hôpital, à rompre l'isolement de l'hôpital à l'égard de l'offre culturelle. Cette logique a donc été déterminante dans la (re)construction du lieu à sa logique de fonctionnement (partenariats avec les artistes locaux et mise à disposition de lieux de résidence et de diffusion au sein de l'hôpital contre une association des patients à la création ou à la représentation. Au niveau international, d'autres exemples de projets prenant en compte la culture dès la construction ou réhabilitation de l'hôpital sont à mentionner (hôpital de Chelsea à Londres notamment)

²¹ Les différents entretiens conduits ont mis en évidence que l'élargissement du dispositif ne peut se réduire à une hausse des dépenses consacrées à la rencontre entre l'art et les personnes âgées.

Le refus des DRAC et des ARS rencontrées de financer des prestations « achetées » à un artiste, et « plaquées » dans le quotidien des personnes âgées en établissement reflète la volonté des tutelles de placer au centre de la réflexion sur l'art le résident.

²² Si pour le ministère de la Culture, les personnes âgées hospitalisées ou accueillies en EHPAD figurent parmi les publics les plus éloignés de l'offre culturelle (décret « Malraux » de 1959) et sont donc prioritaires dans les actions à conduire, pour le ministère de la Santé la prise en compte de la culture est beaucoup plus récente et ne figure pas dans les priorités médicales nationales

Si une nouvelle convention devait être à rédiger, il conviendrait d'intégrer le ministère de la cohésion sociale, au titre de la lutte contre les exclusions, démarche d'ores et déjà amorcée à travers l'association de cette administration au groupe de travail interministériel réuni sur la thématique de la transposition au champ médico-social du dispositif "Culture et Santé".

Il pourrait donc être envisagé une évolution des dispositions légales ou réglementaires pour aller au-delà de la simple incitation de la loi HPST à l'égard des ARS pour « promouvoir l'inscription des projets culturels dans les Schémas Régionaux d'Organisation des Soins (SROS), en partenariat avec les collectivités territoriales qui le souhaiteront²³ ».

Afin d'encourager le décloisonnement des secteurs sanitaire et médico-social et donc de favoriser un continuum de prise en charge, l'accès à la culture comme un volet à part entière du Projet Régional de Santé (PRS) pourrait être intégré au Code de la Santé Publique. Le PRS inclut en effet le secteur médico-social, à la différence du SROS, qui ne concerne que le champ sanitaire. Dans l'attente de cette évolution, une première étape pourrait consister a minima à systématiser l'inscription du dispositif "Culture et Santé" dans les SROS.

En prolongement de la loi HPST et de la création des ARS, une harmonisation du Code de la Santé Publique et du Code de l'Action Sociale et des Familles, instituant un volet culturel dans tout projet d'établissement, serait un geste fort. En effet à ce jour, pour les établissements de santé, existe une obligation de volet social et culturel au sein des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens²⁴, tandis que pour les établissements sociaux et médico-sociaux, les actions contribuant au développement social et culturel font partie des missions générales²⁵ sans caractère obligatoire.

²³ Extrait du discours de Mme Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé et des Sports – Dossier de presse sur la signature de la convention nationale « culture et santé » du 6 mai 2010

²⁴ Code de la Santé Publique – Art. 6114-3

²⁵ Code de l'Action Sociale et des Familles – Article L.311-1

3. contribuerait à homogénéiser et stabiliser le fonctionnement du dispositif au niveau local....

Le positionnement des référents Culture Santé dans les DRAC et les ARS²⁶ devrait être clarifié pour favoriser un partenariat efficient. Concrètement, un rappel des administrations centrales à l'égard des services déconcentrés pourrait favoriser la mobilisation des moyens humains nécessaires dans les DRAC et les ARS. En l'état, le (co)pilotage effectif du dispositif reste très empirique et variable d'une région à l'autre. Il pourrait également être envisagé de mobiliser les instances de concertation entre les deux ministères et de mieux mettre en partage le fruit de leur réflexion. Stabiliser un cadre national (commission / agence), faisant autorité pour les deux ministères, pourrait ainsi développer des propositions notamment en matière d'évaluation des projets en fixant des objectifs et en déterminant des indicateurs. Il conviendrait *in fine* de fournir aux différents opérateurs locaux (services déconcentrés, agences régionales, collectivités territoriales, associations, structures de droit privé...) les outils et les moyens de l'expérimentation en secteur médico-social (au regard notamment du bilan des actions menées par les quatre régions pilotes).

La stabilisation du dispositif au niveau régional passe également par la systématisation de la procédure d'appel à projets. Ce formalisme constitue une protection face au risque de népotisme entre acteurs locaux, implique l'engagement des équipes de direction des établissements, permet la transparence des instructions et prévoit en amont du projet les critères d'évaluation²⁷.

4. ...autour de porteurs de projets plus légitimes et mieux accompagnés...

Les porteurs de projets au sein des établissements doivent disposer d'une formation satisfaisante et d'une motivation sans faille. Ces « fondamentaux » conditionnent leur capacité à proposer des

²⁶ il semblerait pertinent que les ministères, par l'intermédiaire du chargé de mission national, proposent un accompagnement notamment aux ARS pour le recrutement (avec une fiche de poste et une quotité de temps de travail suffisante) et le positionnement du référent régional « culture et santé » dans l'organigramme. Il conviendrait également d'acter la quantité nécessaire de temps travail uniquement consacrée à ce dispositif tant en DRAC que dans les ARS : 1 ETP, 1,5 ETP ?

²⁷ Si ce formalisme tend à se renforcer et peut paraître lourd, il permet de répondre à l'objectif constitutionnel de transparence dans l'utilisation des deniers publics.

projets riches de sens pour les résidents et à accompagner les artistes dans leurs rencontres avec les personnes âgées²⁸.

Leur rôle est déterminant pour calibrer le besoin des résidents, mais aussi pour convaincre les équipes professionnelles de l'intérêt à agir dans ce domaine, et donc potentiellement de changer leurs pratiques. La formation dont ils disposent doit leur permettre d'être légitimes, tant à l'égard des professionnels, et notamment de la direction, que des tutelles, des résidents et des artistes. La définition de ce seuil minimal de compétences pourrait faire l'objet d'une qualification au niveau national, mise en œuvre par les services déconcentrés (DRAC / ARS)²⁹. Bien que la motivation des porteurs de projets ne soit pas à elle seule suffisante, elle s'avère indispensable pour faire questionner les postures traditionnelles des différents acteurs institutionnels, notamment dans un contexte de raréfaction des crédits. Il convient à ce titre d'éviter toute nomination « contrainte » par les chefs d'établissements³⁰.

La coopération entre les acteurs du dispositif constitue une des clefs de voûte de sa pérennité au même titre que la mobilisation financière des partenaires. Il ressort des différents entretiens que c'est dans les cas où les ARS et DRAC sont véritablement en situation de pouvoir échanger sur leurs objectifs, que les résultats sont les plus efficaces. La qualité de ce dialogue conditionne tant la capacité des tutelles à structurer les initiatives des artistes ou des personnels de santé mais aussi le rôle d'entraînement que les porteurs de projets doivent produire notamment au sein de leurs établissements. La recherche de cet effet d'entraînement entre les collectivités publiques et les porteurs de projets dans les établissements, idéalement réunis au sein des mêmes réseaux, contribue à la mise en œuvre d'un cercle vertueux dont la personne âgée a vocation à être la principale bénéficiaire. Le soutien apporté à cette démarche tendrait à éviter l'enlisement du dispositif dans un cadre élargi, l'isolement des partenaires et l'essoufflement des initiatives de terrain.

²⁸ Les responsables culturels dans les établissements occupent, quelle que soit leur identification fonctionnelle (« attaché culturel », « référent culturel », « responsable de l'animation culturelle »...) la fonction de pilote mais aussi de gestionnaire du projet au sein de l'établissement.

²⁹ La diversité des profils observés sur la fonction de référent culture dans les établissements (agents issus de l'action sociale, du soin, plus rarement de la culture) ne permet pas de retenir un profil type ou une formation universitaire strictement adaptée. Il convient cependant de noter que la diversité des profils des personnes rencontrées, du fait de leur complémentarité, tend à produire une véritable valeur ajoutée au sein des réseaux culture et santé.

³⁰ C'est-à-dire respecter la lettre de la convention Ministère de la Culture et de la Communication / Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé de mai 2010 mais pas son esprit (en nommant un référent culturel au sein de l'établissement sans volonté, ni projet, de la part de l'intéressé)

B. Quelques éléments de réflexions de nature à accompagner la démarche des porteurs de projets culturels en EHPAD

Dans un cadre réglementaire et conventionnel, qui serait favorable à la promotion de la culture au sein des établissements de santé et médico-sociaux, il apparaît nécessaire que cette dynamique se poursuive à un niveau rendu plus opérationnel.

1. Une dynamique globale autour des questions culturelles dans l'établissement

Dans un premier temps, il est important que ce sujet soit saisi par les instances dirigeantes et s'inscrive dans une réflexion globale autour de la culture.

a) Inscrire la culture dans une dynamique institutionnelle

Pour asseoir la légitimité de la culture au sein des établissements, il est indispensable de communiquer sur son intérêt, et proposer un ancrage institutionnel.

Afin d'y parvenir, il apparaît essentiel que la question de la culture soit inscrite dans le **projet d'établissement**. Les projets culturels sont ainsi ancrés dans une démarche pluriannuelle avec des objectifs clairement définis, en termes de plus-value pour les personnes hospitalisées, avec pour priorité la personnalisation des projets. Cette démarche doit permettre d'investir réellement les équipes de direction et de ne pas faire de la culture dans l'établissement un support de communication.

La déclinaison de cet engagement sur le plan individuel est l'intégration d'un volet culturel dans le **projet de vie** de la personne âgée institutionnalisée. Cette démarche suppose de connaître la personne âgée, quelles étaient ses pratiques antérieures, quels sont ses centres d'intérêts afin de lui permettre de bénéficier d'une offre adaptée à ses intérêts³¹.

Il apparaît également pertinent de proposer une réflexion culturelle globale dans les établissements par le biais de la création d'une commission associant les différents acteurs en

³¹ L'exemple d'un EHPAD dans la Manche montre que la démarche culturelle peut être totalement individualisée avec la définition des objectifs dès la rencontre de préadmission dans l'EHPAD. Dès lors, une inscription dans le dossier de la personne permet l'accès à des activités en adéquation avec ses goûts ; proposer des activités adaptées et éviter de proposer à la personne, des événements déconnectés de ses préférences

charge des projets culturels, le personnel de l'établissement ainsi que les familles et les résidents. Ces regards différents permettent une complémentarité qui enrichit les projets.

Il est indispensable que la culture au sein d'une structure ne fasse pas l'objet d'un vaste empilement de projets déconnectés les uns des autres mais soit issue d'une réflexion cohérente.

b) Mobiliser des moyens internes pour le développement culturel

Le responsable culturel est le premier interlocuteur en matière de culture dans l'établissement. Si le dispositif des emplois aidés a pu créer une opportunité, il est souhaitable d'institutionnaliser cette fonction et de la pérenniser grâce à des personnels compétents et formés à la conduite de projets et à la culture. Cette fonction doit être pensée en complémentarité avec celle de l'animation qui a un objectif occupationnel au quotidien et qui peut utilement être associée à la mise en œuvre des projets culturels.

Il semble pertinent de recenser les compétences au sein du personnel de l'établissement (personnel soignant, administratif, technique, etc.) qui pourraient être utiles au développement de projets internes. Il s'agit de ressources souvent méconnues qui permettent à la fois de valoriser les compétences et les initiatives de chacun.

De même, la formation des personnels mérite d'être développée afin de les sensibiliser aux bénéfices de l'action culturelle, garantie d'une implication tant personnelle que professionnelle. Celle-ci pourrait même être optimisée par le biais d'une mutualisation à l'échelle territoriale avec le soutien du référent régional ARS et/ou DRAC.

c) Ouvrir l'établissement sur son environnement

L'un des axes prioritaires fixés par le programme « Culture et Santé » est que les structures sanitaires et médico-sociales ne développent pas des projets en vase clos mais s'ouvrent sur l'extérieur, à la fois aux autres établissements, sur la ville et les structures artistiques.

L'ouverture territoriale présente un triple intérêt : économique (économies d'échelle par mutualisation), opérationnel (partage d'expérience) et social (ouverture sur la vie de la cité et décloisonnement de l'EHPAD).

La promotion de l'accueil d'artistes en résidence est à développer tant du point de vue de l'intérêt pédagogique des actions culturelles que de la "nourriture créatrice" qu'il peut représenter pour l'artiste.

2. Conception d'un projet culturel

a) Recenser et analyser les besoins et l'offre culturelle

En amont de la conception d'un projet, il est nécessaire d'identifier les attentes des résidents en matière de pratique culturelle et de s'intéresser aux projets individuels de chacun. Ce recueil de données permet ensuite l'analyse et la mise en évidence des grands axes culturels à développer, les hiérarchiser et prioriser les actions.

Il convient d'avoir une définition élargie de la culture pour prendre en considération les aspirations de chacun sans jugement de valeur et ne pas restreindre les projets sous prétexte qu'il ne s'agirait pas de culture au sens noble du terme. Mais parallèlement c'est par le recours à l'expertise des DRAC que le projet devra dans le même temps exclure les projets « occupationnels » relevant des budgets animation des structures. Une articulation entre qualité de l'offre culturelle et adaptation de celle-ci à la vie en établissement devrait donc être recherchée.

b) Concevoir un projet adapté

Les projets impulsés ont vocation à tenir compte des spécificités du public âgé, notamment ses capacités physiques et cognitives. Néanmoins, cela ne doit pas être un frein à sa participation, mais il faut prévoir de s'adapter aux difficultés et au potentiel de chacun. La personne âgée peut se situer en tant que spectateur et/ou acteur dans l'activité proposée, il convient de varier son positionnement³².

Le travail préparatoire doit associer une représentation de l'ensemble des personnes participant au projet afin que le programme permette un enrichissement personnel et/ou professionnel pour

³² Voir en annexe la typologie des interventions artistiques régulièrement proposées

tous. Ce travail doit prévoir un accompagnement de l'artiste pour optimiser l'interaction avec le public.

Un travail de communication autour du projet est indispensable tant en interne qu'en externe, pour valoriser l'investissement des acteurs.

c) Mise en œuvre

Lorsque le projet est formalisé, il importe de s'assurer dans la mesure du possible que la démarche culturelle soit personnelle et volontaire, c'est-à-dire qu'elle entre dans un projet individuel du résident : en aucun cas l'institution ne doit lui imposer une action culturelle.

De même des précautions particulières doivent être prises pour les publics fragiles afin d'éviter des chocs émotionnels ou des décompensations suite à des événements culturels qui pourraient être vécus comme un traumatisme.

Trouver un équilibre entre l'adaptation de l'activité culturelle au rythme de l'institution et l'exploration de nouvelles organisations favoriserait un décloisonnement espace-temps. Un défi : engager une réflexion avec le personnel sur l'opportunité d'adopter ponctuellement des horaires atypiques au bénéfice d'un projet culturel.

d) Evaluation

Les projets culturels dans les établissements de santé sont peu évalués. Néanmoins à l'heure actuelle, l'évaluation de tout projet est incontournable et doit être continue sur la base d'indicateurs pertinents. 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 » sur les personnels. Un accompagnement national (groupe de travail interministériel) devrait logiquement avoir vocation à homogénéiser les critères d'évaluation et de réduire ainsi le risque subjectivité.

De manière générale, lors de l'impulsion d'un projet, les critères d'évaluation doivent être définis en amont en fonction du type d'action culturelle mise en place et des objectifs fixés.

CONCLUSION

L'être humain, dans toutes les étapes de sa vie, a des besoins fondamentaux d'expression personnelle et de vie intérieure, et ceci est d'autant plus vrai dans les établissements de retraite où la vie collective dissout parfois la singularité de l'individu et interroge l'identité de la personne âgée. L'entrée en maison de retraite ne doit donc en aucun cas signer la fin d'une vie sociale et culturelle et, jusqu'au bout, la personne âgée doit être maintenue dans sa dimension d'Être et de citoyen.

Les différents entretiens conduits ont permis de mieux comprendre les objectifs du dispositif "Culture et Santé". Son objet essentiel, en faisant "tomber les murs" de l'hôpital par le biais culturel, est de réunir la communauté des citoyens autour de valeurs communes. C'est probablement auprès des personnes âgées que le défi s'avère le plus difficile : perte d'autonomie, troubles psycho-moteurs, hausse qualitative et quantitative de la demande culturelle, diversité des parcours et donc diversité des attentes. Or les moyens, notamment financiers, ne semblent pas tous au rendez-vous. Il en découle un besoin de réflexion, et de mise en cohérence des actions des très nombreux partenaires mobilisés sur ces enjeux afin de dessiner la « ligne de crête » rendant le dispositif efficient, visible et reconnu.

Trouver un nouveau souffle à ce dispositif, pour diffuser et pérenniser les expériences reconnues, ainsi que pour réussir un élargissement efficace au champ médico-social passe en partie par des choix politiques assumés et transparents. Aiguillonner le politique sur son engagement pourrait dans un premier temps passer par une mobilisation des personnels de direction. A ce titre, intégrer aux fondamentaux de formation proposés par l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique une présentation des enjeux relatifs au dispositif "culture et santé" permettrait sur un temps long de contribuer à l'ancrage de celui-ci et a minima la prise de conscience des enjeux qu'il sous-tend.

« ... Rendre accessibles à chacun et en particulier à ceux qui en ont le plus besoin, les œuvres du patrimoine et les diverses formes d'expression et de création ; cette fenêtre ouverte sur l'esthétique et l'émotion peut contribuer à faire naître un désir d'art et de culture et par là aider à retrouver l'énergie et les forces de vivre nécessaires pour lutter... » Extraits de la préface de Frédéric Mitterrand – Humanités 10 ans d'art et de culture dans les CHU, Février 2010

Bibliographie

Ouvrages

LAROQUE P, 1993, « Commission d'étude des problèmes de la vieillesse », *La documentation française*, Paris.

Articles de périodiques

ARTS COUNCIL ENGLAND, «Dance in Health : The Benefits for People of All Ages»; Août 2006, disponible sur Internet :

<http://www.artscouncil.org.uk/media/uploads/documents/publications/phpN0GNFD.pdf>

BOUSIGES R., juillet-août 2010, « Hôpital et littérature », *Revue hospitalière de France*, n°535, pp.40-41.

BROUILLET N., décembre 2008, « La culture a trouvé sa place à l'hôpital », *La gazette santé social*, N°47, pp.32-33.

BRUGIERE A, 2011, « Des technologies qui infantilisent ou des technologies créatrices de lien ? », *Gérontologie et société*, N°138, p.181- 193.

BYGREN L.O., JOHANSSON S.E., KONLAAN B.B., GRJIBOVSKI A., WILKINSON A. V, SJOESTROEM M., March 2009, « Attending cultural events and cancer mortality. A Swedish cohort study; in Arts and Health », *An international journey for research, policy and practice*, Volume 1, Issue 1.

COOLEY & ASSOCIATES, January 2003, « Arts and Culture in Medicine and Health. A Survey Research Paper », disponible sur Internet : <http://artshealthnetwork.ca/arts-health-101/arts-health-introduction>

De COPPET C., juin 2011, « Ouverture des établissements et services. Une nouvelle culture ? », *Directions*, n°86, pp.26-33.

DUEE M, REBILLARD C., « La dépendance des personnes âgées : une projection en 2040 », *Données sociales – La société française* ; édition 2006, disponible sur Internet : http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/DONSOC06zp.PDF

- ENNUYER B, 2011, « A quel âge est-on vieux » ?, *Gérontologie et société*, N°138, pp.127-142.
- GOLDBLATT R, ELKIS-ABUHOFF D., GAYDOS M, NAPOLI A., 2010, « Understanding clinical benefits of modeling clay exploration with patients diagnosed with Parkinson's disease », *Arts & Health*, Volume 2, Issue 2, pp.140-148.
- GENTY D., VERNET A., Février 2005, « Art, mémoire, patrimoine. Les multiples effets d'une action culturelle dans un établissement hospitalier » ; *Gestions hospitalières*, n°443, pp. 110-118.
- HACKING S., SECKER J., SPANDLER H., KENT L., SHENTON J., 2008, « Evaluating the impact of participatory art projects for people with mental health needs », *Health and Social Care in the Community*, Vol. 16, Issue 6, pp.638-648.
- KLUGEA M.A., TANGA A., GLICKA L., LECOMPTE M., WILLIS B., 2012, «Let's Keep Moving : A dance movement class for older women recently relocated to a continuing care retirement community (CCRC)», *Arts and Health, An international journey for research, policy and practice*, Volume 4, Issue 1.
- LACHAT D., juillet-août 2010, « Alice au pays des merveilles » Une création « culture à l'hôpital » transfrontalière, *Revue hospitalière de France*, n°535, pp.61-63
- MOREL A, (IGAS), Juin 2011, « Société et vieillissement » - Rapport du groupe de travail n°1, *Cahier de la dépendance* , n°1, disponible sur Internet :
http://www.solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/Cahiers_Dependance_no_1.pdf .
- MURCIA C.Q. KREUTZ G., CLIFT S., BONGARD S., 2010, « Shall we dance ? An exploration of the perceived benefits of dancing on well-being. », *Arts & Health*, Volume 2, Issue 2, pp.149-163.
- POINTE S., Avril 2007, « Les Arts et la santé : les artistes en milieu hospitalier », *Focus, for Culturcope.ca.*, disponible sur Internet :
http://www.capitalhealth.ca/HospitalsandHealthFacilities/Hospitals/UniversityofAlbertaHospital/AboutUs/Artists_on_the_Wards.htm
- STARICOFF R.L., May 2006, « Arts in health. The value of evaluation », *The Journal of the Royal Society for the promotion of Health*, Vol. 126, Issue 3, pp. 116-120.
- WHITE M. 2009, « Arts development in community health : a social tonic », *Radcliffe Publishing*.

Revues

ARTS COUNCIL ENGLAND, 2004, «Arts in Health : A Review of the Medical Literature»

FNADEPA, Les cahiers de la FNADEPA, n°94, Décembre 2006

Thèses / Mémoires

GRAPPIN F., 2008, *Culture et hôpital, Enjeux et légitimité de l'action culturelle au sein de l'établissement de soins*, Mémoire de Master 2 « Sciences humaines et sociales » : université Pierre Mendès France de Grenoble, disponible sur Internet : http://dumas.ccsd.cnrs.fr/docs/00/33/47/67/PDF/Culture_et_Hopital.pdf

COSTES M., Décembre 2010, *Atelier culturel et hôpital psychiatrique : enjeux et retombées d'un dispositif de médiation culturelle au sein du programme « Culture à l'hôpital »*, Thèse de doctorat en sciences de l'information et de la communication : Université d'Avignon et des Pays du Vaucluse.

Congrès, Conférences, Colloques, Communications

Colloque national « Culture à l'hôpital » du 31 mars 2009, Paris, FHF.

« Culture et hôpital, des compétences, des projets de qualité », 30 et 31 Mars 2004, Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées.

Journée d'étude « Culture à l'hôpital » - 9 décembre 2008, Rouen.

Codes / Textes réglementaires

Loi n°2009-879 du 21 Juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Code de la Santé Publique

Code de l'Action Sociale et des Familles

Plans de santé publique

Plan national « Bien vieillir » 2007 – 2009

Plan solidarité grand âge.

Sites Internet

INSEE : http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF02164

Autres

Enquête nationale 2003 à destination des directeurs et des responsables culturels (hôpitaux, maisons de retraite), Ministère de la culture et de la Communication et Ministère de la santé, réalisée par ARSEC.

Etude « Art et Culture à l'hôpital » menée par la Fondation Reunica Prevoyance et Occurrence Healthcare, sept. 2010

METHODOLOGIE

Après une exposition du thème et des entretiens programmés par les animateurs du groupe, nous avons procédé à un rapide tour de table pour nous présenter en insistant sur nos expériences professionnelles et personnelles en rapport avec la thématique. Nous avons nommé un représentant afin d'assurer la transmission des informations au sein du groupe et entre celui-ci et l'administration de l'école en charge du MIP, et pour centraliser les affaires logistiques.

Il nous a paru opportun de déterminer ensemble les premières pistes de réflexion qu'évoquait pour nous cette thématique. Cela nous a amenés à nous répartir en sous-groupes pour effectuer un travail initial de recherches bibliographiques sur trois points : le public visé, l'état de la recherche scientifique sur les effets potentiels de la culture pour les personnes hospitalisées et le contexte législatif et règlementaire du dispositif étudié. Puis, nous nous sommes réparti les différents entretiens à mener sans que cette répartition soit liée à la thématique des recherches bibliographiques réalisées par chacun et en permettant aux différents corps de métiers de travailler ensemble sur des entretiens choisis. La majorité de ces entretiens avait été préalablement programmée par les animatrices du groupe mais il nous a semblé important de compléter cette première liste afin d'avoir la vision la plus large possible du dispositif en prenant en compte les avis des acteurs de terrain, des institutionnels et des usagers. Par exemple, rencontrer des animateurs d'EHPAD nous a paru essentiel étant donné l'orientation populationnelle donnée à cette étude. Pour chaque entretien, le rôle des personnes du sous-groupe était défini par avance : une personne menait l'entretien avec l'interlocuteur tandis que les autres prenaient des notes tout en ayant la possibilité d'intervenir eux aussi dans l'échange pour le compléter et soutenir « l'enquêteur principal ». Nous avons néanmoins tous été amenés à jouer l'un et l'autre rôle. Ces entretiens ont été réalisés sur la base d'une grille dont les grandes lignes avaient été préalablement arrêtées en séance plénière mais dont le déroulement avait été adapté par le sous-groupe enquêteur à la fonction de la personne enquêtée. La retranscription des entretiens se faisait elle en concertation entre les membres du sous-groupe, ceci afin de croiser au mieux les informations et d'éviter tout risque de biais dans le compte-rendu.

Nous nous sommes régulièrement retrouvés en séance plénière dans le but d'échanger sur l'avancée des recherches documentaires et des entretiens, l'objectif étant que chaque membre du groupe ait le même niveau d'informations à chaque étape du travail. Ces regroupements collectifs ont été, le cas échéant lors des déplacements, remplacés par des échanges électroniques quotidiens ; de plus l'utilisation de l'application « googledoc » nous a permis de rassembler au fur et à mesure le fruit de nos investigations.

Ce n'est que lors de la dernière semaine que nous avons commencé à réfléchir plus précisément à un plan de rédaction, et avons arrêté notre problématique. Les entretiens terminés, tous les éléments structurels importants du rapport final ont ainsi été décidés lors de séances collectives. Préalablement à la mise en commun définitive et à la relecture finale, la rédaction des parties et sous-parties s'est déroulée en sous-groupes, différents de ceux constitués pour les entretiens.

Même si des divergences ont parfois conduit à des débats animés, la recherche d'un consensus a été privilégiée, favorisée par une écoute et une compréhension mutuelles ; les sensibilités personnelles de chacun n'ont donc pas été un obstacle à la conduite d'un projet commun.

Ce module interprofessionnel nous a permis d'appréhender les logiques et les méthodes de travail propres à chaque corps de métier, de nous rencontrer, et d'échanger sur un thème de réflexion qui peut tous nous interpeller dans nos pratiques professionnelles bien qu'exclu des enseignements de chaque corps à l'école.

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 – Carnet de bord

Annexe 2 – Liste des entretiens

Annexe 3 – Grille d’entretien pour les autorités de tutelle

Annexe 4 – Grille d’entretien pour les acteurs de terrain

Annexe 5 – Dossier de presse : Convention « culture et santé » 6 mai 2010

Annexe 6 – Projet « Les Temps Mêlés »

Annexe 7 – Extrait du dossier de l’association « Le Cœur à Marée Haute »

Annexe 8 – Charte du Développement Culturel du C.H. Guillaume Régnier

Annexe 9 – Liste des jumelages du Cercle des Partenaire

Annexe 10 – Schéma sur la spécificité du travail artistique avec les personnes âgées

Annexe 11 – Apports professionnels

Annexe n°1 - Carnet de bord

DATE (année 2012)	ACTIVITÉS DU GROUPE
Mercredi 2 mai	<p>Présentation générale du module en amphithéâtre</p> <p>Rencontre avec Karine CHAUVIN (présentation du thème, proposition de planning de travail, planning des entretiens programmés) et présentation des membres du groupe</p> <p>Brainstorming : expériences professionnelles et personnelles en rapport avec la thématique</p> <p>Planification du déroulement du MIP : définition de thèmes de recherche bibliographique, répartition du travail de recherche en sous-groupes, désignation d'un référent</p>
Jeudi 3 mai	<p>Recherches bibliographiques</p> <p>Présentation des premiers résultats en séance collective</p> <p>Détermination de la problématique générale</p> <p>Création d'une grille d'entretien-type</p> <p>Entretien n°1 : sociologue</p> <p>Organisation logistique</p>
Vendredi 4 mai	<p>Confirmation des entretiens auprès des contacts déjà établis</p> <p>Poursuite de la mise en commun des recherches bibliographiques</p>
Mercredi 9 mai	<p>Elaboration d'une ébauche de plan en séance collective et mise en commun des recherches bibliographiques en fonction du plan retenu.</p> <p>Rencontre avec Françoise MOHAER en fin d'après-midi.</p> <p>Entretien n°2 : psychologue</p> <p>Entretien n°3 : chargée médiation au théâtre municipal</p> <p>Entretien n°4 : ARS Bretagne</p> <p>Entretien n°5 : animateur social, EHPAD</p>
Jeudi 10 mai	<p>Entretien n°6 : attachée culturelle, hôpital local</p> <p>Entretien n°7 : présidente association lorientaise</p> <p>Entretien n°8 : Chef de service adjointe des relations publiques et des territoires, DRAC Pays de la Loire</p> <p>Entretien n°9 et 9 bis : ARS Pays de la Loire</p> <p>Entretien n°10 : attachée culturelle hôpital</p> <p>Entretien n°11 : Isabelle AUBÉ (IASS, ARS Basse-Normandie)</p> <p>Retranscriptions des entretiens et échanges par email sur ces entretiens.</p>
Vendredi 11 mai	<p>Entretien n°12 : DRAC Bretagne</p> <p>Entretien n°13 : coordonnateur culturel, CHS</p>

	<p>Entretien n°14 : chargée de relations publiques, association</p> <p>Entretien n°15 : animatrice, EHPAD</p> <p>Entretien n°16 : coordinatrice du programme Culture et Sante en Rhône-Alpes, association Interstices</p> <p>Entretien n°17 : Secrétaire de direction, Hôpital de Guérande, (Loire-Atlantique)</p> <p>Retranscriptions des entretiens et échanges par email sur ces entretiens.</p>
Lundi 14 mai	<p>Restitution et analyse des entretiens en séance collective.</p> <p>Réalisation d'un tableau : croiser les entretiens et les thématiques</p> <p>Finalisation du plan</p> <p>Répartition de la rédaction en trois sous-groupes</p>
Mardi 15 mai	<p>Rédaction en sous-groupes</p> <p>Mise en commun des travaux des sous-groupes puis reprise du travail en sous-groupe</p> <p>Entretien n°18 : Gériatologue-psychiatre, Hôpital Bretonneau</p>
Mercredi 16 mai	Séances collectives : rédaction, mise en page, harmonisation
Jeudi 17 mai	Relecture, corrections et harmonisation
Vendredi 18 mai	Envoi du document

Pendant toute la durée du MIP, le partage des informations recueillies (compte-rendu des entretiens, synthèses des recherches, avancement du travail de réflexion) par mail à l'ensemble de groupe a été constant. Les deux animatrices étaient également destinataires d'une partie des échanges afin de pouvoir suivre l'évolution de la réflexion et d'aider à la réorientation, si nécessaire

N°	QUALITÉ DE LA PERSONNE RENCONTRÉE	DATE	TYPE D'ENTRETIEN	LIEU DE L'ENTRETIEN	ENQUÊTEUR
1	Sociologue	03 mai	Physique	EHESP	Tous les enquêteurs
2	Psychologue, CHS Guillaume Régnier - Rennes (Ille et Vilaine)	09 mai	Physique	CH Guillaume Régnier	3 enquêteurs (DS et AAH)
3	Chargée de médiation au théâtre municipal de Coutances (Manche)	09 mai	Téléphonique	EHESP	1 enquêteur (DH)
4	Responsable du Pole Allocation des ressources - Direction de l'offre de soins et de l'accompagnement, Département de l'offre hospitalière; ARS Bretagne	09 mai	Physique	ARS Bretagne	3 enquêteurs (DS et IASS)
5	Animateur social - EHPAD Grand Bon Pasteur, Bordeaux (33)	09 mai	Physique	EHPAD Grand bon Pasteur	1 enquêteur (DESSMS)
6	Attachée culturelle à l'hôpital de Port Louis (Morbihan)	10 mai	Physique	Hôpital de Port Louis	3 enquêteurs (DH et DESSMS)
7	Présidente de l'association Le Cœur à marée haute, Lorient (Morbihan)	10 mai	Physique	IRTS de Lorient	3 enquêteurs (DH et DESSMS)
8	Adjointe Chef du service développement des relations publiques et des territoires, DRAC Pays de la Loire	10 mai	Physique	DRAC Pays de la Loire, Nantes	3 enquêteurs (AAH et IASS)
9	Responsable du service des relations avec les usagers et les partenaires, ARS Pays de la Loire	10 mai	Physique	EHESP	3 enquêteurs (AAH et IASS)
9bis	Chargée de communication, ARS Pays de la Loire				
10	Cadre de sante, attachée culturelle a l'hôpital de Coutances (Manche)	10 mai	Physique	Hôpital de Coutances	2 enquêteurs (DH et AAH)
11	Chargée de mission Culture et santé à l'ARS Basse-Normandie	10 mai	Physique	ARS Basse Normandie, Caen	2 enquêteurs (DH et AAH)
12	Conseillère pour l'action territoriale et les politiques interministérielles, DRAC Bretagne	11 mai	Physique	DRAC Bretagne, Rennes	3 enquêteurs (DH et IASS)
13	Coordonnateur culturel au Centre hospitalier de Begard (Cotes d'Armor)	11 mai	Physique	Centre hospitalier de Bégard	1 enquêteur (DH)
14	Chargée des relations publiques et des actions éducatives à l'association Le Carré magique, Lannion (Côtes d'Armor)	11 mai	Physique	Centre hospitalier de Bégard	1 enquêteur (DH)
15	Animatrice - EHPAD Terre Nègre, Bordeaux (Gironde)	11 mai	Physique	EHPAD Terre Nègre	1 enquêteur (DESSMS°)
16	Coordinatrice du programme Culture et Sante en Rhône-Alpes, association Interstices	11 mai	Téléphonique	EHESP	2 enquêteurs (AAH et DS)
17	Secrétaire de direction, Hôpital de Guérande, (Loire-Atlantique)	11 mai	Physique	Hôpital de Guérande, Le Croisic	2 enquêteurs (DESSMS)
18	Gérontologue-psychiatre, Hôpital Bretonneau	15 mai	Téléphonique	EHESP	1 enquêteur (DH)

Annexe 3 – Grille d’entretien type – autorités de tutelle (ARS/DRAC)

Nom :

Prénom :

Fonction :

1. Présentation de l’enquête :

- a. Sa fonction actuelle ;
- b. Formation et parcours (centres d’intérêt) ;

2. Qu’est-ce qui vous a amené à travailler vous particulièrement sur cette thématique ? Depuis combien de temps le faites vous ?

3. L’historique du programme

- a. Dans quel contexte apparaît le programme ?
 - i. Relance : enjeux politiques, débats ?
- b. En réponse à quelle problématique ?
 - i. Les objectifs ?
 - ii. Les bénéficiaires et participants ?
 - iii. Quid du médico-social en 1997 ?
- c. De quelle définition de la culture le programme est-il parti ? Y a-t-il eu des débats autour de cette définition ?
- d. Les étapes
 - i. Relance : relations partenariales entre les ministères

4. Evolution et actualité du programme

- a. Avez-vous suivi l’évolution du programme depuis 1997 ?
 - i. Si non : l’en informer
 - ii. Quelles étapes avez-vous vu se mettre en place ?
- b. Qu’en pensez-vous ?
- c. Y a-t-il eu une évolution de la définition de la culture ?
- d. Y a-t-il eu des évaluations des actions engagées ?
 - i. Que pouvez-vous nous en dire ?
 - ii. Quel bilan faites-vous de ce programme ?

Relances : intérêts pour l’usager (lien culture et soins) ? Intérêts du point de vue des pratiques professionnelles ?

5. Positionnement professionnel et personnel

- a. Pourquoi cette thématique est elle rattachée à cette direction métier au sein de l'ARS ? Est-ce le cas dans les autres ARS ?
- b. Combien l'ARS a-t-elle mobilisé sur ce programme en 2011 ? part du budget ARS par rapport à l'enveloppe globale ? Origine des financements de l'ARS pour ce programme?
- c. Que pensez-vous de votre partenariat sur ce sujet avec la DRAC ? En quoi consiste ce partenariat ? comment l'ARS et la DRAC travaillent elles ensemble ?
- d. Avez-vous eu l'occasion de voir certaines de ces expériences ?
 - i. Qu'en pensez-vous ? (intérêts limites par rapport aux objectifs du programme) Les projets développés en Bretagne s'inscrivent ils bien dans le cadre du dispositif ou tombent ils dans l'écueil de la communication ou de l'occupationnel ?
 - ii. quel est votre avis sur les auto-évaluations que vous font remonter les porteurs de projets ? Sont-elles satisfaisantes ? Solutions d'amélioration ?
- e. transposition du dispositif dans le médico-social : intérêts/limites/ obstacles dans les EHPAD ?
- f. Nous nous interrogeons sur ce que recouvre une activité culturelle au sens du programme ;
 - i. Selon vous, un atelier thérapeutique peut-il être considéré comme une activité culturelle ?
 - ii. L'aménagement d'un espace vert, un jardin thérapeutique, musicothérapie... ?

6. Autres :

- a. Y a-t-il des points non abordés dont vous souhaiteriez nous parler ?

Annexe 4 – Grille d’entretien type –
acteurs de terrain (établissements, associations)

Nom :

Prénom :

Fonction :

1. Présentation de l’enquêté :

- a. votre fonction actuelle ;
- b. votre formation et parcours (centres d’intérêt) ;
- c. qu’est-ce qui vous a amené à travailler sur cette thématique ?

2. La notion de culture

- a. Y a-t-il eu un questionnement sur la définition de culture au sein de l’établissement ? (animation, activités culturelles...)
- b. Cette définition de la culture, a-t-elle évolué ?
- c. En pratique :
 - i. Selon vous, un atelier thérapeutique peut-il être considéré comme une activité culturelle ?
 - ii. L’aménagement d’un espace vert, un jardin thérapeutique, une cuisine thérapeutique ?

3. Le dispositif cadre aux activités culturelles

- a. Depuis quand date ce dispositif ?
- b. Quels sont les acteurs qui ont impulsé ce programme ? (CG, ARS, DRAC, les acteurs médico-sociaux de terrain, les acteurs culturels de terrain... ?)
- c. S’inscrit-il dans le cadre national du dispositif culture-santé notamment convention 2010 qui prévoit expressément l’élargissement de ce dispositif aux établissements médico-sociaux ?
- d. Quels étaient les enjeux de ce programme ?
- e. Procédure de l’appel à projet : connaissez vous les critères de sélection qui ont été établis ?
- f. Quid du financement de ce projet ?

4. Positionnement professionnel et personnel : les activités et projets culturels mis en œuvre dans votre établissement

- a. Pouvez vous me présenter l’établissement rapidement ? (ETP, équipes professionnelles, nombre de résidents, Gir moyen, alzheimer ?)
- b. A propos de vos projets culturels ?
 - i. Objectifs du/des projet(s) ?
 - ii. Partenaires associés ?
 - iii. Personnel mobilisé ?
 - iv. Place du décideur (directeur)
 - v. Votre rôle ?
 - vi. Dans quel cadre institutionnel/ législatif avez vous inscrit ce projet au sein de l’établissement ? (un projet culturel comme sous-partie du projet d’établissement ? démarche qualité ? missions des ESMS (art L.311-1 6°

Actions contribuant au développement social et culturel) ? plan national bien vieillir 2007-09 ?

- vii. Quels intérêts d'un tel projet :
 1. bénéfiques apportés aux PA (lien culture et soins + au delà du soin, lieu de vie)?
 2. aux artistes (nouveau marché du travail) : que viennent chercher les artistes selon vous?
 3. aux professionnels de l'établissement (pratiques professionnelles, climat social)?
- viii. Quelles limites/obstacles/améliorations d'un tel projet ?

5. Quid d'un éventuel projet en cours ?

- i. Quel est le contenu de ce projet ?
- ii. Quels moyens humains et financiers ?
- iii. Quels objectifs ?
- iv. Le(s) premier(s) projet(s) vous a(ont)-t-il(s) permis de tirer des enseignements pour ce nouveau projet (écueils, préconisations)

6. L'intégration de la culture à l'hôpital selon vous

- a. Connaissez-vous le secteur hospitalier dans le cadre professionnel ?
- b. Avez-vous déjà monté des projets culturels (ou autre) dans les hôpitaux (public PA ou autre)?
 - i. Si oui, dans cette approche culturelle avez-vous observé des différences entre les deux secteurs (sanitaire et médico-social)
 - ii. Si non, pensez-vous qu'un projet tel que vous l'avez réalisé dans cet EHPAD peut être transposable de la manière à un contexte hospitalier (toujours PA en public)

7. Autres :

- a. Y a-t-il des points non abordés dont vous souhaiteriez nous parler ?

Annexe 6 - Projet « Les Temps Mêlés »

APPEL A PROJETS TEMPS MÊLÉS CAHIER DES CHARGES

L'accélération des mutations de notre société, notamment au plan des technologies et des modes de vie, peut entraîner une rupture entre les générations, voire une exclusion des personnes âgées lorsque celles-ci ne disposent plus des mêmes conditions ou capacités d'adaptation. La perte de certains repères sociaux risque alors d'induire par réaction un repli sur soi, et donc de dégrader la qualité de vie de ces personnes. Ce risque est plus élevé encore en raison des fortes inégalités culturelles et sociales qui touchent les personnes âgées, en fonction de leur histoire personnelle et de leurs conditions actuelles d'existence. Les pratiques culturelles permettent, au-delà d'une simple distraction, de dynamiser l'existence quotidienne, d'entretenir un « capital » culturel, de maintenir une activité sociale, ou de valoriser des liens familiaux et/ou entre générations, au travers de sorties, de pratiques en amateur, de formation ou de production artistique ou culturelle. Ces pratiques sont susceptibles de faire évoluer le regard sur les personnes âgées de la société et de leur entourage immédiat, et ainsi, d'amener à une meilleure prise en compte de ce qu'elles sont et de leurs attentes. A travers cette question, se pose en définitive celle du « vivre ensemble ».

LE CONSEIL GENERAL

Répondant à un enjeu de solidarité essentiel, l'action pour les personnes âgées constitue une priorité pour le département de la Gironde et rend indispensable la mobilisation de chacun. Le Conseil Général est chef de file de l'action gérontologique. Attentif aux besoins des personnes âgées, il conduit une politique visant à améliorer leur qualité de vie tant à domicile qu'en établissement. Dans le champ culturel, l'action départementale vise à faciliter la participation de tous à la vie culturelle, notamment celle des jeunes, des personnes en situation de handicap ou en insertion. Ces politiques sont basées sur la co-construction de parcours et de jumelages culturels entre structures en charge de ces publics et associations culturelles. Le présent appel à projets vise à développer ce principe aux établissements d'hébergement accueillant des personnes âgées dépendantes. Cette action se situe dans le prolongement des Parcours de Découvertes Culturelles mis en œuvre avec les Maisons Départementales de la Solidarité et de l'Insertion (MDSI) et l'Institut Départemental de Développement Artistique et Culturel (IDDAC), et des neuf jumelages actuellement en cours d'expérimentation au sein de structures médico-sociales accueillant des personnes handicapées. L'accessibilité des personnes en Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) aux pratiques culturelles est inscrite dans l'agenda 21 départemental mis en œuvre par le Conseil Général de la Gironde.

LES OBJECTIFS

Le programme dans lequel s'inscrit le présent appel à projets *Temps mêlés* vise à améliorer la participation à la vie culturelle et, plus largement, à la vie sociale des personnes hébergées en EHPAD, au travers de tout type de pratiques touchant à l'ensemble des champs culturels (arts, littérature, cultures scientifiques et techniques, patrimoines...).

Ses objectifs sont :

- au niveau des personnes âgées, de stimuler leur curiosité, de valoriser leurs savoirs et leur créativité, et, en conséquence, de maintenir leurs liens sociaux et d'améliorer leur qualité de vie.
- au niveau des acteurs culturels et des établissements médico-sociaux, de favoriser leur rencontre et d'impulser une dynamique de co-construction de projets en les encourageant à développer des démarches communes, dans une logique de mutualisation des expériences et des compétences.

Ainsi, les projets développés seront autant d'occasions de rapprocher les pratiques professionnelles du champ social et du champ culturel, d'encourager les structures culturelles à développer des actions d'accompagnement auprès des personnes âgées et de favoriser ainsi la mixité de leurs publics. Par l'originalité de leur contenu et la qualité de leur mise en œuvre, ces projets devront favoriser le développement de nouvelles formes de coopération, et ce au delà du cadre de cet appel à projets.

LES STRUCTURES CONCERNEES

Le présent appel à projets s'adresse exclusivement d'une part aux établissements girondins d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) habilités à recevoir des bénéficiaires au titre de l'aide sociale, et d'autre part aux associations oeuvrant dans le champ culturel situées en Gironde. Chaque projet devra être co-construit par un ou plusieurs EHPAD habilités et un ou plusieurs partenaires associatifs culturels. Il existe 75 EHPAD habilités à l'aide sociale en Gironde accueillant environ 6800 personnes âgées dépendantes.

LA DEFINITION DES PROJETS TEMPS MELES

Les projets *Temps mêlés* sont des jumelages entre un ou plusieurs EHPAD et une ou plusieurs associations culturelles. Ils sont co-construits par les partenaires et formalisés par une convention liant les partenaires et le Conseil général, pour une durée d'une année. Ils visent à l'implication active des personnes âgées qui peut prendre toutes les formes, y compris une restitution ou une production culturelle en fin de parcours.

Les propositions devront :

- prendre en compte les conditions de vie des personnes âgées concernées par le projet, ainsi que les enjeux actuels de la vieillesse (revenus, dépendance, hébergement, liens intergénérationnels, qualité de vie, solitude...),
- mettre en valeur la créativité et les savoirs des personnes âgées,
- reposer sur l'implication des artistes et de l'ensemble des intervenants.

Les critères de sélection des projets porteront sur :

- L'adéquation du projet avec le public auquel il s'adresse. Il devra en particulier :

- considérer les personnes âgées en tant que protagonistes du projet et non comme simples consommatrices de biens culturels, en prenant en compte leur expérience de vie, leur créativité et leurs attentes,
- inscrire cette pratique culturelle dans le projet de vie des personnes âgées,
- permettre aux participants de s'approprier des modes d'expression artistique et des nouveaux savoirs
- renforcer les pratiques culturelles des personnes âgées, les inciter à participer à la vie culturelle locale et à la fréquentation des lieux culturels
- favoriser le partage et l'enrichissement mutuel.
- L'implication des établissements pour personnes âgées, en particulier :
 - inscrire l'action dans un projet d'établissement ou de service, - impliquer l'ensemble des personnels concernés de près ou de loin et en favoriser l'appropriation,
 - favoriser, le cas échéant, la participation des personnes âgées dépendantes atteintes de pathologies de type Alzheimer ou de troubles apparentés.
- La méthode de co-construction, de mobilisation des autres partenaires sollicités, ainsi que le plan de mise en oeuvre des projets. Il s'agira en effet pour les porteurs du projet de :
 - s'assurer de l'ensemble des soutiens financiers et opérationnels nécessaires à la mise en œuvre du projet, et ce, dès la conception et la mise en place du projet,
 - envisager les conditions de son éventuelle pérennisation à l'issue de l'action, et donc au-delà de l'aide allouée par le Conseil Général pour ce projet,
 - impliquer autant que possible d'autres collectivités publiques, notamment dans la mise en oeuvre technique et budgétaire du projet,
 - prévoir une communication adaptée,
 - s'appuyer sur des structures géographiquement proches afin de réduire l'impact des déplacements, de faciliter les échanges et les coopérations, et de favoriser la pérennisation des partenariats locaux.

Les contenus culturels des projets qui devront :

- procéder d'une ambition culturelle qui ne se limite pas aux enjeux thérapeutiques et sociaux de l'action. Ainsi, le projet constituera pour les artistes et intervenants culturels une réelle opportunité de développement et d'approfondissement de leurs compétences et de leur créativité,
- tendre vers la pluridisciplinarité culturelle dans les parcours en intégrant si possible plusieurs structures et domaines culturels,
- valoriser le parcours par la production d'une restitution du travail réalisé, pouvant être diffusée ou exposée, dans le but de le rendre visible et de favoriser les échanges sur ce qui a été accompli,
- et qui pourront permettre la découverte et l'usage des outils numériques.

LES ROLES DES ACTEURS DU PROJET

Le rôle et la responsabilité de chacun des acteurs et intervenants du projet doivent être précisément définis dans la présentation du projet. Si celui-ci est retenu, ils seront indiqués dans la convention signée ultérieurement entre les structures partenaires et le Conseil Général. Lorsque plusieurs opérateurs culturels ou médico-sociaux sont impliqués dans le projet *Temps mêlés*, un coordinateur - référent sera désigné parmi ceux-ci pour assurer les relations nécessaires entre les intervenants et avec le Conseil général. Pour sa part, le Conseil Général pourra prêter son concours technique pour : la mise en relation et l'orientation des porteurs de projets, l'accompagnement technique dans la limite des ressources disponibles des directions culturelles du Conseil général concernées (Direction de la Culture et de la Citoyenneté, Bibliothèque Départementale de Prêt, Archives départementales) ainsi que de l'IDDAC, sous réserve d'en avoir vérifié préalablement la faisabilité et la disponibilité. Les lieux dans lequel se déroulera le projet devront être définis et pré-réservés dès la conception du projet, qu'il s'agisse des établissements culturels, des établissements pour personnes âgées, ou tout autre lieu nécessaire au projet. Les partenaires culturels devront veiller à ce que les conditions d'emploi des artistes et des intervenants culturels dans le projet soient conformes à la législation. Une sensibilisation des personnels des structures culturelles et des établissements pour personnes âgées au montage de projets culturels et aux problématiques des personnes âgées doit être prévue dans le cadre du projet *Temps mêlés*. Des actions complémentaires de formation pourront être mises en œuvre par les partenaires du plan de formation à l'accessibilité des personnes handicapées (IDDAC, CNFPT, BDP...).

LA COMMUNICATION

Chaque porteur de projet retenu doit faire une large part à ce projet dans ses actions de communication. Un plan de communication sera élaboré, projet par projet, sur la base des différents supports de communication disponibles et en concertation entre les différentes parties prenantes. Les témoignages des usagers et des acteurs du projet sont un vecteur de communication très important pour ce genre de projet. La restitution du travail doit être présentée auprès des acteurs locaux concernés, des institutions et du grand public. Il sera demandé aux porteurs de projets de prévoir des photos ou des enregistrements sonores ou vidéo des actions réalisées en vue d'une utilisation ultérieure à des fins de communication institutionnelle, dans le respect de la réglementation relative au droit à l'image.

L'EVALUATION

L'évaluation sera faite selon des critères quantitatifs et qualitatifs. Elle se déroulera en plusieurs temps :

- un point de situation à l'issue de chaque trimestre.
- une évaluation au terme du projet.

L'équipe du Conseil Général (DAPAPH, DCC) accompagnera cette démarche d'évaluation autant que nécessaire pour éventuellement réorienter le projet. L'évaluation qualitative devra être effectuée sur la base des objectifs annoncés. Il s'agira de mesurer la réponse aux attentes de chacun, les impacts sur les échanges et sur l'épanouissement des personnes âgées qui ont participé au projet ainsi que sur les savoirs faire et les pratiques des structures culturelles.

Les critères et les indicateurs d'évaluation seront co-définis par les partenaires (structures jumelées et Conseil Général) lors de la

contractualisation sur la base des objectifs et indicateurs proposés par le porteur de projet. L'évaluation sera basée sur la parole et les témoignages des personnes âgées, des partenaires culturels, des personnels des établissements et des familles. Les bilans d'activité, les compte-rendu de réunions constitueront d'autres outils d'évaluation. Cette évaluation prendra la forme d'un rapport remis au Conseil Général établi par les porteurs du projet dans une optique de partage et de mutualisation d'expériences. Les évaluations pourront faire l'objet d'une publication.

Un bilan financier de l'action sera remis au Conseil Général au terme de l'action. Les critères quantitatifs (à titre indicatif):

- Nombre de personnes (personnes âgées, personnels des établissements pour personnes âgées, acteurs culturels) participant au projet,
- Moyens humains et techniques effectivement engagés,
- Nombre d'activités réalisées,
- Analyse de la fréquentation des activités.

Les critères qualitatifs (à titre indicatif) :

- Adéquation du résultat aux objectifs des partenaires,
- Conditions de réalisation du projet,
- Évolution des pratiques au sein des structures qui ont participé au projet,
- Ouverture du projet sur d'autres domaines culturels.

LE MODE DE PILOTAGE

Le comité de pilotage du programme *Temps mêlés* sera composé de :

- Monsieur le Président du Conseil Général de la Gironde ou son représentant,
- Mesdames les Vices – Présidentes du Conseil Général en charge de la solidarité, de l'autonomie, de l'action sociale et de la culture, du sport, de la vie associative, ou leurs représentants,
- Monsieur le Président de la commission « vie associative », ou son représentant,
- un représentant de la Direction de la culture et de la citoyenneté, un représentant de la Direction des actions pour les personnes âgées et les personnes handicapées et un représentant de la Direction des sports et de la vie associative du Conseil Général,
- un représentant de l'Institut Départemental de Développement Artistique et Culturel (IDDAC).

Il aura une fonction de sélection, de suivi et d'évaluation des projets et de l'ensemble du programme.

Un comité technique de suivi composé des représentants des services du Conseil général (DCC et DAPAPH) et, après sélection des projets, de l'ensemble des coordinateurs-référents des projets se réunira une fois par an pour dresser un bilan quantitatif et qualitatif général de l'ensemble des actions réalisées.

LES MODALITES FINANCIERES

Les projets *Temps mêlés* feront l'objet d'une convention tripartite entre l'association culturelle, l'EHPAD et le Conseil Général de la Gironde. L'aide financière attribuée sera déterminée en fonction des coûts occasionnés par la mise en oeuvre du projet (participation aux rémunérations des artistes et des intervenants, à l'acquisition de petit matériel ou d'équipements, aux temps de formation, aux transports...), sur la base du budget prévisionnel détaillé du projet, établi par exercice budgétaire et pour toute sa durée. Ce budget devra indiquer les contributions financières, matérielles et humaines de chaque partenaire.

Le soutien financier du Conseil Général sera réparti entre les EHPAD et les associations culturelles en fonction de leurs contributions au budget prévisionnel. L'aide aux EHPAD sera attribuée par la Direction des actions pour les personnes âgées et les personnes handicapées.

L'aide aux associations culturelles sera attribuée par la Direction de la culture et de la citoyenneté. L'aide cumulée aux deux porteurs du projet ne pourra pas dépasser 7 000 € par projet. Le Conseil Général ne pouvant être l'unique financeur du projet, les structures devront autofinancer une partie du projet et rechercher d'autres partenaires financiers privés ou publics.

L'aide financière du Conseil Général fera l'objet d'un seul versement. Toutefois un bilan et des pièces justificatives devront être transmis au terme de l'opération, dans un délai de deux mois maximum, et au plus tard le 1er mars 2012. A défaut, le Conseil Général se réserve le droit d'émettre un ordre de reversement en vu du remboursement de la subvention qui a été allouée.

LA PROCEDURE DE CANDIDATURE

Les projets *Temps mêlés* doivent être transmis au Conseil Général par voie numérique (d.biondini@cg33.fr et m.delvoye@cg33.fr) et par courrier (Direction de la culture et de la citoyenneté – esplanade Charles de Gaulle - 33074 Bordeaux cedex).

Les pièces à fournir sont : - la présentation des structures, des partenaires et des artistes, - le projet d'établissement de l'EHPAD, - la description et le bilan des actions de ce type menées précédemment, - les exposés des motivations de chacun dans l'implication de ce projet, - la présentation du projet : objectifs, partenaires, organigramme du projet calendrier, méthode d'évaluation..., - la description des actions envisagées, - les références des intervenants - le budget prévisionnel du projet précisant la participation financière de chaque structure suivant le formulaire ci-joint. Les personnes référentes du Conseil Général sont : Direction de la culture et de la citoyenneté - Dominique BIONDINI – d.biondini@cg33.fr - Cécile FERREIRA - 05 56 99 33 33 poste 54 46 – c.ferreira@cg33.fr Direction des actions pour les personnes âgées et les personnes handicapées - Marie Line MICHEAU HERAUD – m.micheau-heraud@cg33.fr - Myriam DELVOYE – 05 56 99 33 33 poste 58 09 - m.delvoye@cg33.fr La date limite de dépôt du dossier est le 15 novembre 2010. La sélection des projets sera effectuée le 22 novembre 2010.

Annexe 7 – Extrait du projet de l'association le Cœur à Marée Haute

VIE CULTURELLE DANS LES ETABLISSEMENTS POUR PERSONNES AGEES EN PERTE D'AUTONOMIE *une impulsion Lorientaise, une ambition régionale*

LE CŒUR A MAREE HAUTE 12, rue de Lafayette 56100 LORIENT
CONTACT/ Armelle SIMON 02 97 84 01 85 - 06 76 49 37 62
lecoeuramareehaute@gmail.com

**Ce projet s'inscrit dans l'esprit de « CULTURE et SANTE »
Convention signée en 1999 entre le Ministère de la Santé
et le Ministère de la Culture et de la Communication et renouvelée 2010.**

... » Rendre accessibles à chacun et en particulier à ceux qui en ont le plus besoin, les œuvres du patrimoine et les diverses formes d'expression et de création ; cette fenêtre ouverte sur l'esthétique et l'émotion peut contribuer à faire naître un désir d'art et de culture et par là aider à retrouver l'énergie et les forces de vivre nécessaires pour lutter... »

Extraits de la préface de Frédéric Mitterrand – Humanités 10 ans d'art et de culture dans les CHU

Naissance du projet

L'amélioration des conditions de vie dans les établissements pour personnes âgées est un sujet de réflexion et de recherche chez les professionnels de santé. C'est aussi un des enjeux de la politique de la vieillesse de demain. Les démarches spécifiques entreprises pour la fonctionnalité de l'habitat, la médicalisation, la professionnalisation du personnel contribuent grandement à améliorer la qualité de vie dans ces établissements, mais montrent les limites d'une prise en charge « technique et performante ».

L'être humain dans toutes les étapes de sa vie a des besoins fondamentaux d'expression personnelle et de vie intérieure, plus encore dans les établissements de retraite où la vie collective dissout parfois la singularité de l'individu et limite les choix personnels. La prise en compte de la personne humaine dans sa globalité doit inclure ses capacités, ses désirs sociaux et culturels...jusqu'au bout.

Partager des émotions, exprimer sa sensibilité, sa créativité, apprendre et découvrir encore sont des facteurs de bien-être et de lien tout aussi importants que les soins médicaux.

Maintenir la personne âgée dans sa dimension d'Être et de Citoyen, lui donner de la présence dans la ville sont le gage d'une société bienveillante qui se regarde et s'assume.

La médiation culturelle est un « biais » pour une approche sociétale de la vieillesse.

L'art est apparu en milieu hospitalier dans les années 2000 et les services gériatriques des CHU peuvent en bénéficier mais les maisons de retraite « indépendantes » y sont encore peu associées ou de manière ponctuelle.

L'objet de ce projet est donc de créer une programmation culturelle pérenne au sein des établissements qui le souhaitent en misant sur les richesses et les compétences artistiques de proximité.

L'association *Le cœur à marée haute* est née en septembre 2011.

Association de loi 1901 pour un projet collectif

Elle se positionne comme un outil de sensibilisation et de coordination de projets culturels.

**Interface entre les établissements pour personnes âgées, les structures et acteurs culturels, les municipalités
désireux de s'impliquer dans une démarche innovante et durable.**

I. DEFINITION DU PROJET

**CREER UNE PROGRAMMATION CULTURELLE
DURABLE DANS LES EHPAD
ETABLISSEMENTS D'HEBERGEMENT POUR PERSONNES AGEES DEPENDANTES**

MISER SUR LES ARTS & LE SPECTACLE

La musique, les arts plastiques, la poésie, la danse, le théâtre, le cinéma, la photo, la BD, le cirque, les arts de la rue ... toutes formes de création artistique de qualité

MOBILISER LES RICHESSES ET LES COMPETENCES ARTISTIQUES DU TERRITOIRE

- Prolonger les événements culturels de la ville jusque dans les maisons de retraite
- Associer les acteurs culturels de proximité dans des projets ciblés
- Solliciter l'enseignement supérieur sur des projets pédagogiques, artistiques et intergénérationnels : Ecole des Beaux Arts, Ecole de Musique et de Danse, Ecoles de Santé, Universités...
- Accueillir des artistes en résidence dans les établissements
- Restituer dans la ville les réalisations issues des projets développés

ADOSSER LES PROJETS A LA VIE CULTURELLE DU TERRITOIRE PERMET DE

- créer des connexions vivantes entre les établissements pour personnes âgées et la cité...et inversement
- de miser sur une programmation durable plus que sur un événement
- d'élargir la proposition artistique locale, de l'ouvrir à de nouvelles collaborations
- de combiner des projets inter-résidences, des financements inter-communaux
- de faciliter la mise en œuvre logistique et technique, de réduire les coûts des projets
- de contribuer à une pertinence de réseaux sociaux et culturels

II. FINALITES

- Maintenir la personne âgée en perte d'autonomie, dans sa dimension d'Être et de Citoyen, dans son désir et son droit à la culture
- Elargir une prise en charge réductrice de la vieillesse, (hébergement, soins, occupations) et développer le lien social et émotionnel
- Associer Art et soins : deux formes de résistance pour une amélioration du confort psychologique et une diminution de la souffrance liée au sentiment d'isolement
- Favoriser une conception globale de la personne et une politique vieillesse qui intègre la vie culturelle et intergénérationnelle comme facteur de prévention
- Changer les représentations sociales négatives de la vieillesse par un regard bienveillant qui assume le grand âge et la présence des aînés
- Changer l'image de la Maison de Retraite souvent perçue comme un lieu de rupture et de relégation et la réintégrer dans la ville
- Juguler la peur de la vieillesse qui en fait un motif d'exclusion

III. ENJEUX

Ce projet s'inscrit dans une recherche d'amélioration des conditions de vie des personnes âgées dépendantes et veut s'associer aux autres démarches entreprises pour :

- ❖ Une approche territoriale et sociétale de la vieillesse en Bretagne
- ❖ Une offre adaptée aux générations à venir qui depuis les années 60 ont un accès facilité à la culture
- ❖ Une application directe du « bien vivre ensemble »

- ❖ Un facteur d'attractivité pour les établissements existants : enjeu économique dans une société en mutation
- ❖ Des politiques décloisonnées génératrices de nouveaux comportements, de nouveaux emplois
- ❖ Un territoire plus uni et cohérent

Pour nous aussi ... demain

IV. L'ART ET LE SPECTACLE EN MILIEU GERONTOLOGIQUE, POURQUOI ?

➤ LE PLAISIR, L'ÉCHANGE, L'ÉMOTION

Accueillir, regarder, sentir, parler, rire, découvrir, s'émerveiller, aimer, critiquer, rêver, se rappeler, swinguer dans sa tête, échanger, s'évader, rencontrer, s'émouvoir, partager, créer, se sentir vivant, avoir envie, « avoir du goût » (bretonnisme pour « avoir plaisir à »)

La médiation artistique est un moyen d'expression très efficace. Les sentiments, les émotions peuvent exister et s'exprimer sans retenue et sans effort. Le plaisir éprouvé, les émotions partagées ont une résonance intérieure très positive.

➤ LE SENTIMENT D'APPARTENANCE

L'expression artistique réveille le sentiment intuitif d'appartenance et rassemble au-delà des clivages sociaux et des handicaps. Chez les personnes en perte de repères, âgées ou non, le partage d'émotion demeure un moyen d'échange, d'expression personnelle, de communication notamment quand l'expression verbale est difficile. Partager quelque chose de fort émotionnellement (résidents, artistes, personnel, famille,) resserre les liens affectifs et sociaux : les mêmes valeurs sont partagées.

Plus encore en fin de vie, lorsque l'histoire est faite, le champ des possibles réduit, miser sur les ressources individuelles, sur la fibre sensible permet de recentrer la personne sur sa qualité d'être humain, ses ressentis, sa richesse intérieure.

➤ LA MISE A DISTANCE

Les artistes portent un regard sensible sur le monde, avec cette capacité singulière à le sublimer. Un regard distancié, une interprétation « dématérialisée » de la vie aide à cheminer avec plus de légèreté, de spiritualité et reconsidérer son parcours de vie de façon plus sereine.

Quand avec l'âge les facultés s'altèrent, la sensibilité demeure, disponible pour s'exprimer sans tabou. Terrain commun à partager avec l'artiste et porte ouverte à toutes les interprétations, à la mise à distance des maux, du quotidien, des épreuves, et ... à l'humour aussi.

➤ UN OUTIL DE BIEN-ETRE POUR DES BENEFICES PARTAGES

Le personnel en charge des personnes âgées est soumis à un quotidien souvent difficile, confronté à la déchéance physique, psychologique, à la fin de vie. La professionnalisation des intervenants prépare à ces difficultés cependant le risque d'usure et de souffrance mais aussi d'éloignement de la personne humaine existe chez les soignants. Le besoin et l'attente « d'interventions extérieures » se sont exprimés au cours des échanges avec les professionnels rencontrés. Les arts et le spectacle rassemblent et apportent pour un moment, des échanges de personne à personne, bénéfiques aussi aux équipes soignantes.

Outre le plaisir des émotions partagées, la médiation artistique permet d'aborder d'une autre manière en dehors des protocoles de soins, des sujets spécifiques tels que la souffrance, le corps, la pudeur, la mémoire ...et d'autres thèmes liés à la personne humaine.

C'est un outil de sensibilisation et de formation dans les établissements de soin.

« L'art permet aux soignants de questionner leurs pratiques en l'observant et en l'analysant sous un nouvel angle. Il permet de préserver la dimension humaine, la bonne santé émotionnelle des soignants, conditions sine qua none de soins de qualité pour les bénéficiaires »

Extraits de « la santé émotionnelle dans le travail des soignants – Michèle Benoit CSF Management Arles

En cela, la médiation artistique dans les établissements pour personnes âgées est un facteur de bien-être dont les bénéfices sont partagés.

Dans une société qui célèbre la jeunesse et la performance, dans un contexte économique de budgets restreints, faire entrer **les arts et le spectacle** dans les maisons de retraite peut paraître ... inopportun. Cependant, portés par des convictions et des volontés, les projets solidaires fleurissent plus encore en période difficile. Parce que nous savons que les choix de société, les valeurs humanistes qui les animent sont issus d'engagements citoyens, d'accompagnement politique et dépassent la seule question financière.

S'agissant dans ce projet d'actions durables et professionnelles, le financement ne peut être ignoré. Mais, des complicités astucieuses, des collaborations imaginatives, peuvent déjouer l'obstacle du financement aisément opposable en période de crise. Si la politique régionale, les municipalités soutiennent ces démarches, si collectivement sur l'ensemble des territoires, les acteurs culturels s'engagent pour étendre leur « terrain de jeu », les coûts de mise en œuvre peuvent être largement réduits.

Des idées partagées, des actions concertées et globales plutôt que des budgets qui s'additionnent.

La Bretagne est une région fertile en événements artistiques qui mobilisent sans efforts des bénévoles, mutualisent des compétences, investissent des quartiers et des secteurs parfois éloignés des centres urbains et ça marche !

Il s'agit dans ce projet d'aller vers un public un peu oublié et d'étendre la « toile culturelle » jusque dans ces lieux proches de nous mais souvent relégués. Délocaliser l'offre artistique et l'ouvrir à un public « en retrait » est une conception citoyenne de la culture. C'est pour les artistes aussi une source de créativité dans des contraintes nouvelles ; pour les jeunes générations de créateurs un enrichissement et d'autres perspectives.

Afin que « nos vieux », objets de soins et d'études, de statistiques et de prospectives, restent des **Sujets** toujours dans la vie et dans la ville.

V. LES ACTIONS



Actions concrètes engagées sous l'impulsion de **le Cœur à marée haute**
EDILYS LORIENT EHPAD « pilote » du projet expérimental de l'association pour 2012/2013

A Lorient

Théâtre l'échange : Les résidents d'EDYLIS, Jean Le Scouarnec ...M de la Fontaine et ses fables
Convention signée entre le Théâtre et EDILYS

Edylis Lorient & Le Cœur à marée haute travaillent à une programmation annuelle pour les résidents

L'Ecole de Musique de Lorient les résidents d'EDYLIS, Philippe JANVIER et ses élèves . collectage des chansons de l'enfance. Partenariat en cours

Concert de musique baroque juin 2012

A Larmor Plage

Le Printemps des poètes, le Service culturel de proximité de Lorient, les résidents des EHPAD de la ville, ... les livrets de poèmes édités en

GRANDS CARACTERES

Le Foyer Logement de Kerderff & Le Cœur à marée haute travaillent à une programmation culturelle en lien avec les événements de la commune



Les projets

Le Pôle Sanitaire et Social de Lorient Inclut dans son cycle de conférences la journée thématique « Médiation artistique et personnes âgées » proposée par **le Cœur à marée haute** le 14 novembre 2012

Cinéambule

Cinéma ambulant dans les maisons de retraite

Construction d'un décor mobile

« Mes passions n'ont pas une ride » Documentaire réalisé avec les résidents des maisons de retraite qui nous parlent de leurs passions : musique, danse, théâtre, peinture...

Histoires de vie, travail photographique de Daniel CHALLE avec les résidents de EDILYS LORIENT
Restitution dans la ville lors des 20^e Rencontres photographiques 2013 à la Galerie Le Lieu à Lorient

Annexe 8 - Charte du développement culturel du CH Guillaume Régnier, Rennes

CHARTRE DU DEVELOPPEMENT CULTUREL du C.H. "Guillaume REGNIER" de Rennes

**

“Grâce à l’art, au lieu de voir un seul monde, le nôtre, nous le voyons se multiplier, et plus il y aura d’artistes originaux, plus nous aurons de mondes à notre disposition”.

Marcel PROUST

Décembre 2005

PREAMBULE :

Une convention nationale entre le ministère de la santé et le ministère de la culture, signée le 4 mai 1999, a créé une synergie, accueillant les projets des différents hôpitaux. Elle permet des liens étroits avec les artistes et les différents équipements culturels de la cité. Le Centre Hospitalier Guillaume Régnier, déjà engagé dans des pratiques culturelles et artistiques, s’est associé pleinement à ce processus en lien avec la Direction Régionale des Affaires Culturelles. Il intègre ce développement culturel dans son projet d’établissement à travers cette charte.

La Culture au CHGR est un vecteur essentiel pour tout citoyen. Elle permet notamment aux patients de sortir de l’isolement du à la maladie. Elle favorise la création de nouveaux liens. Elle suppose un accompagnement à la création et des ouvertures de l’établissement à son environnement. Elle produit des espaces de rencontres soutenus par les projets de service et les associations du CHGR où chacun selon sa place peut s’exprimer selon son désir. Elle se veut plus proche des personnes et va au devant d’elles. Quant aux artistes, ils s’enrichissent à se confronter à d’autres publics, à d’autres espaces.

INTRODUCTION :

Le Centre Hospitalier a soutenu depuis de nombreuses années la mise en place de médias, d’espaces, de passerelles à l’intérieur de l’établissement et dans la cité avec des intervenants artistes. Selon le choix inhérent à chaque projet de service, ces pratiques artistiques et culturelles peuvent être favorisées afin d’en permettre

l’accès aux usagers et aux agents.

Les pratiques culturelles et artistiques restent peu connues et peu diffusées. Il s’agit d’en promouvoir la diffusion vers la cité. Cela suppose la création de liens privilégiés avec les équipements culturels de la région par le moyen de conventions, de jumelages et d’actions communes afin d’agir sur le long terme.

L’information culturelle et la valorisation des actions supposent des temps d’échanges, des groupes de travail, de rencontres.

Cette charte, après proposition aux services intéressés permet une mutualisation des élaborations et des actions.

Elle s’inscrit dans l’histoire déjà longue des rencontres entre l’art et la psychiatrie et formalise cette nouvelle dynamique.

PRINCIPES GENERAUX :

Article 1 :

La culture est une autre approche pour aborder le quotidien de la psychiatrie. Les projets culturels et artistiques concernent l’ensemble des services et structures du Centre Hospitalier Guillaume Régnier. Ils s’adressent à tous les patients, quels que soient leur pathologie et leur âge.

Article 2 :

Chaque service ou structure est libre d’adhérer à la charte.

Article 3 :

L’adhésion suppose une inscription des pratiques culturelles dans le projet de service, garantie d’un suivi régulier des actions, d’un accompagnement et d’une attention aux projets des intervenants artistes. Chaque partenaire, tout en conservant son identité et ses références s’ouvre à la rencontre, au débat et au partage de ses interrogations.

LES PROJETS CULTURELS :

Article 4 :

Les projets culturels s’appuient sur le désir de chacun (professionnels et patients) d’en devenir les acteurs. L’initiative de participer ou pas, de produire, d’exposer, de participer aux bilans et projets doit être garanti. Les projets non seulement existent, mais doivent aussi s’interroger, évoluer voire s’arrêter.

Article 5 :

Le projet de développement culturel suppose des espaces, des passerelles, des temps réguliers d'ateliers mais aussi des séjours culturels, des sorties, des accueils d'artistes en résidence, des participations à des actions dans la cité avec divers publics... Ces moments et ces temps peuvent être individualisés ou partagés à plusieurs. Ils peuvent être propres à l'établissement ou établis en convention avec l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, la DRAC ou autres (fondations, associations...). Ils permettent des partenariats avec des acteurs culturels, associatifs, etc.

Article 6 :

Le projet de développement culturel doit tenir compte de deux dimensions : celle de la Culture fondée sur l'échange, le lien social et celle de l'Art accueil de l'exception, de la subversion, du dérangement.

LES ESPACES CULTURELS :

Article 7 :

Les espaces culturels accueillent et favorisent la circulation des savoirs, des expériences et des cultures singulières. Ils favorisent le sentiment d'appartenance et d'existence sociale.

Article 8 :

Les espaces culturels prennent appui sur la motivation, le dynamisme, la capacité d'invention et la réflexion des équipes et sur les savoirs, les compétences, les exigences créatives des intervenants artistes.

Article 9 :

Les espaces culturels doivent se situer dans des lieux particuliers de l'établissement favorisant les meilleures conditions de réalisation de ces moments artistiques. Les résidences d'artistes, les lieux culturels dans l'établissement permettront de nouer des contacts avec la cité à partir des moments culturels initiés dans l'établissement.

LA COMMISSION CULTURELLE :

Article 10 :

Pour garantir les principes généraux énoncés dans la chartre et promouvoir le projet de développement culturel de l'établissement, une commission culturelle sera créée.

Article 11 :

La commission culturelle associant des représentants des associations et des services de l'établissement, de médecins représentants de la Commission Médicale d'Etablissement, de représentants de la Direction et des usagers, assurera la transversalité, le suivi et le développement des actions entreprises.

Annexe 9 - Liste des jumelages du Cercle des partenaires

Liste des jumelages

REGION	ETABLISSEMENT HOSPITALIER	EQUIPEMENT CULTUREL	DISCIPLINE ARTISTIQUE	PUBLIC CONCERNE	PARTENAIRE
Alsace	Centre Hospitalier de Rouffach	La Filature (Scène Nationale)	Spectacle vivant, danse, cinéma	Psychiatrie enfants et adolescents	Les Laboratoires Servier
Alsace	Centre Hospitalier de Rouffach	Théâtre du Peuple de Bussang	Théâtre	Psychiatrie personnes âgées dépendantes	*
Alsace	Centre Hospitalier de Rouffach	Médiathèque Départementale de Colmar	Ateliers d'écriture et de lecture	Personnes âgées	*
Alsace	Services Pédiatriques du CHU de Hautepierre - & Hôpital Civil	Ass. Musique et Santé	Musique	Pédiatrie et Pédopsychiatrie	Roche
Aquitaine	CH Charles Perrens, CH Cadillac, Centre de La Tour de Gassies - Association Rénovation	Cie théâtrale "Théâtre'action" - Projet "Persona"	Théâtre et musique	Psychiatrie Adultes	Les Laboratoires Servier
Auvergne	Centre Hospitalier Sainte Marie - Le Puy en Velay	Cie Brut de béton - Aujourd'hui ça s'appelle pas	Théâtre	Autisme	Fondation Ronald McDonald
Auvergne	Centre Hospitalier de Montluçon	Ass. Sushipop	Graffiti	Pédiatrie & Pédopsychiatrie	Fondation Ronald McDonald
Bourgogne	CH Mâcon	Musée des Ursulines de Mâcon	Musée Arts Plastiques Ecriture	Psychiatrie Enfants	Fondation Electricité de France
Bretagne	Centre Hospitalier Regnier de Rennes et Fougères	Equipements Culturels de Rennes	Arts plastiques, Ecriture, Musique, Danse	Psychiatrie	GlaxoSmithKline
Centre	CHR Orléans	Médiathèque et autres équipements culturels	Lectures théâtralisées, Musique, ...	Médecine générale Adultes	Roche
Guadeloupe	Tous établissements Région	Ass. Musique et Santé - Ass. Tournesol	Musique	Enfants	Fondation Air France (Pour examen en 2006)
Ile de France	CH Paul Brousse (Villejuif)	Ass. Musique et Santé	Musique	Gérontologie	Les Laboratoires Servier
Ile de France	Hôpital de jour "Le Pradon" (Sainte Geneviève des Bois)	Centre de Musiques et Danses traditionnelles - Ass. Totems et Tambours - Ass. Les Bouches Décousues	Danse et Musique	Psychiatrie Enfants Autisme	Les Laboratoires Servier
Ile de France	CHU de Bicêtre	Ass. Artistes à l'Hôpital - Sami Hakimi	Musique	Pédiatrie	Sanofi-Aventis
Ile-de-France	C.A.T. La Montagne - Cormeilles en Parisis	Théâtre du Cristal - l'Apостrophe (Scène Nationale de Cergy)	Théâtre	Handicap adultes	Fondation France Telecom
Ile-de-France	Hôpital de Nanterre (C.A.S.H.)	Théâtre des Amandiers, Ass. Tournesol, ...	Théâtre	Médecine générale Adultes	Fondation Internationale Carrefour
Ile-de-France	Institut Curie (Paris)	Théâtre du Chaudron Le Regard du Clown	Théâtre	Oncologie pédiatrique	Fondation Internationale Carrefour
Ile-de-France	Centre de Bullion	Arts dans la Cité	Arts Plastiques	Adolescents	GlaxoSmithKline
Languedoc-Roussillon	I.M.E. Les Violettes Bagnols sur Cèze	Association Pierre d'Art	Musique, Conte	Autisme	Fondation France Telecom
Languedoc-Roussillon	Hôpital Arnaud de Villeneuve Montpellier	Théâtre En Flammes CreaTEF Productions	Théâtre	Pédiatrie	Fondation Internationale Carrefour
Languedoc-Roussillon	CHU La Colombière - Montpellier	Ass. Les Murs d'Aurelle - La Maison des Expressions	Ecriture - Théâtre	Psychiatrie Adultes	Sanofi-Aventis
Midi-Pyrénées	Hôpital Joseph Ducuing (Toulouse)	b.b.b.	Arts Plastiques (Résidences d'artistes)	Soins Palliatifs	Fondation Electricité de France
Midi-Pyrénées	CHU - Hôpital de Purpan	Les Semeurs de Mots	Lecture	Soins Intensifs et Réanimation	Fondation Internationale Carrefour

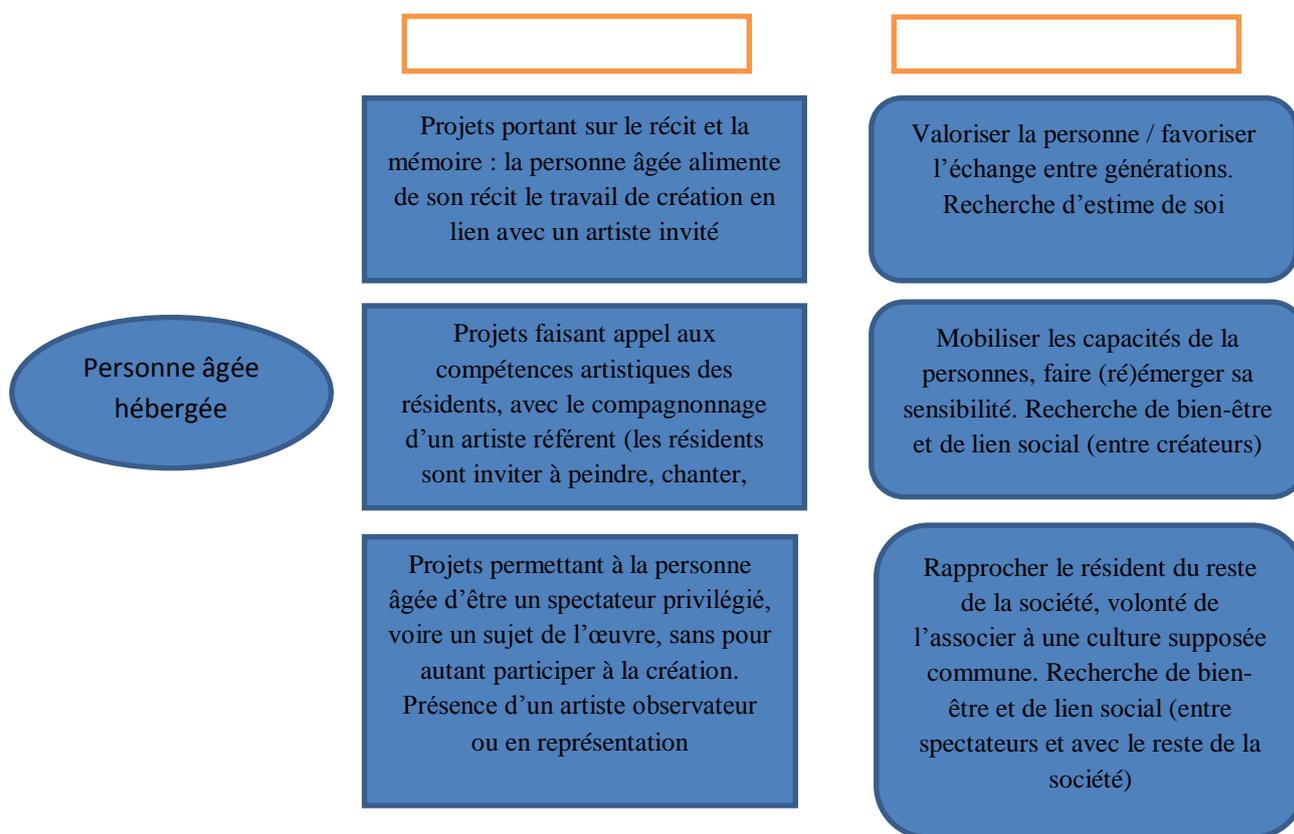
Liste des jumelages

Midi-Pyrénées	Hôpital des enfants de Toulouse	Théâtre de La Cavale	Marionnettes	Pédiatrie	Fondation Ronald McDonald
Midi-Pyrénées	CHU Saint Joseph de La Grave	Hôpital Sourire (& Pascal Portejoie)	Percussions	Psychiatrie Infanto-Juvenile	GlaxoSmithKline
Midi-Pyrénées	CHU de Toulouse		Chant	Pédiatrie	Sanofi-Aventis
Pays de Loire	Centre Charlotte Blouin (Déficiences auditives)	ARTEMISS + théâtres et festivals (Philippe Lecoq)	Théâtre	Jeunes sourds	Fondation Ronald McDonald
Pays de Loire	CHU Nantes et CH Saint Nazaire	ADDM Loire Atlantique	Musique	Pédiatrie (Oncologie, chirurgie et médecine)	Roche
Picardie	CMP de Creil	Centre Culturel La Falencerie - Théâtre de Creil	Théâtre	Handicap Mental - Enfants	Fondation Electricité de France
Picardie	IME de la Baie de Somme	Musée de Picardie	Arts Plastiques - Percussions - Ecriture - Photographie	Psychiatrie Enfants et Adolescents	Fondation Electricité de France
Picardie	Centre Hospitalier de Beauvais	Cie Chorégraphique Marie Devillers	Danse	Pédiatrie - Gérontologie	GlaxoSmithKline
Picardie	CHU d'Amiens	Centre Culturel * Le Safran*	Arts Plastiques	Psychiatrie Enfants et Adolescents	GlaxoSmithKline
Provence Alpes Côte d'Azur	Hôpital Montperrin d'Aix-en-Provence	Centre d'Art Contemporain 3 Bis F	Arts Plastiques	Psychiatrie Adultes	Fondation Electricité de France
Provence Alpes Côte d'Azur	Hôpital Paul Desbief (Marseille)	La Minoterie - Théâtre de la Joliette (Cie. Hélios)	Théâtre - Ecriture	Médecine générale Adultes	Fondation Internationale Carrefour
Provence Alpes Côte d'Azur	AP-HM Hôp. Nord et La Timone	Association Musique et Santé	Musique	Néonatalogie et prématurés	Fondation Ronald McDonald
Provence Alpes Côte d'Azur	Hôpital Sainte Marguerite (Marseille)	Ass. Musique et Santé	Musique	Gérontologie	Les Laboratoires Servier
Provence Alpes Côte d'Azur	Centre Hospitalier d'Avignon	Compagnie Mise en Scène	Lecture Théâtre	Oncologie Adultes	Sanofi-Aventis
Rhône-Alpes	CH Saint Laurent du Pont	Musée de Bourgouin Jallieu	Arts Plastiques	Enfants (Hôpital de jour)	Fondation Ronald McDonald
Rhône-Alpes	Maison d'Accueil de La Fougeraie	Ass. "Vivre aux éclats"	Clowns	Enfants polyhandicapés	Fondation Suez
Rhône-Alpes	CMPR Les Beaumes (ADAPT)	Ass. Amalgame	Théâtre, Chant, Danse	Medecine Physique et Réadaptation	Les Laboratoires Servier

18

Annexe 10 -

Schéma sur la spécificité du travail artistique avec la personne âgée



Que l'initiative des artistes soit ou non impulsée par les pouvoirs publics, qu'elle réponde à une demande des patients, les rencontres entre le monde du soin et l'art se sont déclinées de manières diverses. Elles impliquent pour les artistes un travail spécifique souvent décliné comme le montre le schéma ci-dessus.

Annexe 11 - Témoignages de l'apport professionnel

Attachés d'administration hospitalière (AAH)

Avoir travaillé en interfiliarité a été enrichissant d'un point de vue professionnel et personnel, car ce module a permis de confronter différents positionnements sur une thématique spécifique. Nos échanges ont été constructifs et ont permis de développer notre ouverture d'esprit et certaines compétences pour travailler en groupe, compétences nécessaires dans l'exercice de notre futur métier d'AAH. Cette étude a également enrichi nos connaissances sur le sujet de la culture dans la santé, qui pourrait être en lien avec nos missions à venir.

Directeur d'établissements sanitaires, sociaux, médico-sociaux (DESSMS)

Etant directement concernées par la personne âgée aujourd'hui au cœur de l'institution en tant qu'utilisateur, ce document deviendra pour nous un réel outil de travail afin d'impulser une dynamique culturelle en établissement. Notre positionnement de direction sera de mobiliser le personnel, favoriser une politique de formation culturelle, intégrer un projet culturel au projet d'établissement. En outre, cet outil « culturel » peut être un atout majeur dans un contexte de nécessaire ouverture de l'établissement sur son environnement.

Directeurs d'hôpital (DH)

Travailler sur la thématique « Culture et Santé » dans le cadre du MIP a été un choix volontaire de notre part, guidé par une volonté d'explorer un champ d'action déconnecté du fonctionnement institutionnel hospitalier tel que nous le connaissons. Les échanges, tant au sein du groupe pluridisciplinaire qu'avec les professionnels interviewés, ont été enrichissants et nous ont permis d'appréhender le potentiel que représente l'apport de la culture en milieu soignant. Nul doute que nous y serons sensibles lorsque nous nous retrouverons en tant que membre d'une équipe de direction.

Directeur de soin (DS)

En qualité de directeur des soins chargée de formations initiales infirmières, aides soignants, le thème du module « Culture à l'Hôpital » m'a permis d'acquérir des connaissances sur le dispositif que je connaissais peu. Les entretiens menés, les lectures faites, m'ont fait percevoir l'importance de sensibiliser les futurs professionnels à l'intérêt d'intégrer la culture dans les projets de soins et dans leurs pratiques professionnelles. Cette sensibilisation nécessite en amont que j'impulse auprès des formateurs une dynamique afin qu'ils effectuent un réajustement des projets pédagogiques.

Inspecteurs de l'action sanitaire et sociale (IASS)

Ce travail a été l'occasion pour nous d'avoir une approche véritablement transversale d'un dispositif de santé publique que nous pourrions dans nos missions être amenées à mettre en œuvre. Nous avons d'ailleurs pu rencontrer des IASS en fonction directement en charge du dispositif étudié. L'interfiliarité du module nous a permis de nous confronter à des logiques de travail différentes, fait incontournable dans notre futur environnement professionnel (travail avec des directeurs d'établissement, des associations, d'autres directions ministérielles ...)

Médecin inspecteur en santé publique (MISP)

L'essentiel de l'apport de ce module interprofessionnel au métier de MSIP réside en la confrontation avec des personnes de formations différentes dont la culture est relativement éloignée de l'univers du médecin inspecteur. Des savoir-faires spécifiques à ces filières plus "administratives" sont mobilisés et sont très instructifs. Je pense par exemple à l'aisance à retrouver des références législatives sur Légifrance ou la rigueur dans la réalisation d'un budget. Le travail en groupe, d'autant plus s'il est pluri-disciplinaire, est un exercice précieux puisque le rapprochement d'intervenants de différents secteurs, la régulation, le partage d'expériences, font partie intégrante de la mission de santé publique du MISP. Les directeurs ou administrateurs d'établissements sociaux ou médico-sociaux, extérieurs aux ARS, seront en outre dans le futur des partenaires fréquents.

Thème n°4

Animé par : CHAUVIN Karine (sociologue) et MOHAER Françoise (psychosociologue)

CULTURE ET SANTE :

un dispositif co-construit, dont la pérennisation reste à conforter

ALSIBAI Sophie (MISP) ; ANGOT Nathalie (AAH) ; BOUTET Magali (DESSMS) ; FOURNIER Alexandre (DH) ; GONZALEZ François (DS) ; GOUNAUD Hélène (DESSMS) ; MUNCH Erell (DESSMS) ; PERICARD Marielle (IASS) ; PIREDDA Aurélie (IASS) QUINTARD Cynthia (AAH) ; THOMAS Sylvia (DH)

Résumé :

La convention nationale du 6 mai 2010 entre les ministères de la Santé et de la Culture avait pour ambition de donner au dispositif "Culture à l'Hôpital", rebaptisé à cette occasion "Culture et Santé", un second souffle, en l'ouvrant explicitement au secteur médico-social. Or ce dispositif n'est que faiblement doté dans le projet de loi de finances pour 2012. Le rapprochement de ces deux mondes, dont la connexion n'est pas évidente a priori, apparaît pourtant à bien des égards souhaitable, voire incontournable.

En effet, les actions culturelles dans les établissements de santé se développent et les établissements médico-sociaux n'ont pas attendu l'impulsion ministérielle pour ouvrir leurs portes aux projets culturels. L'élargissement du dispositif "Culture et Santé" au secteur médico-social permet de transposer notamment aux personnes âgées le principe de la rencontre entre l'artiste et le malade. Le secteur étant caractérisé par des durées de séjour plus longues qu'à l'hôpital et par des questionnements essentiels (la vie, la mort, la maladie, le handicap, la dépendance), l'échange entre l'artiste et le résident peut s'avérer fructueux, du moins repensé, pour l'un comme pour l'autre.

Parallèlement certains freins non négligeables tendent à réduire la portée de cette rencontre : les contraintes financières, les débats autour de la notion de culture, les moyens humains souvent considérés comme insuffisants, les dispositifs peu lisibles et en perspective des représentations sociales encore souvent difficiles à dépasser.

Afin que cette réflexion soit également force de proposition, il est apparu opportun de proposer des préconisations : la révision du pilotage institutionnel et des recommandations aux porteurs de projet.

Mots clés :

Culture – Santé – Hôpital – EHPAD – Personnes âgées – Qualité – Projet – Partenariat

L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs