



EHESP

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2017 –

**ART EN ETABLISSEMENT
CULTURE ET SANTE**

– Groupe n° « 13 » –

- | | |
|-----------------------------|------------------------------|
| – BONAFOUS Valentine | – GRIS Alexandre |
| – BUCHERIE Soffian | – NOVIANT Emma-Lou |
| – CHABOD Anne-Gaëlle | – PAUZE Frédéric |
| – CHONE Bertille | – PERRIGAUD Raphaëlle |
| – GARNIER Quentin | |

Animateur/trice(s)

- *LACOUR* Lydia
- *GOUABAULT* Pierre

S o m m a i r e

Approche méthodologique.....	2
Préambule.....	4
Introduction.....	5
1 État des lieux.....	9
1.1 Cadre de la politique culturelle.....	9
1.1.1 Historique du cadre de la politique culturelle en établissement.....	9
1.1.2 Le cadre actuel de la politique culturelle en établissement.....	10
1.2 Galaxie des acteurs.....	12
1.3 Chiffres-clés.....	14
2 Les retombées d'une politique culturelle.....	17
2.1 Impacts sur les différents acteurs de la politique culturelle à l'échelle du territoire de santé.....	17
2.1.1 Inscription de l'utilisateur dans une démarche citoyenne.....	17
2.1.2 Amélioration de la qualité de vie au travail et valorisation des pratiques professionnelles des personnels soignants et médicaux.....	17
2.1.3 Une influence positive sur la stratégie de l'établissement.....	18
2.1.4 Le développement d'une dynamique territoriale, via le dispositif « Culture et Santé ».....	19
2.2 La difficile question de l'évaluation.....	20
2.2.1 Une politique culturelle suscite des attentes diverses.....	20
2.2.2 La politique culturelle admet des définitions variables.....	21
2.2.3 Une politique difficile à évaluer de manière objective.....	21
2.2.4 Une politique qui s'évalue dans le temps.....	23
3 Des clés de réussite pour mettre en œuvre une politique culturelle en établissement.....	24
3.1 Le chef d'établissement doit avoir un rôle central mais non exclusif.....	24
3.2 Inscrire la politique culturelle dans le projet d'établissement.....	24
3.3 Un responsable culturel doit être clairement identifié au sein de l'établissement.....	25
3.4 Mettre en place des instances <i>ad hoc</i> et des relais pour co-construire la politique culturelle.....	25
3.5 Une offre culturelle avant tout fondée sur les besoins des services.....	26
3.6 Une offre culturelle exigeante et diversifiée.....	26

3.6.1 Des artistes et des projets de qualité.....	26
3.6.2 Une offre culturelle diversifiée.....	27
3.7 Choisir le bon mode de financement.....	28
3.7.1 Cerner les attendus des appels à projet.....	28
3.7.2 La participation financière des collectivités territoriales.....	29
3.7.3 Le mécénat des entreprises privées.....	29
3.7.4 Financement sur fonds propres.....	29
3.8 Prendre le temps de créer un partenariat.....	30
3.9 Communiquer et valoriser, en interne et en externe.....	31
3.10 Suivre et évaluer.....	31
Conclusion.....	33
Sources.....	34
Liste des annexes.....	I

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

Nous tenons à remercier Lydia LACOUR et Pierre GOUABAULT, responsables de ce module interprofessionnel, pour leur encadrement, leur écoute et la qualité des rencontres qu'ils nous ont permis de réaliser.

Nous remercions François-Xavier SCHWEYER et Françoise LIOT pour leurs analyses sur l'historique et les enjeux de l'actuel dispositif des politiques culturelles au sein des EPS et ESSMS.

Nous tenons également à remercier les différents professionnels, Medhi IDIR, Séverine LEGRAND, Laetitia MAILHO, Alexandra MARTIN, Caroline QUESSANDIER, Bernard RIGAUD qui nous ont apporté leurs expertises sur les projets art et santé mis en place dans les EPS et ESSMS.

Nous souhaitons remercier la direction et les personnels des établissements et les nombreux artistes qui nous ont reçus.

Nous remercions enfin tous ceux, trop nombreux pour les citer, qui nous ont aidés à mener à bien ce travail.

Liste des sigles utilisés

AP-HP	Assistance Publique - Hôpitaux de Paris
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS	Agence Régionale de Santé
CD	Conseil Départemental
CH	Centre Hospitalier
CHS	Centre Hospitalier Spécialisé
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CRCI	Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation
CRUQPC	Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge
CSP	Code de la Santé Publique
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DRAC	Direction Régionale des Affaires Culturelles
EPD	Établissement Public Départemental
EPS	Établissement Public de Santé
EPSM	Établissement Public de Santé Mentale
ESSMS	Établissements et Services Sociaux et Médico-Sociaux
FHF	Fédération Hospitalière de France
GCS	Groupement de Coopération Sanitaire
GCSMS	Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
HPST	Hôpital, Patient, Santé, Territoire (Loi)
TVA	Taxe sur la Valeur Ajoutée

Approche méthodologique

1) Choix des entretiens

Le Module Inter-Professionnel n°13 s'inscrit dans le prolongement d'un travail mené l'année dernière par des élèves de l'École des Hautes Études en Santé Publique. Ce travail s'était achevé par la tenue d'un Colloque « Art & Santé ». L'encadrement du présent MIP étant pour partie réalisé par l'un des organisateurs du Colloque, il a semblé pertinent - afin de s'inscrire dans une continuité - d'interroger une partie des professionnels présents l'an dernier.

Dès le début de la session de travail, les deux encadrants du MIP nous ont présenté une liste d'artistes, d'universitaires et de professionnels du monde de l'art et de la santé. Afin d'optimiser au maximum les rencontres, les intervenants avaient pris la précaution de fixer des rendez-vous avec tous ces acteurs. La liste exhaustive des personnes interrogées dans le cadre de ce MIP est disponible en annexe 1.

2) Création de la grille d'entretiens

Les deux premiers jours de travail ont été consacrés à la création d'une grille d'entretien. Pour ce faire, le groupe a longuement interrogé les grandes notions et les définitions. Nous avons essayé d'envisager le sujet sous l'angle d'un guide pratique à destination des décideurs du monde de la santé. De ce fait, la question de l'art et de la santé a été débattue sous tous les angles (économique, juridique, émotionnel...). La grille d'entretiens reflète ce questionnement (annexe 2).

Le groupe a fait le choix, au vu de la diversité des acteurs, de garder une trame générale de 13 questions, complétée le cas échéant en fonction du parcours de la personne interrogée et des informations fournies par elle.

3) Déroulé des entretiens

Lors des premiers jours de réflexion commune, nous sommes arrivés à la conclusion qu'une politique culturelle, pour faire sens, doit être constatée *de visu*. Afin de

créer une dynamique et de profiter au mieux des entretiens, nous avons fait le choix de privilégier les déplacements de groupe. Chaque membre de l'équipe s'est rendu dans au moins une ville étape (Bordeaux, Rouen/Grugny, Paris, Lyon).

En amont des entretiens, et pour les préparer au mieux, deux référents ont été nommés par ville. Ces référents ont eu pour mission d'une part d'assurer la logistique du déplacement et d'autre part, de se renseigner sur le parcours des personnes interrogées afin de préparer des questions spécifiques.

Au cours des entretiens, nous avons laissé le choix du lieu et de la durée aux personnes rencontrées. Nous avons systématiquement débuté les entretiens par un rappel sur le MIP et notre sujet, avant de demander l'autorisation à la personne concernée de l'enregistrer et d'utiliser les renseignements fournis dans le cadre de notre travail.

Afin d'optimiser les entretiens, il a été décidé que les référents poseraient les questions tandis que les autres membres du groupe prendraient des notes. Toutefois, chacun était libre de poser des questions supplémentaires au fil de l'entretien.

Préambule

Ce travail est le fruit d'une proposition de l'école, dans laquelle nous nous sommes engagés avec force. Le sujet de l'art et la santé nous pose diverses questions. Surtout, nous souhaitons compléter l'enseignement que nous recevons à l'EHESP par une approche de terrain originale des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

Les définitions sont données en introduction, mais nous voulons expliquer le sens de notre engagement dans ce projet interprofessionnel.

Nous partons de préjugés « courants » afin d'élaborer une problématique et des questions pour nos futurs entretiens avec des professionnels. Ces a priori constituent notre point de départ pour rédiger ce dossier :

- L'art serait un « gadget », il serait donc secondaire en EPS et ESSMS.
- Dans un contexte économique tendu, les décideurs ne penseraient pas ou plus à la culture.
- Les établissements ne disposeraient pas des compétences spécifiques nécessaires pour mettre en place une politique culturelle en établissement.

En tant que futurs cadres administratifs d'EPS et d'ESSMS, nous aimerions prendre part à ce type de projet, voire les impulser dans nos futurs établissements.

L'objectif est pour nous d'identifier les leviers et les freins de projets culturels, la place et la légitimité de la culture en établissement et de fournir des clefs de mise en place d'une politique culturelle aux professionnels intéressés. Les questions qui nous animent dans ce dossier sont la compréhension de l'interaction entre culture et santé, mais aussi l'identification de notre rôle dans ces projets culturels.

Ce travail se fonde sur des études de cas et ne saurait apporter une réponse unique à ce qu'est la politique culturelle dans les établissements.

Introduction

« *En rendant 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, le ministère est, plus que jamais, fidèle à la mission qui est la sienne depuis sa fondation par André Malraux* »¹. A l'occasion du renouvellement de la Convention « Culture et Santé » en 2010, Frédéric Mitterrand, alors Ministre de la Culture, souligne la nécessité de rendre accessible la culture en établissement.

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

Il peut être difficile de construire une politique culturelle structurée et cohérente dans les établissements publics de santé² et les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux³ alors que ces derniers sont confrontés à de multiples contraintes. Pour Yann Bubien, directeur général du CHU d'Angers, « *créer une véritable politique culturelle hospitalière suppose de réconcilier l'art, le patrimoine et les cultures professionnelles* »⁴.

La culture est polysémique, « *tantôt elle englobe tout le phénomène humain pour s'opposer à la nature, tantôt elle est le résidu où se rassemble tout ce qui n'est ni politique,*

¹ MITTERAND Frédéric, « Un droit fondamental de la personne et du citoyen », *Humanités – 10 ans d'arts et de cultures dans les CHU*, édité par la Conférence des Directeurs Généraux de CHU.

² Les établissements publics de santé sont des personnes morales de droit public, assurant des missions de service public et qui sont contrôlés par les autorités de l'État. On peut en différencier plusieurs types : les centres hospitaliers universitaires (CHU), les centres hospitaliers (CH), les centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie et les hôpitaux d'instruction des armées.

³ L'ensemble des services et établissements relevant de la loi du 2 janvier 2002 qui sont sanitaires, sociaux et médico-sociaux recouvrent une multitude de champs (la personne âgée dépendante, le handicap, la protection de l'enfance, etc.).

⁴ Bubien Yann, Even Rachel, Glorion Bernard *et al.*, « Culture à l'hôpital, culture de l'hôpital », *Les Tribunes de la santé*, 2004/2 (n° 3), p. 57-65

ni économique, ni religieux »⁵. Dans notre approche, nous nous limiterons à l'art qui est le produit de l'activité humaine et donc d'une culture déterminée. L'art regroupe les objets symboliques valorisés que constituent les œuvres culturelles dans les sociétés (littérature, philosophie, etc.)⁶. La culture et l'art nous élèvent parce qu'ils nous interpellent, éveillent notre regard sur le monde ; « *c'est ce qui nous permet de devenir autre chose que ce nous sommes* »⁷.

Depuis la création des hôpitaux, jadis appelés « hôtels-Dieu », « hospices » ou encore « Maison-Dieu », les établissements de soins ont toujours entretenu des liens avec les artistes. En retour, les hôpitaux ont eux-mêmes permis de guérir les artistes, à l'image de Vincent Van Gogh, dont le séjour à l'asile de Saint-Rémy de Provence lui a permis de réaliser près de 150 œuvres en une cinquantaine de semaines. Par ailleurs, l'architecture, la sculpture ou la peinture ont longtemps magnifié les hôpitaux. « *Les tableaux, tel le retable d'Issenheim de Matthias Grünewald, exposés dans les salles des malades, encourageaient ces derniers à supporter la souffrance et les aidaient à l'approche de la mort à une époque où la médecine se réduisait à des soins basiques du corps* »⁸. De ce fait, l'histoire a légué aux hôpitaux un patrimoine considérable, mobilier (tableaux, sculptures, apothicairerie, etc.) et immobilier (hôtel-Dieu, chapelles, etc.).

Aujourd'hui, la culture ne s'entend plus uniquement sous le prisme matériel. Elle s'installe dans les établissements à travers des ateliers, des clowns, des musiciens, des performances etc. souvent portée par le milieu associatif, à l'instar de « Rire médecin » ou de « Tournesol, artistes à l'hôpital ». Il n'est plus question de guérison miraculeuse mais de calmer la douleur, préserver le lien social, redonner confiance aux malades en les incluant dans des activités que ces derniers pourront poursuivre hors de l'établissement. La culture embellit le quotidien, tant des patients dans les établissements publics de santé que des résidents dans les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux. La culture participe ainsi de la prise en charge globale du patient considéré comme une personne dans son intégralité. Il s'agit de passer du *cure* au *care*, selon la terminologie anglo-saxonne, du

⁵ Morin Edgar, Encyclopaedia Universalis, vol. 14, 1989, p.677

⁶ Marcel Mauss, *Manuel d'ethnographie* [Cours professé entre 1926-1939], Payot, Paris, 1971 [1947](#) [archive], p. 89 ; cité par Thierry de Duve, *Au nom de l'art*, Minuit, Paris, 1989, p. 10.

⁷ Le Coz Pierre, « La culture introduit du sens dans notre existence », *Revue de la société français d'histoire des hôpitaux*, n°140, juin 2011, p 10-11.

⁸ Bubien Yann, Even Rachel, Glorion Bernard *et al.*, « Culture à l'hôpital, culture de l'hôpital », *Les Tribunes de la santé*, 2004/2 (n° 3), p. 57-65

« soin » au « prendre soin », pour la sociologue Françoise Liot⁹. Une politique culturelle permet aussi de garantir une certaine qualité de vie au travail pour les personnels, en particulier soignants, favorisant un sentiment d'appartenance à l'établissement. La culture permet d'ouvrir les établissements sur la Cité. L'artiste Ettore Spaletti, qui a dessiné la Salle des départs de l'hôpital Raymond Poincaré de Garches en 1996, voyait l'hôpital comme « *un endroit ouvert à tous, comme autrefois, quand se bâtissaient les grandes cathédrales, ces espaces où l'art s'offrait et se présentait généreusement et durablement à chacun* ». Les artistes sont également demandeurs, car ils y trouvent un lieu d'inspiration, de création et de diffusion.

Le programme national intitulé « Culture à l'hôpital » développé dès 1999 a favorisé le rapprochement des structures sanitaires et culturelles. Il a été prolongé depuis 2010 avec le dispositif « Culture et Santé » qui l'étend au secteur médico-social.

Dans ce cadre, au regard des expériences et des entretiens que nous avons eus, nous pouvons constater que **certaines structures font de leur politique culturelle une priorité : pourquoi ont-ils fait ce choix ? Quelle plus-value, quels impacts et comment l'ont-ils mise en place ?**

Pour répondre à cette problématique nous présenterons dans un premier temps le cadre général des politiques culturelles en établissement (I). Dans un second temps nous exposerons les impacts des projets culturels observés au cours de notre étude (II). Enfin, nous formulerons des propositions opérationnelles à destination des établissements désireux de mener une politique culturelle (III).

⁹ Lazarova Rouja, « La culture prend soin de la santé », *La Gazette Santé Social*, décembre 2016 (n°135), pp. 15-22

1 État des lieux

1.1 Cadre de la politique culturelle

1.1.1 Historique du cadre de la politique culturelle en établissement

Il est difficile de retracer entièrement les liens historiques des politiques de santé et de la culture en France. Le cadre de la politique culturelle en établissement s'est construit progressivement, des décrets Malraux aux actuels appels à projet « Culture et Santé ».

La genèse de la politique culturelle en établissements remonte à la création du Ministère de la culture en 1959. Le **Décret Malraux N° 59-889 du 24 juillet 1959** porte sur la mission et l'organisation du Ministère chargé des Affaires culturelles : « *Le ministère chargé des Affaires culturelles a pour mission de rendre accessibles les œuvres capitales de l'humanité, et d'abord de la France, au plus grand nombre possible de Français ; d'assurer la plus vaste audience à notre patrimoine culturel, et de favoriser la création des œuvres d'art et de l'esprit qui l'enrichissent* ». Ce texte met en exergue l'importance de démocratiser la culture. Il permettra d'initier les **circulaires de 1960** adressées aux directeurs d'établissements de l'AP-HP afin de prendre en compte la qualité, le prix, et la satisfaction des hospitalisés dans le choix des spectacles proposés.

En dehors des textes législatifs réglementant les bibliothèques hospitalières, les années 1970-80 voient apparaître des actions culturelles essentiellement portées par la psychiatrie et la pédiatrie. **En 1981 le Ministre de la Culture et de la Santé**, via le **Fonds d'intervention culturelle** confie à Geneviève Gallot¹⁰ une étude sur les pratiques artistiques et culturelles des personnes âgées, malades ou handicapées. Ce rapport propose la création de structures associatives régionales pour faciliter la sensibilisation à l'expression artistique par l'intervention d'artistes professionnels dans les établissements.

En 1985 la publication du rapport de Monique Chemillier-Gendreau¹¹ intitulé « Culture et Santé », portant sur le fait culturel dans le secteur de la santé, conclut que « *la santé n'est pas une donnée objective, mais un fait en grande partie culturel* ».

A partir de 1990¹², les liens se renforcent par la signature de protocoles entre les deux ministères. **Le premier programme de « Culture à l'Hôpital » a lieu en 1997** et

¹⁰ A cette époque chargée de mission au Fonds d'Intervention Culturelle.

¹¹ Professeur émérite en droit public et sciences politiques à l'Université Paris Diderot.

¹² La signature du premier protocole a eu lieu le 1 février 1993.

précède la première **convention signée le 4 mai 1999** entre le Ministère de la Culture et de la Communication et le Secrétariat d'état à la Santé et à l'Action sociale. Cette convention met en place le mécénat et le développement des activités culturelles dans les hôpitaux. Elle a initié les jumelages entre établissements hospitaliers et équipements culturels, renforcé le rôle des bibliothèques dans les hôpitaux et incité à la création de postes de responsables culturels hospitaliers. Cette convention engage le début du processus de professionnalisation des responsables culturels. C'est depuis cette convention et à l'initiative des Agences régionales de l'hospitalisation (ARH) et des Directions Régionales des Affaires Culturelles (DRAC) que plusieurs groupes régionaux de réflexion sont créés pour réfléchir au sens de la démarche. Ces groupes de réflexion ont permis de préciser la philosophie, les objectifs, les modalités et le financement, qui servent aujourd'hui encore de socle au programme « Culture et Santé ».

Dans les années 2000, la **loi 2002-2 du 2 janvier 2002, rénovant l'action sociale et médico-sociale**, place au centre de la reconnaissance citoyenne des usagers les actions contribuant au développement social et culturel (article 6).

Dans la même filiation, la **loi Kouchner 2002-303 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé**, place au centre des débats les libertés des patients mais également celle du médiateur entre usagers et médecins. Elle introduit ainsi la médiation à l'hôpital. La médiation sociale et culturelle a pu être utilisée par son mode alternatif pour la prévention et/ou la résolution de certains conflits.

1.1.2 Le cadre actuel de la politique culturelle en établissement

Le cadre réglementaire actuel de la culture et de la santé a été particulièrement renforcé par la **loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires du 21 juillet 2009** qui prévoit un volet social et culturel dans les Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (art L 6114-3 du Code de la Santé Publique). En relation avec les DRAC et les collectivités territoriales, les ARS (Art L. 1431-2) coordonnent ces politiques culturelles.

Le 6 mai 2010 les deux ministères signent la **convention « Culture et Santé »** confirmant la politique de culture en établissement public de santé et la prolongeant dans les ESSMS. Le programme « Culture et Santé » est fondé sur le volontariat. Dans ce cadre, chaque année, **un appel à projet** est lancé afin de mettre en place des projets culturels en établissements. Les initiatives relevant du champ artistique sont entendues au sens large : le spectacle vivant, l'architecture, le patrimoine, le livre et la lecture, etc. Elles peuvent

avoir la forme, par exemple, de résidences d'artistes, de parcours évolutifs de sensibilisation à l'art et à la culture ou encore d'une politique de renouvellement de l'offre de lecture en établissement de santé. L'appel à projets requiert une préinscription obligatoire accompagnée d'une note d'intention. Les projets sont finalisés sous la forme de dossiers de demande de subvention. Ces derniers sont déposés avant la clôture de dépôt des projets. Les dossiers de candidatures sont à adresser par voie postale à la DRAC et/ou à l'ARS ; ils font l'objet d'un examen en Commission (où siègent entre autres l'ARS et la DRAC). La Commission procède à l'expertise et à la hiérarchisation des projets, tout en veillant à ce que les demandes soient conformes aux objectifs précisés dans la convention de partenariat liant l'ARS et la DRAC. La Commission notifie l'attribution ou non de la subvention pour la mise en œuvre du projet. La subvention pourra être versée à un établissement de santé ou à une structure culturelle en fonction du projet concerné. Si le projet est porté par plusieurs établissements, les financements seront attribués à un seul d'entre eux.

Les critères de recevabilité des appels à projet peuvent varier selon les régions. A titre d'exemple, les établissements doivent fournir : l'extrait du projet d'établissement faisant apparaître l'axe culturel, le bilan qualitatif et financier de l'action, le curriculum-vitae des artistes, le budget prévisionnel équilibré du projet ainsi que celui du fonctionnement de la structure culturelle ou artistique.

Il est à noter qu'au-delà des possibilités régionales et nationales, il existe des programmes de politique culturelle de l'Union Européenne, comme par exemple « **Culture 2000** », qui promeut le développement de la diversité culturelle en lien avec différentes politiques sociales, de santé ou d'éducation.

Exemple d'adaptation du programme « Culture et Santé » dans deux régions :

1. Le dispositif en Région Auvergne-Rhône-Alpes (d'après la convention Culture et Santé 2016-2022) :

Un dispositif d'aides, avec deux volets :

- *un volet Culture et Santé-Hôpital*, avec deux dispositifs : un appel à projets annuel incitatif ; et une contractualisation pour 3 ans destinée aux établissements avec une démarche culturelle exemplaire, et donnant lieu à une subvention
- *un volet Culture et Santé - Médico-social*, avec seulement un appel à projet incitatif

Un dispositif d'accompagnement avec :

- *des comités locaux Culture et Santé* : collectifs d'échanges, de réflexion et de production rassemblant l'ensemble des acteurs impliqués ou intéressés par des projets culturels dans le champ de la santé
- *deux commissions régionales Culture et Santé* : échelons régionaux de réflexion et de pilotage de la démarche qui ont pour mission d'accompagner l'ensemble de la démarche, de participer à la

réflexion, de faire circuler l'information et de donner un avis de conformité ou de non-conformité sur les dossiers de candidature répondant aux appels à projet

- *une structure régionale* mandatée pour coordonner et animer le programme (association InterSTICES), qui accompagne notamment les établissements dans leurs candidatures aux appels à projets.

2. Le dispositif en région Île-de-France

Un label « Culture et Santé » qui permet de reconnaître la qualité des politiques culturelles et artistiques menées par les établissements de santé. Cinq campagnes de labellisation ont déjà eu lieu. Seize établissements de la région ont été labellisés en 2016, et cela pour trois années civiles.

Les critères d'admission au label sont :

- l'intégration d'un volet culturel dans le projet de l'établissement
- la création d'une commission culturelle qui inclut tous les partenaires
- la nomination d'un référent culture
- l'identification de moyens financiers dédiés aux actions culturelles et artistiques.

Un dispositif d'appel à projet lancé par la DRAC et l'ARS à destination des établissements de santé et structures culturelles qui doivent répondre conjointement.

Dans ce cadre, les demandes de subvention doivent répondre à un certain nombre de critères comme par exemple :

- Un temps de présence artistique d'au moins 50h
- Faire appel à des artistes professionnels
- Une participation financière de l'établissement au projet.

Seuls les dossiers remplissant l'ensemble des critères seront soumis à un comité de sélection où siègent notamment la DRAC et l'ARS, des mécènes issus du fonds de dotation « InPACT » et des représentants d'utilisateurs du système de santé (dont un représentant du CODERPA et de la Ligue contre le cancer).

- La DRAC et l'ARS étudient chaque dossier en l'adressant aux conseillers sectoriels afférents, qui rendent un avis. L'ARS débat également dossier par dossier.

- Le comité rend ensuite un avis favorable ou défavorable à la majorité.

- La DRAC et l'ARS sont à parité sur les budgets. L'enveloppe est négociée chaque année et en fonction de l'enveloppe régionale, le financement peut monter jusqu'à 60% du budget total.

1.2 Galaxie des acteurs

La mise en place d'une politique culturelle en établissement mobilise de nombreux acteurs. La convention nationale « Culture et Santé » en définit les principaux.

Au niveau national, le **Ministère des Affaires sociales et de la Santé** et le **Ministère de la Culture et de la Communication** ont pour mission de veiller à la mise en œuvre de la convention. Ils ont pour objectifs de promouvoir au plan national les actions favorisant le rayonnement et la visibilité de la thématique « Culture et Santé » par des actions de formation et de recherche, des manifestations et colloques, des subventions aux associations et actions menées au sein des établissements de santé. Dans ce cadre, un chargé de mission interministériel a été désigné par les deux ministères. Toutefois, depuis

le 1^{er} juillet 2014, cette mission est rattachée uniquement au Ministère de la Santé et plus précisément à la DGOS (Bureau des usagers).

Au niveau régional, les **DRAC** et les **ARS** pilotent et financent la mise en œuvre du programme « Culture et Santé » à travers la signature d'une convention commune. Afin de la mettre en œuvre, un comité de pilotage est constitué. La plupart du temps, un référént « Culture et Santé » est désigné au sein de chaque ARS et identifié dans chaque DRAC¹³. En parallèle, les **Conseils régionaux, voire les Conseils départementaux** ont pour mission de voter et de mettre en œuvre les conventions en partenariat avec la DRAC et l'ARS et peuvent aussi subventionner certaines actions.

Au-delà de la convention nationale et du partenariat entre DRAC et ARS, les projets culturels émergent à l'initiative **des établissements** et des partenaires culturels locaux. Les établissements peuvent s'appuyer sur les « responsables culturels hospitaliers », qui ont pour rôle, sous l'égide du directeur, de mettre en œuvre la politique culturelle¹⁴. Leurs missions sont multiples : montage d'un ou plusieurs jumelages avec des équipements culturels de la région ; organisation des expositions, concerts et événements ; coordination de la bibliothèque ; participation à la définition de la politique des arts plastiques de l'hôpital et négociation des commandes publiques ; recherche de budget annexes pour le financement des projets. La place du responsable culturel hospitalier au sein de la direction varie fortement d'un établissement à un autre. Seuls 19,5%¹⁵ des responsables culturels exercent uniquement cette mission. À ce jour, aucune formation dédiée aux responsables culturels ne fait l'objet d'une obligation.

Une grande diversité de **partenaires culturels locaux** peut prendre part à des projets culturels en établissement. A titre d'exemple, il est possible de citer : les artistes, les musées, les monuments historiques, les centres d'archives, les centres d'art et fonds régionaux d'art contemporain, les bibliothèques et médiathèques, les lieux de diffusion du spectacle vivant, les établissements de formations artistiques, les salles de cinéma et les associations culturelles.

A cette grande diversité d'acteurs s'ajoutent des **mécènes privés, des associations et des fonds de dotation** qui financent les initiatives et mettent leurs compétences au service des porteurs de projet. Les mécènes privés sont notamment regroupés au sein du

¹³ Dossier de presse « Signature de la convention « Culture et Santé », par le Ministère de la santé et des sports et le Ministère de la culture et de la communication, 6 mai 2010, p. 14

¹⁴ « Pour le développement des activités culturelles dans les hôpitaux, Les responsables culturels hospitaliers », <http://www.culture.gouv.fr/culture/actualites/politique/hopitaux/responsables.htm>

¹⁵ « la culture prend soin de la santé », 23/12/2016, <http://www.gazette-sante-social.fr/33798/la-culture-sinvite-a-lhopital>

« Cercle des Partenaires »¹⁶, cercle d'entreprises et de fondations dont les contributions sont dédiées à des jumelages entre équipements culturels et hospitaliers d'une même région. Des associations ou fonds de dotation, à l'instar de « Entreprendre pour Aider » présidé par Bernard Rigaud, financent et accompagnent des projets culturels en établissements.

1.3 Chiffres-clés

Cadre national

Le budget global (DRAC, ARS, collectivités) dédié à la politique culturelle en établissement s'élève à 4 millions d'euros^{17 18} et permet le développement de plus de 600 projets par an, incluant tous les types d'équipements culturels, l'ensemble des disciplines artistiques et tous les types de publics. A ce budget global, s'ajoutent les financements liés au Mécénat de proximité, aux contributions des établissements, à l'engagement des villes, des fondations ou encore des institutions culturelles. A titre d'exemple, on peut citer le partenariat signé le 13 novembre 2014 par Martin Hirsch, Directeur général de l'AP-HP et Jean-Luc Martinez, Président-directeur du Musée du Louvre.

En 2014, 24 ARS avaient signé des conventions avec les DRAC. Le nombre de projets a progressé rapidement : de 400 en 2011, à plus de 600 en 2014. Pour autant, la répartition sur le territoire national reste inégale¹⁹.

Depuis 2013, une quinzaine de régions ont élargi leur politique « Culture et Santé » au secteur médico-social²⁰ ; les personnes jeunes en situation de handicap (IME, ITEP) et les personnes âgées ont été les publics privilégiés dans ces projets.

¹⁶ « Pour le développement des activités culturelles dans les hôpitaux », Convention entre le Ministère de la culture et le Secrétariat d'Etat à la Santé et l'Action Sociale, 4 mai 1999

¹⁷ « La culture prend soin de la santé », 23/12/2016, <http://www.gazette-sante-social.fr/33798/la-culture-sininvite-a-lhopital>

¹⁸ En 2013, 1 197 893 euros pour les DRAC, 1 714 332 euros pour les ARS et 300 000 euros pour les collectivités.

¹⁹ <http://InterSTICES-rhonealpes.fr/les-ressources/culture-et-sante/10-InterSTICES/pages-web/99-culture-et-sante-bilan-national-2014>

²⁰<http://www.culturecommunication.gouv.fr/Thematiques/Developpement-culturel/Culture-et-handicap2/Commission-nationale-Culture-et-Handicap/Commission-nationale-Culture-et-Handicap-CNCH-14-janvier-2014-9eme-edition/VI-La-prise-en-compte-du-secteur-medico-social>

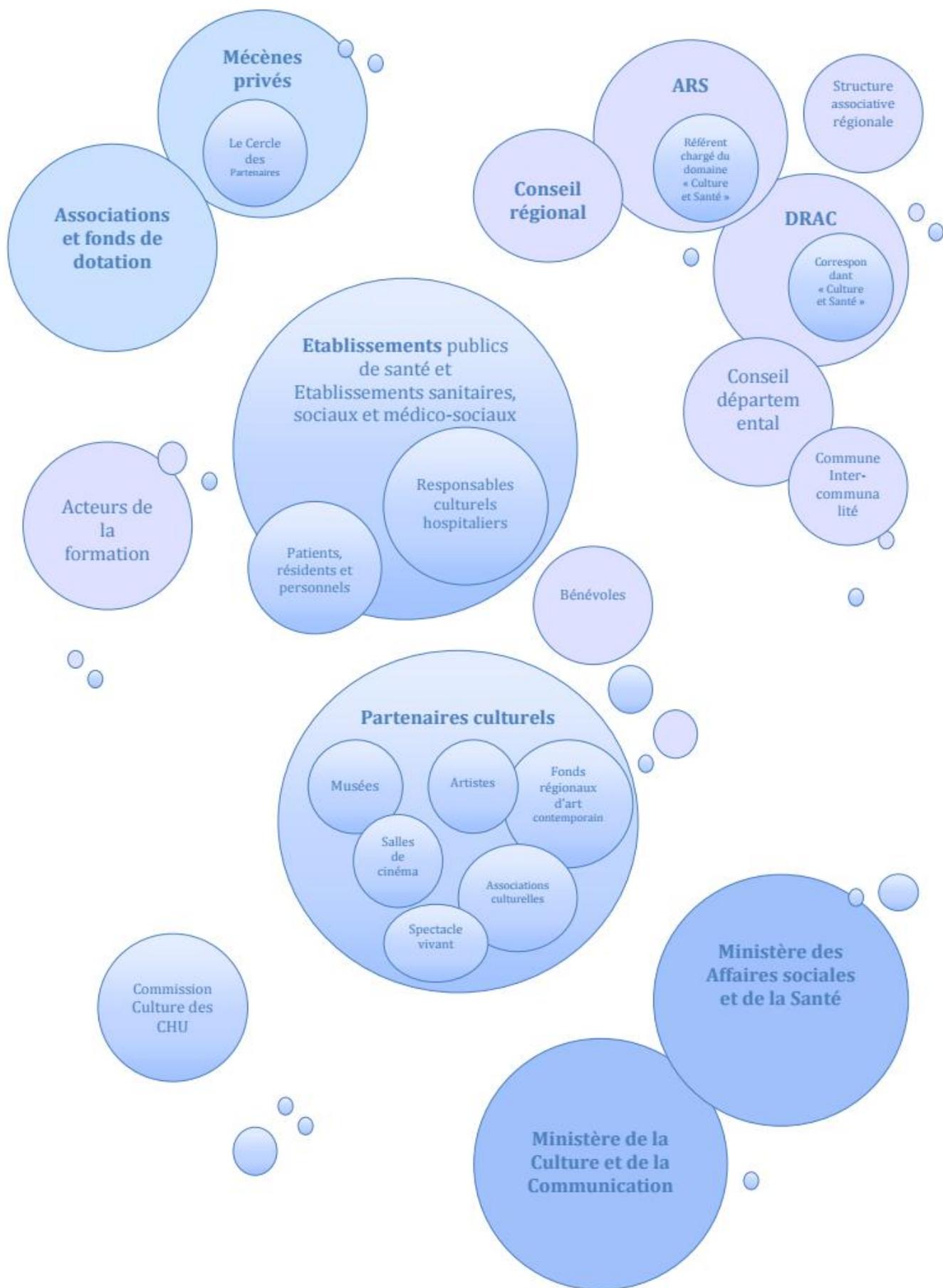
Focus sur deux régions

Île-de-France

Depuis sa création, il y a dix ans, l'appel à projet « Culture à l'hôpital » a permis de lancer près de 260 actions, incluant une pratique artistique à l'hôpital (10 actions étaient accompagnées en 2005 et 34 en 2016).

Auvergne-Rhône-Alpes

En 2016, 40 projets ont été subventionnés par le dispositif régional dans des établissements de santé, soit un montant de subventions allouées s'élevant à 580 000€. Le volet médico-social bénéficie de subventions sur l'année 2016 à hauteur de 350 000 €.



2 Les retombées d'une politique culturelle

2.1 Impacts sur les différents acteurs de la politique culturelle à l'échelle du territoire de santé

2.1.1 Inscription de l'utilisateur dans une démarche citoyenne

« *Mon hospitalisation a été un mal pour un bien* »²¹. Ce retour d'expérience témoigne de l'impact d'un projet culturel au sein d'un EPS. En effet, après avoir participé à une création artistique, ce patient s'est découvert un intérêt particulier pour la peinture. Ainsi, le projet culturel **s'inscrit dans le temps et dans l'espace** : le patient continue cette pratique à son domicile.

Au cours d'une hospitalisation ou d'un séjour en ESSMS, l'art a une influence sur le **bien-être des usagers**. L'objectif est de garantir une meilleure qualité de vie et d'assurer autrement le « prendre soin ». L'humain est alors pris en compte, au-delà de sa pathologie. Il s'agit de prendre le temps, hors du soin - voire hors de l'institution - en laissant des espaces d'expression libre, auxquels l'utilisateur a le choix de participer quelle que soit la durée de séjour.

De plus, un projet culturel peut avoir un impact sur **l'état émotionnel de l'utilisateur**, ce qui lui permet de sortir du cadre de l'institution et des soins. L'art, au-delà de susciter une émotion, permet également de **développer des modes d'expression variés**. Au travers des différents projets culturels, les usagers ont la possibilité d'affirmer leurs préférences et leurs goûts, notamment en ESSMS dans le cadre de l'élaboration du projet de vie. Cela facilite également une meilleure intégration de l'utilisateur au sein de l'établissement. Ainsi, les résidents de l'EPD de Grugny ont réalisé des drapeaux²² accompagnés par deux artistes et se sont ainsi appropriés différemment leur lieu de vie.

2.1.2 Amélioration de la qualité de vie au travail et valorisation des pratiques professionnelles des personnels soignants et médicaux

La culture favorise une autre approche de l'utilisateur et **change la relation soignant-soigné**, qui ne se base plus uniquement sur un diagnostic et une prise en charge médicale

²¹ Témoignage d'un patient, recueilli par Laëtitia Mailho et Mehdi Idir.

²² Les drapeaux rappelaient des endroits, personnes ou objets signifiants pour les résidents. Par exemple, le drapeau planté devant le bâtiment administratif représentait deux résidents et le directeur de l'établissement.

ou soignante. Ainsi, le temps d'une manifestation, la culture abolit les distinctions statutaires et les hiérarchies.

Le service étant également un lieu de vie pour le personnel, l'art a vocation à **améliorer la qualité de vie au travail**. L'agent peut alors voir son environnement de travail autrement. Dans le cadre de la mise en place d'un projet, le dispositif « Culture et Santé » vise à susciter l'adhésion du personnel et à rendre chacun acteur de la vie de l'établissement, permettant ainsi à ces agents « *d'être fier[s] des projets²³ de leur structure* ». Ainsi la culture est un moyen permettant de valoriser l'agent au-delà de ses compétences techniques et relationnelles.

Une politique culturelle amène une réflexion sur les **pratiques professionnelles**, qui peut être vue ou ressentie comme un ressourcement : cela change l'organisation spatiale et temporelle du service. En intégrant cette nouvelle dimension dans la vie quotidienne de l'établissement, cela entraîne un autre regard sur la relation avec l'utilisateur et sur celle avec les autres membres du personnel. Dans le cadre d'un projet inter-services, cela favorise un rapprochement des équipes et un décloisonnement. Ainsi, la référente culturelle de l'établissement Barthélémy Durand d'Étampes constate que les soignants et les agents sont très demandeurs d'une offre artistique diversifiée.

2.1.3 Une influence positive sur la stratégie de l'établissement

Le projet culturel fédère les équipes et les usagers : il participe à l'idée du « vivre ensemble ». La transversalité des projets conduit à atténuer l'organisation en silos. Ainsi on peut constater des **répercussions sur les pratiques managériales**. La démarche projet peut susciter l'adhésion des acteurs concernés et peut réduire notamment l'absentéisme parmi le personnel soignant. Le professeur Michel, chef du service de gastro-entérologie du CHU de Rouen témoigne : « *depuis qu'on a mis en œuvre des politiques culturelles au sein du service, on a divisé le taux d'absentéisme par deux* ». Pour cela il faut donner collectivement du sens à la politique culturelle. Cela peut également avoir un impact sur le dialogue social, sans pour autant être l'outil principal pour la pérenniser.

La communication de ces événements contribue à **ouvrir l'établissement au public extérieur**. La diffusion des prestations véhicule une bonne image de l'institution. Elle devient alors un lieu de rencontre : un lien se crée avec l'extérieur, qui permet de

²³ Dossier pédagogique InterSTICES, « Concevoir et mettre en œuvre un projet culturel et artistique dans les espaces de santé », fiche 2, p.8.

diversifier les publics présents lors de la réalisation des projets culturels. En effet, Laëtitia Mailho et Mehdi Idir constatent conjointement qu'« *en spectacle vivant, le public extérieur peut même être demandeur* ». Ils citent l'exemple de l'EPS Barthélémy Durand d'Étampes. Cette ouverture sur la ville facilite une culture partagée entre le milieu des artistes et celui des professionnels de santé : ce dynamisme permet de reconduire des projets culturels dans le temps.

En l'absence d'outils permettant de mesurer l'impact des projets culturels au sein des EPS et ESSMS, une doctorante de l'université de Bordeaux travaillant au pôle culture et santé Aquitaine effectue un travail de recherche sur « l'évaluation de l'impact des politiques culturelles sur les professionnels de santé ».

2.1.4 Le développement d'une dynamique territoriale, via le dispositif « Culture et Santé »

L'établissement s'inscrit dans un territoire en ayant une identité historique forte dans laquelle les usagers peuvent se reconnaître. L'ancrage sur le territoire permet de **faire rayonner l'établissement**. Cela incite ainsi les usagers à s'orienter vers l'établissement de proximité avec lequel ils partagent des valeurs communes. Les EPS et ESSMS peuvent donc être moteurs sur leur territoire via la politique culturelle, sans pour autant s'éloigner de leur cœur de métier.

L'ARS, la DRAC et le conseil départemental (CD) partagent des objectifs communs dans le cadre du dispositif « Culture et Santé ». Ils donnent une impulsion pour **jumeler les différents acteurs** du territoire dans le cadre du développement des politiques culturelles. Par exemple, en Île-de-France, la DRAC et l'ARS construisent actuellement un partenariat afin d'inciter les étudiants de l'École des Beaux Arts à offrir une œuvre ou intervenir au sein d'un établissement.

Les modes de coopérations multiples et croisés contribuent au **dynamisme des structures et des territoires**. Ainsi les autorités de tutelle ont ouvert leurs appels à projet, auparavant réservés aux établissements sanitaires, au secteur médico-social. D'ailleurs, une autre forme de mutualisation peut être mise en place entre EPS et ESSMS, afin de développer conjointement un projet culturel : un artiste peut par exemple intervenir à la fois dans un EPS et un ESSMS dans le cadre d'un parcours culturel.

Enfin, la mise en place des GHT renforce cette dynamique territoriale. Il peut être porteur du développement d'une politique culturelle dans l'ensemble des établissements membres.

Bien que la politique culturelle en EPS et ESSMS soit un champ d'opportunités diverses, il convient de prendre en considération certaines difficultés. À titre d'exemple, l'organisation et le fonctionnement de ces établissements peuvent être rigides et obligent parfois l'artiste à s'adapter. Cette contrainte peut perturber sa façon de travailler et peut l'inciter à ne pas réitérer cette expérience.

2.2 La difficile question de l'évaluation

Au cours de notre expérience de terrain, nous avons constaté qu'il était complexe d'évaluer les impacts des politiques culturelles déployées, et ce pour les raisons suivantes.

2.2.1 Une politique culturelle suscite des attentes diverses

Une politique culturelle ne s'adresse pas à un type unique de public, mais à une « galaxie » d'acteurs. De fait, elle produit des attentes chez l'ensemble de ceux-ci : patients et résidents, artistes, médiateurs culturels, personnels des établissements, financeurs et mécènes, etc.

Dans l'enquête de satisfaction qu'il a menée en ex-région Rhône-Alpes, à la demande des signataires de la Convention « Culture à l'Hôpital », Gilles Herreros²⁴ a mis en avant l'importance de tenir compte de la spécificité de chaque acteur. Il souligne que les facteurs de satisfaction du public auront tendance à évoluer en fonction de leur métier, mais aussi de leurs caractéristiques individuelles (âge, catégorie socioprofessionnelle, présence ou non d'un handicap) et de leur fréquentation des lieux culturels (un public habitué n'aura pas les mêmes attentes qu'un public non-habitué).

Les expériences de terrain menées par notre groupe ont également souligné la diversité des intérêts des acteurs face aux productions culturelles. Outre l'intérêt esthétique, ont également été évoqués : le plaisir, l'amélioration de l'état de santé, l'accès à une expérience culturelle, le professionnalisme, l'évolution des pratiques professionnelles, le rayonnement de l'établissement ou du territoire, la sensibilisation à une cause spécifique. Du fait de ces multiples attentes, l'évaluation de la satisfaction et des impacts d'une politique culturelle sur un public est rendue plus complexe et nécessite de mener un travail global sur la durée.

²⁴ Enseignant chercheur au centre de recherche Max Weber à l'université Lyon 2.

2.2.2 La politique culturelle admet des définitions variables

L'art et la culture sont des concepts à géométrie variable. La notion de culture recouvre des conceptions et des réalités très différentes²⁵. Il y a autant de définitions de l'art qu'il y a de disciplines (philosophie, sociologie, etc.), d'artistes et d'amateurs d'art. De la même manière, il est difficile d'admettre une seule et unique définition de la politique culturelle en établissement. D'un porteur de projet à un autre, d'un chef d'établissement à un autre, d'un responsable culturel à un autre, la signification de la politique culturelle et le périmètre de celle-ci fluctuent fortement.

Certes, les acteurs rencontrés dans le cadre de nos divers déplacements s'accordent presque tous sur la distinction entre projet culturel, animation et art-thérapie. Ainsi, pour Françoise Liot, la culture – par opposition à l'animation - est un élément extérieur à l'établissement ; il y a « frottement ». Alexandra Martin souligne quant à elle l'objectif thérapeutique direct de l'art-thérapie qui considère l'individu dans sa pathologie et donne lieu à une prescription ; si une action culturelle peut avoir un impact thérapeutique, celui-ci ne constitue en aucun cas la finalité de l'action menée.

Malgré ces conceptions communes, la politique culturelle, son contenu et ses manifestations varient d'un établissement à un autre : exposition *in situ*, danse-contact, improvisation théâtrale, valorisation du patrimoine, déplacement dans des théâtres et échanges avec des artistes, installation d'un piano dans le hall d'entrée, etc.

La multiplicité des définitions questionne la possibilité de mener un travail uniforme d'évaluation des politiques culturelles en établissement. L'absence d'une conception commune de la politique culturelle rend complexe l'élaboration d'une trame d'évaluation unique, permettant de rendre compte de l'ensemble des actions culturelles sur l'intégralité des établissements porteurs.

2.2.3 Une politique difficile à évaluer de manière objective

L'art est lié à la subjectivité, et relève du sujet défini comme être pensant, comme conscience individuelle. L'œuvre d'art s'adresse à la subjectivité du spectateur et déclenche des émotions, des sentiments, des pensées, des souvenirs. Dès lors se pose la question de l'évaluation d'une action qui se manifeste d'abord par la création d'émotions

²⁵ Dossier Pédagogique « Concevoir et mettre en œuvre un projet culturel et artistique dans les espaces de santé », InterSTICES

et de sentiments. L'évaluation d'une action culturelle ne tente-t-elle pas d'objectiver le subjectif ? Est-ce possible ?

Ainsi, si de nombreux établissements développent des questionnaires de satisfaction, Françoise Liot tient à rappeler la complexité d'une évaluation des actions culturelles au travers de ces questionnaires. Dans leur rapport « De l'expérimentation à l'institutionnalisation », Gilles Herreros et Bruno Milly cherchent à définir des indicateurs ou des critères d'évaluation. Dans ce cadre, ils s'interrogent sur la possibilité « *d'évaluer aussi objectivement que possible les effets des actions entreprises dans le cadre de Culture à l'hôpital* ». Comme ils l'affirment, « *Ce ne sont pas des chiffres et des indicateurs prétendant à l'objectivité qui permettent d'appréhender au mieux les formes comme les effets des actions culturelles et artistiques à l'hôpital. Quoi de plus desséchant et d'inapproprié qu'un chiffre lorsque c'est une émotion qu'il convient de saisir puis de retranscrire ? Comment se satisfaire de cases à cocher susceptibles de rendre compte d'un état des lieux, lorsque c'est un processus qui est à l'œuvre dont il convient plutôt de percevoir les inflexions, l'impulsion ?* ».

Au-delà de la question de la possibilité de rendre compte d'émotions au travers de questionnaires standardisés, il faut interroger le bien-fondé de questionnaires de « satisfaction ». L'œuvre d'art ne procure pas nécessairement un sentiment de bien-être ou une émotion positive. Quelle légitimité alors à la mesure de la satisfaction des individus ? Comme le rappelle Thomas Cartron, artiste du collectif Nos années sauvages, on ne peut mesurer la réussite d'un projet à la satisfaction du public. Ce qui est important c'est que l'œuvre provoque quelque chose. C'est bien plus l'absence de réaction que la non-satisfaction qui dénote l'échec d'un projet. Isabelle Zanolla, Directrice de l'EHPAD Les Volubilis de Décines, à l'occasion d'une intervention de François Veyrune (danseur et chorégraphe), déclarait : « *ça génère des réactions positives, où les gens sont contents d'être là. Ça génère aussi des réactions, un peu, de retrait. Mais c'est bien. Tant mieux si les gens disent non. Dire non c'est faire preuve d'autonomie. Qu'un résident dise « ça ne me plaît pas », c'est la preuve qu'il peut et qu'il s'autorise à faire preuve de son autonomie, de sa capacité de choix et de décision.* »²⁶.

1 ²⁶ Vidéo « Groupe ACPPA - EHPAD Les Volubilis : La Part du Vivant »

2.2.4 Une politique qui s'évalue dans le temps

De toute prestation artistique se dégage un sentiment subjectif, lié au ressenti et à l'émotion exprimée par le public. Si l'évaluation par le degré d'émotion peut permettre un retour instantané sur les actions culturelles, d'autres indicateurs sont plus délicats à saisir sur le moment. C'est notamment le cas des changements qui peuvent intervenir suite au déploiement de la politique culturelle. Ceux-ci peuvent être de trois ordres.

L'évolution de l'état de santé des patients

Tout en écartant l'art-thérapie comme ne faisant pas partie de la politique culturelle, les différents acteurs que nous avons eu l'occasion de rencontrer ont mis l'accent sur les bienfaits de l'art comme accompagnement du soin, soit que l'art permette de recouvrer un état de bien-être physique et émotionnel, soit qu'il permette d'évacuer les inquiétudes liées à la maladie.

Si tous les acteurs interrogés ont été catégoriques quant aux bienfaits de l'art sur l'état de santé, ils ont reconnu que cette affirmation se fonde davantage sur un « *pari renouvelé chaque année* »²⁷ que sur une liste d'indicateurs établis. Comment mesurer avec précision les impacts d'une politique culturelle sur l'accompagnement de ces usagers ?

L'évolution des pratiques professionnelles

Si l'art est réputé avoir un effet sur le bien-être des patients et des résidents, il aurait également un impact sur les personnels.

Mais là encore, il est difficile, à brève échéance, d'observer la mise en place de nouvelles pratiques professionnelles ou du moins, de prouver un lien de cause à effet entre l'apparition de ces nouvelles pratiques et la mise en place d'une politique culturelle. Tout au plus peut-on recueillir la parole de ces soignants et observer la motivation commune qui les lie aux usagers lors d'ateliers de pratique artistique.

L'évolution du statut artistique et culturel de l'établissement

Certains gestionnaires peuvent faire le choix de mettre en place une politique « Culture et Santé » afin de faire de leur établissement un écrin artistique et de l'ouvrir vers la Cité.

Contrairement aux deux points développés ci-dessus, il apparaît relativement aisé de mesurer quantitativement et qualitativement le succès d'une politique culturelle à l'aune du

²⁷ Entretien avec Alexandra Martin, coordinatrice du Pôle de Compétences « Culture et Santé » en Nouvelle-Aquitaine.

rayonnement d'un établissement. Toutefois, la reconnaissance de sa politique culturelle se construira dans le temps, au gré des actions artistiques et des partenariats renouvelés.

La mise en place d'une politique culturelle n'est donc pas gage immédiat de réussite et doit être pensée sur le long terme, à travers des axes pluriannuels et via une stratégie bien pensée.

3 Des clés de réussite pour mettre en œuvre une politique culturelle en établissement

3.1 Le chef d'établissement doit avoir un rôle central mais non exclusif

Toutes les personnes rencontrées s'accordent à souligner le rôle moteur du chef d'établissement. Pour déclencher le projet, ce rôle peut s'exprimer dans deux cas de figure :

- De manière ascendante : soutenir un projet à l'initiative des services (professionnels ou usagers).
- De manière descendante : impulser un projet. Dans ce cas il doit veiller à instaurer un esprit de co-construction et à recueillir l'adhésion afin que le projet n'apparaisse pas comme une réalisation de sa volonté personnelle.

Pendant la mise en œuvre du projet, le chef d'établissement facilite la coordination des multiples acteurs concernés en plus des services : sécurité, hygiène, travaux...

3.2 Inscrire la politique culturelle dans le projet d'établissement

Inscrire la politique culturelle et ses objectifs dans le projet d'établissement témoigne d'un engagement de la direction, permet de l'afficher comme un objectif institutionnel et de la pérenniser. L'idée est ainsi de favoriser une politique cohérente et structurée plutôt qu'un ensemble d'événements ponctuels.

Ainsi, en Île-de-France et en Auvergne-Rhône-Alpes, DRAC et ARS en ont fait un critère de sélection des appels à projets. Par ailleurs, c'est également un impératif pour obtenir le label « Culture et Santé » délivré par la DRAC et l'ARS d'Île-de-France.

3.3 Un responsable culturel doit être clairement identifié au sein de l'établissement

Le responsable culturel conçoit, met en œuvre et évalue la politique et les projets culturels. Fort de sa vision globale, il peut **mettre en relation** les demandes des services, les besoins de financement et l'offre artistique. Il a donc un **rôle transversal de gestion de projet** et fait le lien entre les mondes de la santé et de la culture. Il a notamment une bonne connaissance des **interlocuteurs à solliciter** sur le territoire (DRAC, ARS, collectivités locales, mécénat, associations, opérateurs culturels). Ce poste implique ainsi des compétences spécifiques qui nécessitent une formation.

Si l'établissement ne missionne pas une personne à temps plein, deux cas de figure sont possibles :

- Confier ce rôle à un agent qui a déjà d'autres missions.
- **Mutualiser ce poste sur plusieurs établissements**, par exemple dans le cadre de GHT, GCS ou GCSMS.

La deuxième solution apparaît préférable : au-delà de l'avantage financier, cela permet de mettre en place une politique culturelle territoriale structurée, portée par un professionnel formé à l'ingénierie culturelle.

Son positionnement au sein de l'établissement est déterminant : le statut, le métier et la direction de rattachement choisis influent sur son rôle et la mise en place des projets.

Ce métier n'est plus référencé au sein du répertoire opérationnel des métiers DGOS. Néanmoins, des fiches de poste existent, comme celle créée par l'association InterSTICES en Auvergne-Rhône-Alpes.

3.4 Mettre en place des instances *ad hoc* et des relais pour co-construire la politique culturelle

La politique culturelle ne peut pas être uniquement portée par la direction et le responsable culturel. Aussi, un **comité de pilotage** se réunissant régulièrement peut permettre une construction partagée des projets et en facilite la cohérence et la continuité. Il peut avoir pour rôle de déterminer les objectifs et d'évaluer l'ensemble de la politique culturelle. Sa composition doit être étendue : des professionnels hospitaliers et des usagers ; en cas de jumelage avec des opérateurs culturels, il peut compter des artistes ou des représentants de structures concernées.

Deuxièmement, il est important de faire le lien avec l'ensemble des équipes. Des établissements ont créé le rôle d' « **ambassadeur culturel** » conféré à tout professionnel ou usager motivé qui souhaite faire le lien entre son service et les pilotes de la politique culturelle :

- Il peut valoriser et diffuser à ses collègues les projets mis en place.
- Il peut faire remonter des besoins ou des envies de son service.

3.5 Une offre culturelle avant tout fondée sur les besoins des services

Aux yeux de Denis Lucas, ancien référent culturel du CHU de Rouen, « *Il faut contextualiser, ne pas plaquer un projet* » sans qu'il n'intègre la réalité du service. Ainsi un projet culturel, quelle que soit sa qualité intrinsèque, ne réussira que s'il s'appuie sur la vie du service et s'il est créé en concertation avec les agents. Par exemple le service de soins palliatifs du CHU de Rouen a bâti ses nouveaux locaux en y intégrant une démarche culturelle globale. Des œuvres d'art sont placées dans le service. L'architecture, l'ameublement et la décoration ont été choisis pour en faire un lieu harmonieux, permettant ainsi au service de créer son identité culturelle. Dans ce cadre, les manifestations culturelles (danseurs et musiciens au chevet des patients) y prennent encore plus de sens.

En ce qui concerne l'artiste, ce n'est pas la création qu'il faut adapter mais plutôt la réalisation de la performance lorsque cela est nécessaire. Un musicien intervenant au CHU de Rouen précise pour sa part « *lorsque je viens jouer dans une chambre auprès d'un patient, je ne cherche pas à adapter mon répertoire mais je vérifie que ma pratique soit adaptée au lieu : un violon est trop puissant pour cet espace, une clarinette convient mieux* ».

3.6 Une offre culturelle exigeante et diversifiée

3.6.1 Des artistes et des projets de qualité

L'établissement doit avoir une exigence de qualité pour sa politique culturelle. Pour cela, les établissements doivent avoir recours en premier lieu à des **artistes professionnels**. Cette qualification se reconnaît à trois critères pour la DRAC Auvergne-Rhône-Alpes : le diplôme, la diffusion et la création. Un écueil serait d'estimer que n'importe quel projet culturel pourrait faire l'affaire plutôt que de ne rien proposer, particulièrement pour des usagers ou des établissements en périphérie de l'offre culturelle. L'idéal est un artiste qui

s'adapte au lieu où il arrive sans rien perdre de sa force créatrice. En revanche, **un artiste n'a pas vocation à devenir professionnel de l'intervention en secteur hospitalier ou médico-social**. Ainsi, DRAC et ARS sont vigilantes à « *ne pas créer des artistes labellisés culture et santé* », rapporte Laëtitia Mailho. Cette situation paraît désavantageuse à première vue : elle nécessite plus d'efforts de prospection pour l'hôpital, et prive l'artiste d'un contrat de long terme. Elle favorise cependant un renouvellement de l'offre culturelle proposée et assure à l'artiste de garder un temps de création hors hôpital.

Faire appel à des artistes professionnels n'empêche pas de promouvoir **l'expression artistique éventuelle des agents de l'établissement**. D'une part, cela peut sensibiliser les personnels à la création : les œuvres créées par un collègue peuvent davantage intéresser que celle d'un inconnu, fut-il professionnel. D'autre part sur un axe managérial, l'établissement peut ainsi valoriser les agents en dehors de leurs compétences professionnelles.

3.6.2 Une offre culturelle diversifiée

Faut-il **adapter l'offre culturelle au public visé**? Cette question fait encore débat. Un écueil est de présupposer les attentes culturelles des usagers : « *l'exemple typique est le bal-musette en EHPAD : non seulement on estime qu'ils ont des envies culturelles que l'on relie inconsciemment aux personnes âgées, mais en plus la génération actuelle des résidents en EHPAD n'était pas née à l'époque des bals musette* », explique ainsi un professionnel de la DRAC Île-de-France.

Quoi qu'il en soit, la **diversité des projets** proposés participe à l'essence même du droit à la culture et permet de toucher davantage de publics. Ainsi, le CHU de Rouen propose des expositions permanentes et temporaires dans un espace dédié, des spectacles, l'intervention de danseurs, de musiciens et d'artistes plasticiens au sein des services ...

Enfin, l'utilisateur ou le professionnel ne sont pas uniquement des spectateurs. La création artistique doit également être promue : des projets favorisent une **pratique artistique partagée**, où des artistes encadrent des usagers ou des agents. Ainsi au CHU de Rouen, le danseur professionnel Sylvain Groud et des agents ont créé un spectacle de danse basé sur les gestes quotidiens des soignants. Le personnel a ensuite pu se produire à l'Opéra de Rouen.

3.7 Choisir le bon mode de financement

Plusieurs sources de financement sont possibles et peuvent être combinées en fonction du contexte de l'établissement, de ses partenaires et du projet concerné.

3.7.1 Cerner les attendus des appels à projet

Nos interlocuteurs DRAC et ARS nous ont donné quelques clefs pour répondre aux appels à projet :

- Faire apparaître plusieurs éléments fondamentaux : une coopération avec les établissements culturels du territoire dans le cadre d'un parcours culturel, une pratique artistique partagée mettant en valeur la création, une ligne budgétaire propre à l'établissement dédiée à ce projet.
- Être un établissement en zone périphérique n'est pas un frein, bien au contraire, l'ARS est sensible à la lutte contre les inégalités d'accès à la culture. Les nouveaux partenariats sont également favorisés, le but des appels à projet étant de lancer des dynamiques. L'ARS souhaite souvent limiter l'aide aux mêmes partenaires à quelques années. Un autre montage financier peut prendre le relais.
- Être attentif à plusieurs points financiers :
 - L'assujettissement à la TVA peut réduire le montant effectif de la subvention (les artistes y sont soumis à partir d'un certain chiffre d'affaires).
 - La double subvention DRAC/ARS implique un décalage de paiement que l'établissement et les artistes doivent prendre en compte.
- Accorder le calendrier des réalisations au calendrier du financement propre à chaque région.
- Vérifier les adhésions réelles des différents acteurs : le dossier doit refléter la co-construction du projet entre l'établissement et la structure culturelle. La signature du directeur montre cet engagement.
- S'appuyer sur des intermédiaires associatifs lorsqu'ils existent, à l'image de la Manufacture en Île-de-France, InterSTICES en Auvergne-Rhône-Alpes ou le pôle culture et santé en Nouvelle Aquitaine.

3.7.2 La participation financière des collectivités territoriales

La participation des collectivités peut être sollicitée dans la mesure où la politique culturelle de l'établissement dépasse le périmètre de ce dernier et vient enrichir l'offre culturelle d'un territoire. Ainsi, le département de Seine-Maritime et la commune de Grugny ont participé au financement des projets et à la réhabilitation du patrimoine de l'établissement public médico-social, celui-ci hébergeant une majorité des habitants de la commune. A Étampes, l'EPS Barthélémy Durand prévoit de construire une cité culturelle comportant notamment une salle de spectacle dont le rayonnement dépassera le cadre de l'hôpital. La communauté de communes participe activement à ce projet pour améliorer l'offre culturelle du territoire.

3.7.3 Le mécénat des entreprises privées

Selon Denis Lucas, actuel responsable du fonds de dotation Matmut, le mécénat permet de soutenir de nombreux projets non financés par des collectivités publiques : « *Allez frapper à la porte des entreprises de votre territoire* » conseille-t-il.

Les entreprises peuvent avoir deux incitations à financer de tels projets : une incitation financière d'une part (réduction d'impôt qui peut aller jusqu'à 90%), et une incitation managériale d'autre part : elles peuvent communiquer sur les projets menés et proposer à leurs salariés d'y participer.

L'établissement peut choisir entre trois options pour faire appel à des fonds privés : une direction du mécénat en interne (à l'instar de l'hôpital Necker à Paris), un fonds de dotation (comme le CHU de Lille) ou une fondation (comme la fondation AP-HP). Il existe également des fonds de dotation externalisés à l'image du fonds « *Entreprendre pour aider* ».

3.7.4 Financement sur fonds propres

L'établissement doit rester attentif à ce que les financements dédiés à sa politique culturelle ne portent pas préjudice à sa mission première. Le financement sur fonds propres doit être étudié au regard de la situation économique de l'établissement : les autres modes de financement doivent être privilégiés, ce qui permet aux établissements soumis à une contrainte budgétaire importante de développer tout de même leur politique culturelle.

Les réussites observées sur le terrain témoignent parfois d'une participation financière à valeur d'engagement de la part de la structure. Même symbolique, elle peut être exigée par l'ARS et la DRAC dans le cadre de leurs appels à projets.

3.8 Prendre le temps de créer un partenariat

Selon les acteurs rencontrés, un **partenariat équilibré entre structure culturelle et établissement est un gage de réussite** : les projets doivent être co-construits entre les deux organisations. « *L'hôpital n'est pas le terrain de jeu de la culture, et les artistes ne sont pas de simples prestataires de l'hôpital* », juge ainsi Alexandra Martin.

Cela nécessite de prendre le temps de **sensibiliser les acteurs** au mode de fonctionnement de leurs partenaires : « *ce sont deux mondes différents, qui doivent s'appivoiser* », explique Françoise Liot. Cela peut passer par des formations. Cela vaut aussi bien pour les artistes que pour les soignants :

- ✓ « *On peut être un virtuose du piano et ne pas savoir comment intervenir à l'hôpital* » selon Alexandra Martin.
- ✓ « *Les professionnels remettent en cause progressivement leurs habitudes* », rapporte Caroline Quessandier, référente culturelle du CHU de Rouen. « *Ainsi, un danseur professionnel intervient dans les services et danse toujours pieds-nus. Au début, les soignants étaient choqués, maintenant quand il ne vient pas pendant quelques semaines, plusieurs demandent avec impatience quand il reviendra !* »

Deux dispositifs peuvent être utilisés pour créer progressivement un climat de confiance et s'enrichir mutuellement :

- ✓ Accueillir les artistes en **résidence**, ce qui leur permet de s'imprégner de la vie de l'établissement. Par exemple, l'écrivain Eduardo Berti a écrit une œuvre présentant des témoignages romancés de soignants d'une unité de soins palliatifs à l'issue de sa résidence dans ce service du CHU de Rouen²⁸.
- ✓ Réaliser un **jumelage** (les partenariats sont souvent de trois ans) **avec une institution culturelle**, enracinant les projets sur le long terme. Le pôle anti-cancer d'Exideuil a ainsi réalisé un jumelage avec la Compagnie du Cirque.

²⁸ BERTI Eduardo, *Une présence idéale*, Flammarion, 2017

3.9 Communiquer et valoriser, en interne et en externe

La communication est un élément essentiel du succès du projet culturel dans l'établissement. Le travail de communication est une démarche à part entière qui ne relève pas nécessairement du référent culturel.

Afin de communiquer efficacement, l'établissement peut mobiliser des outils spécifiques : affiches, flyers, programmes de saison, articles dans la lettre d'information interne, intranet, site internet, réseaux sociaux. Il peut également valoriser les événements grâce à la production d'objets dérivés (édition, œuvres plastiques, DVD, CD...). L'ouverture au public extérieur offre une visibilité supplémentaire sur la politique de l'établissement. Ainsi selon Coline Rogé, chef de projet de la ferme du Vinatier, la communication est un des leviers majeurs d'une politique culturelle en établissement. A ses yeux, la communication externe doit viser d'abord les restitutions de projets. A l'inverse, la diffusion en interne met en valeur le processus de création et ce notamment par des interventions des référents culturels en réunions de service.

3.10 Suivre et évaluer

Des indicateurs d'évaluation sont généralement requis par les institutions dans le cadre des appels à projets. Bien que les critères d'évaluation sur la réussite artistique soient difficilement quantifiables, un retour sur la démarche dans son ensemble apparaît nécessaire afin de recueillir les avis, faire remonter les éventuelles difficultés rencontrées et vérifier si les objectifs du projet sont atteints.

Conclusion

Au début de notre recherche, nous avons répertorié les différentes idées reçues relatives à l'élaboration d'une politique culturelle dans le secteur sanitaire et médico-social. Le lien entre la culture et la mission de soins et d'accompagnement des établissements n'apparaissait pas évident.

A l'issue de ce module, d'autres constats s'imposent à nous, légitimant la place de la culture dans ce secteur. Si la culture n'est pas la vocation première des établissements, elle présente toutefois de nombreux atouts. Comme le relève le Professeur Michel « *la culture ne coûte souvent pas grand chose et peut apporter beaucoup* ». Parmi les avantages d'une politique culturelle, nous retenons notamment l'enrichissement mutuel entre différents acteurs - tant les artistes et les professionnels de santé que les usagers - la valorisation du personnel, l'opportunité d'une ouverture de la structure sur l'extérieur, l'amélioration du bien-être du patient ou résident en respectant son droit fondamental à l'accès à la culture et à la pratique artistique. La culture apporte du sens et renforce les relations humaines dans un environnement très normé.

Toutefois, introduire la culture en établissement requiert du temps pour co-construire les projets avec les équipes et des compétences spécifiques, notamment une connaissance des interlocuteurs à solliciter sur le territoire. Aussi, afin de garantir la qualité des manifestations, la structure est incitée à développer une politique culturelle pérenne et cohérente notamment par le biais de son projet d'établissement.

Lors de ce module, nous avons analysé les politiques culturelles de quelques établissements. En prenant du recul, tout l'enjeu est de voir comment passer d'expérimentations locales réussies à une intégration des politiques culturelles dans l'ensemble du secteur sanitaire et médico-social pour que tous les usagers en bénéficient.

Grâce à la politique culturelle, les patients ou résidents continuent d'appartenir à la communauté des citoyens. La prise en compte de la personne dans son intégrité permet de se rappeler qu'elle est à la fois un « *être intime, un être social et un être citoyen* »²⁹. Ce sont bien nos capacités à changer de regard sur la maladie, le handicap ou encore le grand âge, mais aussi à intégrer l'altérité, qui sont redéfinies.

²⁹ Convention « Culture et Santé » 2016-2022 – Région Auvergne-Rhône-Alpes, Agence Régionale de Santé Auvergne-Rhône-Alpes, Direction Régionale des Affaires Culturelles Auvergne-Rhône-Alpes, p.4.

Sources

1) Bibliographie

- **ARNOLD** François, **AMEISEN** Jean-Claude, *Les couleurs de l'oubli*, Les Éditions de l'atelier, 2014
- **BERTI** Eduardo, *Une présence idéale*, Flammarion, 2017
- **BROUILLET** Sylvie, « La culture a trouvé sa place à l'hôpital », *La Gazette Santé Social*, décembre 2008 (n° 47), pp.32-33
- **BUBIEN** Yann, **EVEN** Rachel, **GLORION** Bernard *et al.*, « Culture à l'hôpital, culture de l'hôpital », *Les Tribunes de la santé*, 2004/2 (n° 3), p. 57-65
- **CHEMILLIER-GENDREAU** Monique, « *Culture et santé : rapport sur une politique culturelle en matière de santé* », Collection des rapports officiels, Documentation Française, 1985.
- **HERREROS** Gilles, **MILLY** Bruno, Rapport « *Culture-hôpital - De l'expérimentation à l'institutionnalisation* », mars 2009.
- **LAZAROVA** Rouja, « La culture prend soin de la santé », *La Gazette Santé Social*, décembre 2016 (n°135), pp. 15-22
- **LE COZ** Pierre, « La culture introduit du sens dans notre existence », *Revue de la société français d'histoire des hôpitaux*, n°140, juin 2011, p 10-11.
- **MAUSS** Marcel, *Manuel d'ethnographie* [Cours professé entre 1926-1939], Payot, Paris, 1971 1947 [archive], p. 89 ; cité par Thierry de Duve, *Au nom de l'art*, Minuit, Paris, 1989, p. 10.
- **MORIN** Edgar, *Encyclopaedia Universalis*, vol. 14, 1989, p.677

2) Textes de loi

- Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale
- Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- Loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires du 21 juillet 2009
- Décret Malraux N° 59-889 du 24 juillet 1959

3) Autres supports

- Dossier pédagogique InterSTICES, « Concevoir et mettre en œuvre un projet culturel et artistique dans les espaces de santé ».
- Rapport d'activités InterSTICES 2016, annexe 2.

4) Sites web

- <https://www.normandie.ars.sante.fr/index.php/les-actualites-culture-sante>
- « *La culture prend soin de la santé* », 23/12/2016, <http://www.gazette-sante-social.fr/33798/la-culture-sinvite-a-lhopital>
- Pour le développement des activités culturelles dans les hôpitaux, « *Les responsables culturels hospitaliers* », <http://www.culture.gouv.fr/culture/actualites/politique/hopitaux/responsables.htm>
- <http://InterSTICES-rhonealpes.fr/les-ressources/culture-et-sante/10-InterSTICES/pages-web/99-culture-et-sante-bilan-national-2014>
- <http://www.culturecommunication.gouv.fr/Thematiques/Developpement-culturel/Culture-et-handicap2/Commission-nationale-Culture-et-Handicap/Commission-nationale-Culture-et-Handicap-CNCH-14-janvier-2014-9eme-edition/VI-La-prise-en-compte-du-secteur-medico-social>

Liste des annexes

Annexe 1 : Tableau des personnes rencontrées	II
Annexe 2 : Grille d'entretien	III
Annexe 3 : Fiche de poste type de l'Attaché culturel	IV

Annexe 1 : Tableau des personnes rencontrées

	LIEUX	INTERVENANTS
SEMAINE 1	EHESP Rennes	M. François-Xavier Schweyer , enseignant chercheur
SEMAINE 2	Bordeaux, IUT Bordeaux Montaigne	Mme Françoise Liot , maître de conférences IUT Bordeaux Montaigne
	Bordeaux, Le Rocher de Palmer	Mme Alexandra Martin , coordinatrice du pôle culture et santé Aquitaine
	EHESP Rennes	Entretien téléphonique, M. Bernard Rigaud , vice-président du fonds de dotation Entreprendre pour Aider
SEMAINE 3	Établissement Public Départemental de Grugny (76)	Pierre Gouabault , élève D3S ; Mme Aubé chef de projet culture et santé ARS Normandie ; artistes du collectif Nos Années Sauvages ; représentants de la DRAC et du Département ; M. Mickaël Chapatte médiateur culturel ; cadres de santé ; résidents ; membres de la direction de l'établissement
	CHU Rouen	Mme Caroline Quessandier , déléguée culturelle au CHU de Rouen ; Dr. Elisabeth Guedon , chef du service des soins palliatifs CHU Rouen
	Paris : DRAC, Atelier de danse et représentation théâtrale patients-soignants-habitants	Mme Laetitia Mailho , directrice de l'association Arts et Santé, la Manufacture, coordinatrice du dispositif culture et santé en Ile de France et M. Medhi Idir , conseiller territorial DRAC Ile de France
	Étampes : Établissement Public de Santé Barthélémy Durand	Mme Véronique Bathily , responsable des arts, de la culture et du mécénat ; M. Sébastien Minger , directeur de la stratégie, des partenariats et des affaires générales
	Étampes : Établissement Public de Santé Barthélémy Durand	Mme Séverine Legrand , directrice d'interSTICES et chef de projet Culture et santé ARS Auvergne Rhône Alpes ; Mme Céline Berion , élève D3S à l'EHESP ; Mme Heïdi Giovacchini , Directrice de l'ESM Porte de l'Isère ; M. Patrick Vandenbergh , Directeur de la stratégie et des parcours de l'ARS Auvergne-Rhône-Alpes ; Mme Coline Rogé , Chef de projet de la Ferme du Vinatier ; M. Camille Curat , Infirmier au CH Le Vinatier

Annexe 2 : Grille d'entretien

Question introductive	Pouvez-vous nous rappeler rapidement votre parcours/votre positionnement sur la thématique culture et santé ?
Question 1	Pour vous, qu'est-ce que la politique culturelle dans les établissements ? <i>Relances : Quelle place de l'animation ? de l'art-thérapie ? du patrimoine ?</i>
Question 2	Comment est perçue la politique culturelle au sein des établissements par les différents acteurs ? <i>Relance : Si la perception est mauvaise, est-ce parce que ces personnes estiment que la politique culturelle n'est pas légitime/prioritaire ?</i>
Question 3	Qu'est-ce que l'art à l'hôpital ?
Question 4	Des <i>établissements</i> ont fait de leur politique culturelle une priorité , pourquoi ont-ils fait ce choix ? <i>Relance : Pourquoi certains établissements n'ont pas fait le choix de mettre en place une politique culturelle ?</i> <i>Relance : Quel impact sur l'image de l'établissement? Sur la promotion de la culture sur le territoire ?</i>
Question 5	Comment les établissements mettent en place la politique culturelle ?
Question 6	Quels sont les impacts d'une politique culturelle en établissement sanitaire ou médico-social ?
Question 7	Quels leviers mobiliser pour mettre en œuvre une politique culturelle dans un établissement sanitaire ou médico-social ? Faut-il des compétences spécifiques dans l'établissement ?
Question 8	Quels freins empêchent une politique culturelle de fonctionner ?
Question 9	Quels acteurs interviennent dans la mise en place d'une politique culturelle ? <i>Relance : Quel est le rôle de chaque acteur dans la mise en place d'une politique culturelle ?</i>
Question 10	Quel est votre rôle à vous dans ce processus ?
Question 11	Comment choisir l'offre culturelle à proposer ? <i>Relance : Faut-il adapter l'offre culturelle aux publics accueillis ?</i> <i>Relance : Est-ce que la politique culturelle est différente selon qu'on soit dans le domaine médico social ou dans le domaine de la santé?</i>
Question 12	Lors des différentes manifestations culturelles que vous avez menées ou observées, comment a réagi le public?
Question 13	Notre entretien touche à sa fin : quels sont les autres enjeux d'une politique culturelle au sein d'un établissement ? <i>Relance : Avez-vous quelque chose à ajouter ?</i>

Annexe 3 : Fiche de poste type du responsable culturel d'établissement (InterSTICES)

TITRE

Responsable culturel d'établissement (hospitalier ou médico-social).

DEFINITION

Concevoir, mettre en œuvre et évaluer la politique et les projets culturels de l'établissement en partenariat avec les structures culturelles du territoire.

CADRE DE REFERENCE

- Lois de santé de la Haute Autorité de Santé.
- Projet régional de santé.
- Projet d'établissement – volet culturel.

RATTACHEMENT HIERARCHIQUE

A la direction de l'établissement.

LIENS FONCTIONNELS

La mission du responsable culturel d'établissement est transversale. Il collabore ainsi avec tous les professionnels et tous les services de l'établissement pour mener à bien le projet culturel.

- Services administratifs
- Service communication
- Service logistique
- Services de soin (professionnels médicaux et paramédicaux)
- Services d'accueil
- Services d'animation

ECHELON

Cadre, filière administrative.

FORMATION

- Formation culturelle de gestion de projets culturels
- Niveau master

COMPETENCES REQUISES

- Capacités organisationnelles
- Capacités relationnelles
- Capacités d'adaptation et de créativité
- Capacités d'initiative et d'innovation
- Compétences de management
- Capacités rédactionnelles

CONNAISSANCES ASSOCIEES

- Conduite de projet
- Modes de fonctionnement du monde de la santé.
- Milieux culturels et artistiques.
- Sciences humaines.

« Les contrats des établissements publics de santé décrivent les transformations relatives à leur organisation et à leur gestion. Ils comportent un volet social et culturel »

Extrait de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (Titre I – Modernisation des établissements de santé, article 1er A – chapitre 1er – Mission des établissements, article 1er, article 3, IV, article L. 6114-3).

« La consolidation et le dynamisme du secteur implique un réseau d'acteurs structuré et professionnalisé. Il s'agit à terme, d'une part de promouvoir la qualité et la pérennité des actions développées, d'autre part de renforcer une dynamique transversale à l'échelle régionale, qui prenne en compte les disparités entre les territoires. »

Projet régional de santé Rhône-Alpes 2012-2017, Droits des usagers, Annexe descriptive : développement du lien entre Culture et Santé, p.26

Répertoire des métiers de la Fonction publique hospitalière, Domaine fonctionnel 5 : [Pilotage, gestion et aide à la décision], Famille [Communication, édition et culture], Sous-Famille [Culture], Fiche métier [Responsable culturel], Code métier 5B201, p. 328

ART EN ÉTABLISSEMENT - CULTURE ET SANTÉ

Valentine BONAFIOUS (AAH), Soffian BUCHERIE (DESSMS), Anne-Gaëlle CHABOD (DH),
Bertille CHONE (AAH), Quentin GARNIER (DH), Alexandre GRIS (DESSMS), Emma-Lou
NOVIANT (DH), Frédéric PAUZE (DS), Raphaëlle PERRIGAUD (DESSMS)

Résumé :

De nombreux établissements de santé et médico-sociaux font le choix de mener une politique culturelle. Ce rapport se fonde sur l'étude de plusieurs expériences menées dans différentes régions françaises.

Depuis les années 1960, les pouvoirs publics ont progressivement encouragé l'émergence de ces politiques culturelles. La signature en 1999 de la Convention « Culture à l'Hôpital » et les textes législatifs des années 2000 se sont inscrits dans cette logique, jusqu'à l'adoption en 2010 de la Convention « Culture et Santé ».

La mise en place des politiques culturelles s'appuie aujourd'hui sur une multitude d'acteurs : institutionnels (ARS, DRAC, collectivités territoriales), établissements, professionnels du monde de la santé, artistes, mécènes, usagers. Elle repose sur divers dispositifs, allant de l'appel à projet institutionnel aux conventions passées avec des opérateurs culturels (jumelage, partenariat).

L'accès à la culture est un droit fondamental, justifiant à lui seul la mise d'une place d'une politique culturelle en établissement. S'il est difficile d'évaluer une politique culturelle, nous avons pu observer diverses retombées positives. Ainsi la démarche culturelle peut avoir une influence sur le bien-être des usagers et permet de penser autrement la prise en charge. Elle peut aussi être vecteur d'une amélioration de la qualité de vie au travail et avoir un impact positif sur l'organisation, le fonctionnement et l'image de l'établissement.

Ce travail se complète de préconisations à destination des personnes souhaitant développer une politique culturelle en établissement, de la conception de la politique à sa mise en œuvre en passant par son financement.

Mots clés : Art ; Culture ; Santé ; Hôpital ; Médico-social ; Artiste ; Mécénat ; Référent culturel ; Responsable culturel ; Politique culturelle ; Appel à projet ; Label ; Droit fondamental ; DRAC ; ARS ; Jumelage ; Territoire ; Management ; Évaluation.

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