



EHESP

Directeur d'hôpital

Promotion : **2018 - 2019**

Date du Jury : **octobre 2019**

**Peut-on objectiver la politique
culturelle en milieu hospitalier ?
L'exemple du Centre hospitalier
Charles Perrens**

Marc SANCHIS-GAONACH

Remerciements

Je remercie en tout premier lieu Monsieur Thierry BIAIS, Directeur du Centre hospitalier Charles Perrens, de m'avoir permis de découvrir dans son intégralité l'hôpital, ainsi que de sa confiance dans les missions qui m'ont été confiées. J'ai particulièrement apprécié les mesures prises pour renforcer la place de l'utilisateur et améliorer la prise en charge des patients : création d'une maison des usagers, implication de l'hôpital dans le projet territorial de santé mentale de la Gironde, moyens accordés à la politique culturelle et à la communication, notamment. Toutes ces orientations attestent d'une volonté d'humaniser la prise en charge et de rehausser l'acceptation citoyenne des personnes hospitalisées tout en déstigmatisant la psychiatrie.

Je remercie également Monsieur Yohan DUBEDOUT, Directeur de la Logistique, des Achats, du Développement Durable, de la Culture et de la Communication, pour sa disponibilité et les échanges que nous avons eus quant à l'importance de la culture à l'hôpital, ainsi que Madame Stéphanie GONZALEZ, Médiatrice culturelle, qui m'a fourni de précieux conseils et fait profiter de son expérience en matière culturelle dans le milieu hospitalier.

Je tiens également à remercier tous les interlocuteurs extérieurs au Centre hospitalier Charles Perrens avec lesquels j'ai pu m'entretenir et qui m'ont parlé de la culture dans leur institution avec un réel attachement professionnel et personnel à ce thème, en particulier Monsieur Pierre GOUABAULT, Directeur de l'EHPAD de Bracieux, Madame Isabelle MARTIN, Directrice des Affaires médicales du Centre hospitalier intercommunal de Castres-Mazamet, Monsieur le Professeur Pierre MICHEL, Chef de service d'hépatogastroentérologie du CHU de Rouen, Madame Maryline MAINIL et Monsieur Lionel MIOSSEC, respectivement Directrice et Responsable du service Animation de la Clinique médicale et pédagogique Jean Sarrailh d'Aire-sur-l'Adour, ainsi que Madame Coline ROGÉ, Chef de projet à la Ferme du Vinatier.

Un grand merci à Monsieur Arthur PÈES, pour sa relecture attentive et minutieuse du présent mémoire.

Enfin, je tiens à souligner le dynamisme du Pôle Culture et Santé en Nouvelle-Aquitaine qui offre son expertise aux structures sanitaires et médico-sociales de la région et qui anime un réseau de professionnels œuvrant au développement de la culture dans le parcours de soins des Néo-Aquitains. À ce titre, une démarche régionale visant à engager une réflexion partagée sur l'évaluation des politiques culturelles en santé a été initiée à l'été 2019.

« À l'époque, à Saint-Alban, bien qu'il y avait un mur, il y avait deux portes : une devant et une derrière. Ces portes, au moins un jour par semaine, étaient tout à fait ouvertes et Forestier, qui faisait ses histoires d'art brut, ses petits bateaux, ses petits maréchaux, mettait un étalage sur le chemin. Et tous les paysans de Lozère qui passaient par là lui achetaient un tableau pour un paquet de cigarettes, pour quelques sous... Il était important de faire de l'art brut à condition de le convertir en marchandise. Cela permettait de rencontrer l'autre ».

François TOSQUELLES (1912-1994) in *François Tosquelles - Une politique de la folie* dans un reportage de Danielle SAVADON et Jean-Claude POLACK diffusé sur la Sept en 1989.

Sommaire

Introduction	1
1 Une notion polysémique se concrétisant de manière disparate malgré ses multiples enjeux	7
1.1 Qu'est-ce qu'une politique culturelle en milieu hospitalier ?.....	7
1.1.1 L'hétérogénéité des politiques culturelles déployées	7
1.1.2 L'utilité d'un projet culturel et son importance pour l'hôpital	8
1.1.3 La difficile acceptation de la culture malgré la diversité des actions	11
1.2 Le bien-être du patient et une approche humaine au cœur du projet culturel	13
1.2.1 L'impact sur la prise en charge des personnes hospitalisées	13
1.2.2 Une politique culturelle peut-elle être menée indifféremment selon les champs d'activité et services de l'établissement ?	15
1.2.3 La politique culturelle doit s'inscrire dans une démarche qualité visant une amélioration continue de la prise en charge	18
2 La question de l'évaluation de la politique culturelle du Centre hospitalier Charles Perrens	21
2.1 Une démarche évaluative afin de valoriser les actions et de rendre compte du dynamisme coopératif de l'établissement.....	21
2.1.1 Pourquoi évaluer et en quoi est-ce utile ?.....	21
2.1.2 L'expérience internationale sur l'évaluation des politiques culturelles locales semble transposable au cadre hospitalier	23
2.2 La nécessité d'instaurer un outil de gestion pour évaluer les impacts de la politique culturelle d'établissement.....	24
2.2.1 L'absence d'indicateurs préétablis et les risques liés à une création d'indicateurs culturels.....	24
2.2.2 Une nouvelle politique culturelle axée sur une logique de parcours doit s'inscrire dans une démarche évaluative.....	26
2.2.3 Le parallèle avec la <i>Balanced scorecard</i> (BSC).....	27
2.3 Le développement d'une démarche qualitative pour objectiver les impacts consécutifs au déploiement du projet culturel	32

2.3.1	La prise en compte des impacts de la politique culturelle par l'autorité de tutelle et les autres co-financeurs	32
2.3.2	L'intérêt d'une grille d'évaluation multidimensionnelle pour la justification de la politique culturelle au travers du rapport d'activité	33
2.3.3	La nécessité de rendre interprétables les données collectées en les illustrant par des parcours de « patients traceurs culturels »	35
2.3.4	Un tableau objectivant les effets diffus d'une politique culturelle et les impacts sur les trajectoires des patients.....	36
	Conclusion.....	47
	Bibliographie.....	49
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

- ARS : Agence régionale de santé
- ASPDRE : Admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat
- ASPDT : Admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers
- ASPDTU : Admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence
- BSM : Bordeaux Santé Mentale (pôle du CHCP)
- CH : Centre hospitalier
- CHCP : Centre hospitalier Charles Perrens
- CHU : Centre hospitalier universitaire
- CIM : Classification internationale des maladies
- CME : Commission médicale d'établissement
- CMP : Centre médico-psychologique
- CNFPT : Centre national de la Fonction publique territoriale
- CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
- CSP : Code de la Santé publique
- DIM : Département d'information médicale
- DMS : Durée moyenne de séjour
- DRAC : Direction régionale des Affaires culturelles
- DSM : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*
- EHESP : École des Hautes Études en Santé Publique
- EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- EPSM : Établissement public de santé mentale
- ESPIC : Établissement de santé privé d'intérêt collectif
- FRAC : Fonds régional d'art contemporain
- GHT : Groupement hospitalier de territoire
- HAD : Hospitalisation à domicile
- HAS : Haute Autorité de Santé
- HC : Hospitalisation complète
- HdJ : Hôpital de jour
- MAS : Maison d'accueil spécialisée
- MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique
- OMS : Organisation mondiale de la santé
- ONVS : Observatoire national des violences en milieu de santé
- OPP : Ordonnance de placement provisoire
- ORS : Observatoire régional de la santé
- PI : Péril imminent
- PTSM : Projet territorial de santé mentale
- PUMA : Psychiatrie d'Urgence Arcachon-Médoc (pôle du CHCP)
- PUPEA : Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (pôle du CHCP)
- RIM-P : Recueil d'Information Médicalisée en Psychiatrie
- SCIC : Société coopérative d'intérêt collectif
- SL : Soins libres
- SSR : Soins de suite et de réadaptation
- UNAFAM : Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques
- UNESCO : Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture
- UNIVA : Pôle universitaire de psychiatrie adulte (pôle du CHCP)
- USLD : Unités de soins de longue durée

Introduction

Vingt ans ont passé depuis la conclusion de la convention du 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 sociale¹ et il est désormais communément admis que la culture a toute sa place à l'hôpital. La culture participe de la prise en charge du patient, sans toutefois se confondre avec une approche médico-soignante. En ce sens, l'existence d'une politique culturelle vise à améliorer l'environnement de la prise en charge afin d'atténuer la froideur que peuvent renvoyer les murs ou les couloirs d'un hôpital. La culture peut être envisagée comme complémentaire aux soins et permettre au patient de continuer à avoir une pratique culturelle – quelle qu'en soit la manifestation – malgré une hospitalisation.

La culture est un terme polysémique qui a donné lieu à une abondante littérature dans des champs très variés tels que la philosophie, la sociologie, l'ethnographie ou encore l'anthropologie. Dans la lignée des travaux de Bernard LAHIRE sur les problématiques culturelles, il convient de souligner la diversité des approches pour définir ce terme. Il est ainsi difficile de trouver une acception qui fasse consensus et toute tentative de définition ne peut être qu'arbitraire et parcellaire :

- **Approche systémique ou anthropologique** : la culture est une construction propre à l'humain de « savoirs, de codes, de valeurs ou de représentations associés à des domaines réguliers de pratiques » [Bernard LAHIRE, 2006]. Elle est « partout où la règle se manifeste » [Claude LÉVI-STRAUSS, 1948, 1961].
- **Approche sociologique** : la culture est un outil de distinction sociale lié à l'affirmation de pratiques diverses selon les groupes sociaux².
- **Approche philosophique** : on oppose souvent nature et culture en avançant que la culture « désigne l'ensemble des faits symboliques qui ajoutent à la nature une signification dont celle-ci semblait dépourvue » [Charles-Éric de SAINT-GERMAIN, 2011], ce qui suppose une intervention humaine. La philosophie antique et Cicéron en premier lieu, attribuent à la culture un aspect plus spirituel en la considérant comme la « culture de l'âme » permettant d'élever l'esprit humain. Les philosophes des Lumières ont véhiculé l'idée que la culture permettait de perfectionner l'homme et de le civiliser. Dans la philosophie moderne puis contemporaine, la tension intellectuelle sur le terme de culture porte essentiellement sur le paradoxe selon lequel elle était initialement censée unifier l'espèce humaine se distinguant de l'animal [Blaise PASCAL, 1651 ; Emmanuel KANT, 1789, 1803] mais qu'elle est aujourd'hui également un facteur de division par le biais de l'affirmation de la diversité culturelle.
- **Approche juridique ou en termes de politique publique** : la culture est institutionnalisée par l'État, encadrée par le Droit, et sert à atteindre les

¹ Sur les jalons de l'institutionnalisation de la culture à l'hôpital, on pourra se reporter à l'annexe intitulée : « Action culturelle à l'hôpital : quelques repères », article rédigé par Jacques BRUNIER et tiré de la *Revue de la Société française d'histoire des hôpitaux*, n° 156, 2016.

² De nombreux travaux ont été consacrés à ces aspects sociologiques, notamment, et pour n'en mentionner que les premiers, Pierre BOURDIEU et Luc BOLTANSKI, *Un art moyen : essai sur les usages de la photographie*, Éditions de Minuit, 1965 ; Pierre BOURDIEU et Alain DARBEL, *L'amour de l'art. Les musées d'art européens et leur public*, Éditions de Minuit, 1966 ; Pierre BOURDIEU, *La Distinction. Critique sociale du jugement*, Éditions de Minuit, 1979.

objectifs fixés par les pouvoirs publics (sociaux, aménagement du territoire, valorisation touristique, entre autres).

- **Approche économique** : la culture peut être assimilée à une industrie avec une production de biens et de services monnayables. Impulsée par une politique publique, la culture peut également avoir des externalités économiques³.
- **Approche internationale** : la culture est instrument d'influence et de consolidation du « *soft power* » au service de la diplomatie culturelle des États qui leur permet de nouer des relations politiques par d'autres vecteurs, d'améliorer leur image à l'international et, *in fine*, de promouvoir leurs intérêts [Joseph NYE, 2004].
- **Approche « médicale »** : les relations entre la culture et la médecine ont toujours existé, en particulier dans les rapports entre Art et science médicale, notamment au regard des représentations anatomiques que ce soit dans la statuaire antique ou dans des ouvrages de médecine⁴ qui ont été diffusés à partir de l'invention de l'imprimerie. Les travaux du médecin humaniste André VÉSALE⁵ (1514-1564), qui a accordé une place importante à la beauté et à la forme dans son exercice de la médecine, sont un des exemples emblématiques des liens forts entre culture, Art et médecine. En psychiatrie, Philippe PINEL a abondamment écrit sur l'importance des peintres, des sculpteurs et des poètes dans son *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale* publié en 1809. Paul RICHER, dans *L'Art et la médecine*, publié en 1902, montre l'utilité de l'Art pour diffuser la connaissance sur les maladies.
- **Approche épistémologique** : le concept scientifique de culture s'est progressivement construit dans le champ des sciences sociales afin de mieux décrire son rôle dans les processus humains⁶.

Il est ainsi difficile de donner une définition univoque d'un objet aussi malléable que la matière culturelle. Dans tous les cas, ses implications sociales ne peuvent être exclues de sa définition car elles sont au cœur de l'étude d'impacts de la politique culturelle en milieu hospitalier.

En France, les politiques culturelles sont historiquement centralisées et l'État a toujours été l'acteur principal de ces dernières. Un début de déconcentration des compétences culturelles intervient au cours des années 1960. La décentralisation des années 1980 affecte peu les politiques culturelles, même si de grandes villes françaises, sans attendre ces évolutions administratives, ont pris, dès l'entre-deux-guerres, l'initiative de mener des politiques culturelles locales. Les années 1970 marquent un tournant avec la professionnalisation des politiques culturelles induite par l'affirmation de nouveaux acteurs, notamment les régions, les départements puis, plus tardivement, dans les années 2000, les intercommunalités. Cette évolution de la répartition des compétences culturelles montre la complexité de la

³ À ce sujet, on pourra se rapporter à l'exposé de Yann NICOLAS, « Méthode d'évaluation des impacts économiques d'une activité culturelle », ministère de la Culture, Chaire interuniversitaire et interdisciplinaire en économie sociale et solidaire et soutenabilité du territoire des Hauts-de-France (ChairESS), Région Hauts-de-France, 2017, <https://www.youtube.com/watch?v=ZHPvVFO1Hr8>, consulté le 9 août 2019.

⁴ À ce sujet, les représentations artistiques dans les ouvrages de médecine ont pu déclencher des critiques acerbes, notamment chez Xavier BICHAT dans son *Traité d'anatomie descriptive* publié en 1812.

⁵ À ce sujet, Georges CANGUILHEM écrit : « L'homme de Vésale vit dans un monde humanisé qui lui renvoie les marques de son activité », soulignant l'approche culturelle de Vésale dans son exercice médical.

⁶ À ce sujet, on pourra se reporter à l'analyse complète de Denys CUCHE, *La notion de culture dans les sciences sociales*, La Découverte, 2010, qui montre l'évolution épistémologique du concept de culture au travers des nombreuses disciplines que forment les sciences sociales.

mise en œuvre des politiques culturelles et explique en partie la profusion d'initiatives. Poursuivant cette extension des acteurs des politiques culturelles, le début des années 2000 marque l'irruption des politiques culturelles en milieu hospitalier. Malgré ces évolutions qui laissent supposer une plus grande autonomie des acteurs des politiques culturelles, « le partenariat avec l'État se généralise et confère sa singularité aux politiques publiques de la culture en France » [Jean GARRIGUES]. Le cofinancement ARS-DRAC-Conseil régional des politiques culturelles hospitalières est le reflet de la tradition centralisatrice de la culture en France (au moins pour les deux premières entités). Les politiques culturelles poursuivent ainsi au moins quatre types d'objectifs : protéger le patrimoine⁷, soutenir la création, développer les dispositifs de médiation culturelle⁸ et rendre accessible la culture à tous. L'hôpital semble concentrer ses efforts sur les deux derniers types d'objectifs. Ces particularités de l'action de l'État dans l'impulsion des politiques culturelles légitiment, pour certains auteurs, l'idée de « modèle français de politique culturelle⁹ ».

Afin de guider la réflexion dans ce mémoire, une approche en trois temps sera adoptée : **1. prise en compte des questions ontologiques sur la place de la culture à l'hôpital ; 2. analyse des aspects téléologiques de la culture à l'hôpital ; 3. explications méthodologiques sur l'objectivation des impacts d'une politique culturelle à l'hôpital.** Cette typologie des problématiques liées à la culture en établissement de santé sera appliquée dans le présent travail afin de répondre à des questions en apparence simples mais qui appellent des réponses nuancées : qu'est-ce que la culture à l'hôpital ? Qui porte la culture à l'hôpital ? Où se manifeste-t-elle ? Pourquoi faire entrer la culture à l'hôpital ? Comment déployer la politique culturelle ? Et comment l'évaluer ? Ces questions reprennent la progressivité du cheminement intellectuel sur l'appréhension d'une politique culturelle : dimensions ontologiques > dimensions téléologiques > dimensions méthodologiques tel que proposé par Jean-Gilles LOWIES¹⁰ (Université libre de Bruxelles) afin de structurer les réflexions et les débats pouvant en découler.

En psychiatrie, la culture fait partie de la prise en charge et peut contribuer au rétablissement¹¹. Elle revêt une importance particulière pour les patients hospitalisés au long cours ou ceux bénéficiant d'un suivi ambulatoire (hôpital de jour ou CMP). Elle peut également permettre aux patients de s'affranchir du cadre institutionnel, tout en favorisant la création de lien social avec d'autres patients et

⁷ Même si la médiation culturelle a acquis une place importante à l'hôpital, les établissements de santé accordent une importance particulière à la valorisation de leur patrimoine comme en atteste le numéro 156 de la *Revue de la société française d'histoire des hôpitaux* portant sur l'« Action culturelle et [le] patrimoine hospitalier » publié en 2016.

⁸ La médiation culturelle regroupe « l'ensemble des stratégies et dispositifs mis en œuvre pour rendre possible ou plus aisé l'accès ou la rencontre avec les propositions culturelles et artistiques qui se tiennent, sous toutes les formes possibles et dans tous les univers culturels, du côté de l'héritage, du patrimoine ou de la création » in Sabine de VILLE, « La médiation, lieu de culture », *Cahier 3*, Réseau des Arts à Bruxelles (RAB) et *Brussels Kunstenoverleg*, 2013.

⁹ À ce sujet, on pourra se reporter notamment aux analyses de : Vincent DUBOIS, « Le "modèle français" et sa "crise" : ambitions, ambiguïtés et défis d'une politique culturelle » in Diane SAINT-PIERRE et Claudine AUDET (dir.), *Tendances et défis des politiques culturelles dans les pays occidentaux*, Presses universitaires de Laval, 2010.

¹⁰ Sur ces aspects méthodologiques, on pourra se reporter au travail suivant : Jean-Gilles LOWIES, « L'évaluation des politiques culturelles, une utopie ? », *Revue belge de droit constitutionnel*, Bruylant, 2014, ainsi qu'à la conférence du même auteur mentionnée en bibliographie.

¹¹ Sur le lien entre rétablissement, culture et insertion sociale, voir l'article de Tim GREACEN et Emmanuelle JOUET : « Rétablissement et inclusion sociale des personnes vivant avec un trouble psychique : le projet EMILIA » publié dans *L'information psychiatrique*, vol. 89, 2013 ou encore le dossier « Apprendre le rétablissement » dirigé par Christian LAVAL de la revue *Rhizome – Bulletin national santé mentale et précarité*, n° 65-66, 2017. Ce dossier porte sur le rétablissement et la nécessité de prendre en compte, dans cette approche du soin, « le contexte social, politique, culturel et économique dans lesquels les personnes vont mal se rétablissent ». Il est également mentionné que « [...] toutes les activités permettant le rétablissement de la personne sont essentielles et méritent d'être développées : accès à la scolarisation, à la culture, à l'activité physique ».

professionnels. Au CHCP, la culture est structurée en projet et s'inscrit dans le projet d'établissement. Elle est impulsée par une direction en charge de la politique culturelle. Outre la continuité d'une pratique culturelle proposée par l'établissement, la culture peut servir de fenêtre ouverte sur l'extérieur pour les usagers. Elle contribue aussi à renforcer l'ouverture de l'hôpital sur la ville avec le développement des coopérations extérieures, tout en œuvrant à la déstigmatisation de la santé mentale.

De manière plus générale, malgré des objectifs louables et un déploiement toujours plus large et bien que la culture ait su s'affirmer progressivement à l'hôpital, cette dernière peut courir le risque de devenir le parent pauvre des projets menés voire devenir une variable d'ajustement, car elle représente un coût et qu'il est parfois difficile d'en mesurer concrètement les effets tangibles ; alors même qu'une politique culturelle produit des effets sur les personnes qu'elle touche, dans le sens où ces dernières vivent une expérience individuelle et collective¹² lors des actions culturelles, entraînant des réactions « cognitives, émotionnelles et rationnelles » chez les individus [Erving GOFFMAN, 1991].

En outre, il est parfois difficile d'avoir une vision claire de la culture en institution. À cet égard, il convient de bien distinguer l'Art thérapie, l'animation occupationnelle¹³ auprès des usagers et le projet culturel d'établissement. On observe parfois dans les établissements une confusion de ces trois éléments qui est en partie due à la polysémie du mot « culture » et au positionnement professionnel des acteurs¹⁴ [Dominique SPIESS, 2013]. **Le projet culturel s'inscrit dans une approche globalisante et partenariale qui ouvre l'hôpital sur l'extérieur et dans une appréhension différente du patient.** Le projet culturel ne doit pas avoir une fonction thérapeutique ni être un prétexte de soins, ce n'est pas son but, même s'il peut contribuer à améliorer la prise en charge médico-soignante, notamment par la création d'ateliers culturels en unités de soins (cf. fiche action 2.2 du projet culturel 2019-2024 du CHCP).

La culture doit également permettre d'interroger les pratiques et l'institution en questionnant la notion de frontières alors que les hôpitaux ont longtemps été considérés comme des lieux fermés, en particulier en psychiatrie pour diverses raisons que souligne, à sa façon, François TOSQUELLES : « Je préfère le mot asile à hôpital psychiatrique. On ne sait pas ce que ça veut dire hôpital psychiatrique ! Le type qui vient là y trouve refuge [...] ; les murs de l'asile créent des portes à l'intérieur ; [...] les murs protègent les malades des méfaits de la famille et des méfaits de la société¹⁵ ». Un projet culturel ambitieux doit avoir pour objectif de

¹² Cf. Ervin GOFFMAN, *Les cadres de l'expérience – Essai sur l'organisation de l'expérience*, Éditions de Minuit, 1991.

¹³ Flavie BAUDRIER, dans un article de 2004 publié dans *Le Quotidien du Médecin*, mentionne que « la culture à l'hôpital dépasse largement le cadre d'une animation : il s'agit de créer un bain de culture, un environnement d'échanges entre l'établissement et l'extérieur ».

¹⁴ Ce phénomène est notamment souligné par Dominique SPIESS, dans son essai *Politiques culturelles dans les établissements de santé* (2013) : la définition de la « culture » est très dépendante de l'interlocuteur qui utilise ce mot. S'appuyant sur les entretiens qu'elle a réalisés, elle explique que « pour le médecin, la culture est un milieu, en environnement » ; « pour l'usager, elle est un moment artistique » ; « pour la représentante d'une institution de santé, elle est un moyen, un art au service des soins, une action indissociable du soin ». Ces acceptions de la culture n'ont pas la prétention de refléter une appréhension par corps professionnel mais montrent que la culture fait appel à une forte subjectivité. Les buts qu'on lui assigne et la façon que l'on aura de l'évaluer seront également soumis à ce biais subjectif que l'on retrouve dès l'étape de définition.

¹⁵ François Tosquelles - *Une politique de la folie* dans un reportage de Danielle SAVADON et Jean-Claude POLACK diffusé sur la Sept en 1989. Précisions que cette vision, influencée par le mouvement de la psychothérapie institutionnelle, ne correspond plus à la prise en charge actuelle. On justifiera la présence de la culture à l'hôpital par le fait que la mise à l'abri en psychiatrie – mentionnée par François TOSQUELLES –, suite à la crise, constitue un temps intérieur pour la reconstruction psychique du patient mais peut également couper du monde réel et provoquer un isolement social incompatible avec le

changer le regard porté sur l'institution. En EHPAD, l'essor de projets intergénérationnels comme la coopération avec des lycées (agricoles, hôteliers) est un autre exemple de remise en cause des frontières institutionnelles. **Le projet culturel doit permettre d'activer les réseaux de l'institution car la vitalité réticulaire est au centre du projet culturel** et est, par ailleurs, un bon indicateur d'évaluation de la politique culturelle (dans le sondage mené dans le cadre de ce mémoire, 45 % des répondants estiment que « les coopérations dans le champ culturel permettent de soutenir une politique culturelle dynamique »).

La principale difficulté d'un essai d'évaluation de la culture est de se confronter à la culture de l'évaluation à l'hôpital. En effet, alors que l'hôpital est un milieu toujours plus normé¹⁶ et où la maîtrise des risques¹⁷ est un des objectifs principaux, faire pénétrer la culture dans un tel lieu, c'est se confronter à de nouveaux défis et bousculer les routines professionnelles **en acceptant l'idée que tous les effets d'une politique culturelle ne peuvent être mesurés ni contrôlés totalement, mais ceux qui peuvent l'être ne devraient pas être ignorés**. La culture est une matière éminemment subjective, abstraite et polysémique qui s'inscrit toutefois dans un contexte institutionnel marqué par d'importantes contraintes (financières, ressources humaines, territoriales, droits des patients, faisabilité technique de certains projets, communication, sécurité) ce qui rend son évaluation complexe et imparfaite. L'interprétation des impacts de la politique culturelle doit ainsi être faite avec la plus grande des prudenances car elle n'a pas pour prétention d'être une fidèle traduction de la réalité, d'autant plus que la culture peut interroger la nature humaine au plus profond d'elle-même et que chaque individu aura un ressenti différent vis-à-vis de la culture, lui-même conditionné par des codes culturels [Maurice MERLEAU-PONTY¹⁸, 1945].

Ainsi, au regard de ce qui a été développé *supra*, **comment réussir à évaluer la politique culturelle à l'hôpital, dans quel but et jusqu'à quel point la logique de performance sous-jacente à celle de l'évaluation et à une approche économétrique s'applique-t-elle à la culture ?** Les supposées spécificités de la culture par rapport à d'autres matières traitées par les autres directions font-elles de la culture une matière « à part » à l'hôpital, qui échapperait aux contingences administratives ? **Loin d'être un électron libre, la matière culturelle doit être évaluée, tout autant que ses impacts sur la prise en charge**. L'évaluation pourrait en outre être envisagée comme une façon de pérenniser cette politique cofinancée par plusieurs institutions à qui il est nécessaire de rendre des comptes (« *accountability*¹⁹ ») et **doit être appréhendée sur des aspects quantitatifs tout autant que qualitatifs qui permettraient d'objectiver au mieux l'utilité, les bénéfices et les impacts du déploiement d'une politique culturelle à l'hôpital**.

processus de rétablissement de la personne. La culture peut participer à la resocialisation de la personne tout en faisant pénétrer le monde extérieur dans l'hôpital.

¹⁶ Au sujet de cette technicité du monde hospitalier, Jean-Maurice LASSERRE soulignait que « tout sépare *a priori* le directeur manager engagé dans une démarche rationnelle et l'Art dans l'univers de la subjectivité. Tout oppose l'hôpital moderne où règne en maître la technique et la culture valeur d'humanité. Cette vision réductrice et caricaturale est aujourd'hui dépassée », *Entreprise Santé*, n° 36, 2001.

¹⁷ Cf. Eytan ELLENBERG, « Le management des risques à l'hôpital », *Actualité et dossier en santé publique*, n° 45, 2003.

¹⁸ *Phénoménologie de la perception*, NRF, Gallimard, 1945.

¹⁹ Sur cette notion, importante pour les politiques publiques, on pourra se reporter aux analyses d'Hervé DUMEZ, « De l'obligation de rendre des comptes ou *accountability* », *Annales des Mines – Gérer et comprendre*, n° 91, 2008, ou encore Denis CHOFFEL et JérémY ALDRIN, « Réflexions autour de la notion "d'*accountability*" à travers l'application d'une grille d'analyse sur deux études de terrain en management public », *Gestion et management public*, 2015.

Ce mémoire sera en outre l'occasion de s'interroger sur les pratiques évaluatives hors cadre hospitalier où les expériences sont plus avancées, notamment dans le cadre des politiques de formation, de la didactique ou encore des politiques culturelles locales, en partie transposables à l'expérience hospitalière. Cette approche comparative a pour objectif d'adapter certaines conclusions sur l'évaluation des politiques publiques à l'organisation et au service public hospitaliers. Dans la même optique, on pourra recourir à certains outils issus du secteur privé (*Balanced scorecard*), et notamment du *marketing* (mesure de la satisfaction), en les adaptant au contexte hospitalier.

Même si la problématique principale mentionnée *supra* invite à recentrer l'analyse sur un thème précis, des questions connexes à celles de l'évaluation surgiront. La série de questions suivantes servira à guider la réflexion selon le cheminement en trois temps précédemment évoqué. Certaines seront reprises et illustrées dans ce mémoire. Avant toute chose, il pourra être pertinent de s'interroger sur le sens donné à la notion de politique culturelle car, rappelons-le, la politique culturelle de l'hôpital n'est pas contraignante pour les patients et n'a pas pour objectif utopique et idéologique de façonner un homme nouveau... Bien au contraire, sa mise en œuvre est souvent confrontée à des moyens limités faisant appel avant tout à la créativité des agents et renvoyant à des choix raisonnables d'un point de vue financier. La politique culturelle s'inscrit toutefois dans un cadre institutionnel qui nécessite de faire des arbitrages sur des choix culturels : une culture encadrée est-elle toujours conforme à l'idée de liberté culturelle ? Quelle est la spécificité de la culture en milieu hospitalier ? Peut-on tout se permettre dans un établissement public de santé et *a fortiori* de santé mentale ? Comment professionnaliser la politique culturelle afin d'éviter qu'elle ne serve de simple dérivatif pour les patients ou qu'elle ne devienne un portefeuille fourre-tout ? Pourquoi continuons-nous d'être confrontés à certaines opinions visant à dévaloriser la culture à l'hôpital, la considérant comme un objet non prioritaire alors qu'elle peut permettre d'améliorer la prise en charge ? L'opposition entre soins et culture est-elle si pertinente que cela à l'heure où des exemples étrangers de « culture sur ordonnance » (partenariat Musée des Beaux-Arts de Montréal – Association des médecins francophones du Canada) nous montrent une fois de plus la complémentarité des approches ? La politique culturelle mise en œuvre par l'administration ne présente-t-elle pas un risque d'immixtion dans l'approche médico-soignante ? N'est-il pas paradoxal d'évoquer continuellement l'exigence de qualité de la prise en charge en considérant la culture comme accessoire ? La France, pays de « l'exception culturelle », est-elle en retard dans la prise en charge sanitaire et l'accompagnement médico-social des patients/résidents dont un des piliers serait la culture par rapport à d'autres systèmes de santé ? Enfin, ne risque-t-on pas de dénaturer les objectifs d'une politique culturelle en tombant dans le « culte des indicateurs²⁰ » ou de brider la créativité en voulant l'enserrer dans un cadre évaluatif trop administratif ; **ou, au contraire, ce cadre administratif n'est-il pas une condition *sine qua non* pour permettre à la culture de prospérer à l'hôpital sur de solides fondements, dont une démarche d'évaluation, pour savoir si les décisions prises ont du sens et répondent à l'exigence de bon usage des deniers publics tout en assurant une prise en charge optimale ?**

²⁰ Expression reprise du rapport de Jean ARTHUIS, « LOLF : culte des indicateurs ou culture de la performance ? », *Rapport d'information n° 220*, Sénat, 2005.

1 Une notion polysémique se concrétisant de manière disparate malgré ses multiples enjeux

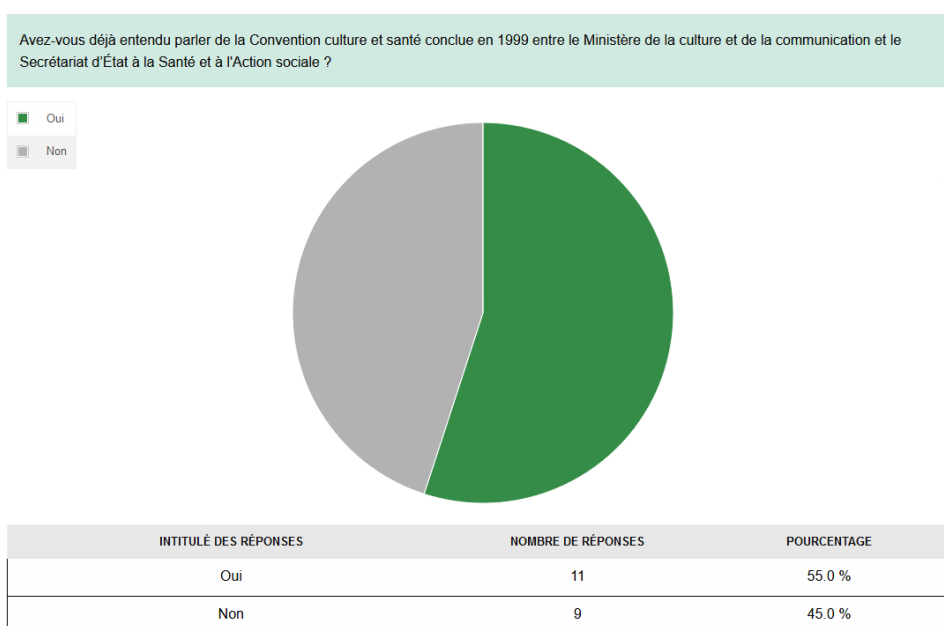
1.1 Qu'est-ce qu'une politique culturelle en milieu hospitalier ?

1.1.1 L'hétérogénéité des politiques culturelles déployées

Dans le cadre d'une approche comparative, vingt établissements de santé ont répondu à une enquête sur la place de la politique culturelle²¹ et l'appréhension de la question de l'évaluation de cette dernière. Des établissements ayant des champs d'activité différents (MCO, EHPAD-USLD, SSR, psychiatrie) et de taille diverse ont répondu : centres hospitaliers, CHU, ESPIC, et il ressort de cette enquête des résultats très différents.

Même si la grande majorité des établissements mène des actions culturelles, la principale conclusion que l'on peut tirer est l'absence, pour une majorité des établissements répondant, d'une politique d'évaluation des actions culturelles, souvent en raison de faibles moyens accordés à ce domaine ou parce que la méthodologie semble trop complexe à mettre en place pour impulser une véritable étude d'impacts de la politique culturelle menée.

Il est également intéressant de constater que la convention du 4 mai 1999 reste encore relativement méconnue au regard des réponses obtenues²², peut-être réservée aux seuls professionnels s'intéressant véritablement aux questions culturelles. Et parmi les répondants, seuls 30 % affirmaient connaître les principaux objectifs de la convention. Cela pourrait expliquer pourquoi l'ARS de Nouvelle-Aquitaine souhaitait en mars 2019, à l'occasion d'un séminaire organisé par le Pôle Culture et Santé en Nouvelle-Aquitaine, que plus d'établissements répondent aux appels à projet culture et santé, ce qui passerait également par une meilleure communication sur ce sujet et en particulier sur le cadre réglementaire.



²¹ Le dernier grand bilan national sur les pratiques culturelles dans les hôpitaux semble remonter à août 2000 (cf. bibliographie sous-partie « Sources juridiques et documents institutionnels »).

²² En 2004, soit cinq ans après sa conclusion, 42 % de chefs d'établissement n'avaient pas connaissance de l'existence de la convention (*Revue de la Société française d'histoire des hôpitaux*, n° 114, 2004).

On constate également que la culture est impulsée différemment selon les hôpitaux. Si certains mènent cette politique à partir d'une direction de la culture et/ou de la communication (33 % des répondants), la culture est parfois à cheval entre deux directions et s'inscrit dans un périmètre ambigu avec différents centres de décisions. La direction des usagers est désignée, pour 11 % des répondants, comme la direction impulsant la politique culturelle. Quatre établissements sur les vingt interrogés indiquent qu'aucune direction ne traite des questions culturelles qui sont plutôt gérées par une personne impliquée dans la culture à l'hôpital et de manière décentralisée. Pour trois établissements, la culture est directement rattachée à la direction générale.

1.1.2 L'utilité d'un projet culturel et son importance pour l'hôpital

Le projet culturel est primordial pour définir la place et le rôle de la culture à l'hôpital et prioriser les actions culturelles et les objectifs recherchés. Le CHU de Toulouse a été un des pionniers en la matière²³ en intégrant, dès 2001, un projet culturel dans son projet d'établissement au même titre que le projet médical ou le projet de soins²⁴. Ce projet peut sembler daté mais ses constats et conclusions sont toujours d'actualité. Le préambule de ce projet culturel novateur et ambitieux identifie clairement le but recherché en faisant entrer la culture à l'hôpital : le projet culturel « **est une démarche qualité au service de l'humanisation de l'environnement hospitalier et de l'amélioration permanente des conditions de séjour du malade hospitalisé** ». Le projet culturel du CHU de Toulouse lie en outre l'humanisation de l'hospitalisation²⁵ à l'amélioration des conditions d'hébergement. Il consacre en début de projet culturel d'importants développements aux différents sites hospitaliers, pour certains desquels il est relevé une « architecture pavillonnaire archaïque et modernisée maladroitement [ou] au contraire concentrée et massive rappelant le temps proche du béton triomphant dans certains quartiers urbains des années soixante ». Cette approche très matérielle de la place de la culture à l'hôpital montre que cette dernière peut concerner et influencer sur des aspects très concrets de l'hospitalisation. Ce projet souligne également l'évolution ambulatoire de la prise en charge des patients : « le développement des services d'hospitalisation de jour et de semaine, a changé radicalement, au cours de ces deux dernières décennies, le mode de vie du malade dans la structure hospitalière [...] ». Tous [les patients] méritent de participer aux projets culturels ainsi que les membres de leur famille, aux côtés des équipes soignantes qui ont en charge la globalité de la qualité de leur séjour ». Cette évolution ambulatoire entraînant un plus grand *turnover* des patients est à prendre en compte dans le déploiement d'une politique culturelle. Ces quelques extraits mettent en exergue les principaux aspects légitimant la culture à l'hôpital : l'humanisation de la prise en charge, la participation des patients à leur prise en charge (« *empowerment*²⁶ ») et le développement d'une culture de la qualité à l'hôpital²⁷, y compris en proposant une offre culturelle. L'humanisation de l'hospitalisation passait, dans ce projet

²³ Maurice ROCHAIX (dir.), « Le projet culturel du CHU de Toulouse », *Revue de la Société française d'histoire des hôpitaux*, n° 101, 2001.

²⁴ On peut également mentionner une formation nationale « Développer un projet culturel à l'hôpital », dispensée en 2002 à Bordeaux, par l'Agence Rhône-Alpes de services aux entreprises culturelles (ARSEC) et déployée dans toute la France par les circulaires DHOS-P2/délégation au développement et à l'action territoriale/20001/n°386 du 1^{er} août 2001 et DHOS-PS-2/DDAT-DAT/2002 n° 431 du 30 juillet 2002.

²⁵ Dominique GILLOT estime que la culture permet de redonner aux hôpitaux une « dimension humaniste sans laquelle la technicité n'est rien [...] et [permet de] faire passer les malades du statut d'assisté à celui d'individu ».

²⁶ Cf. Dominique PELJAK, « *Empowerment* en santé mentale : pour une évolution du droit sanitaire français », *Revue française des affaires sociales*, n° 6, 2016.

²⁷ À ce sujet, on pourra se reporter à l'ouvrage suivant : Gilles HERREROS et Bruno MILLY, *La qualité à l'hôpital – Un regard sociologique*, L'Harmattan, 2011.

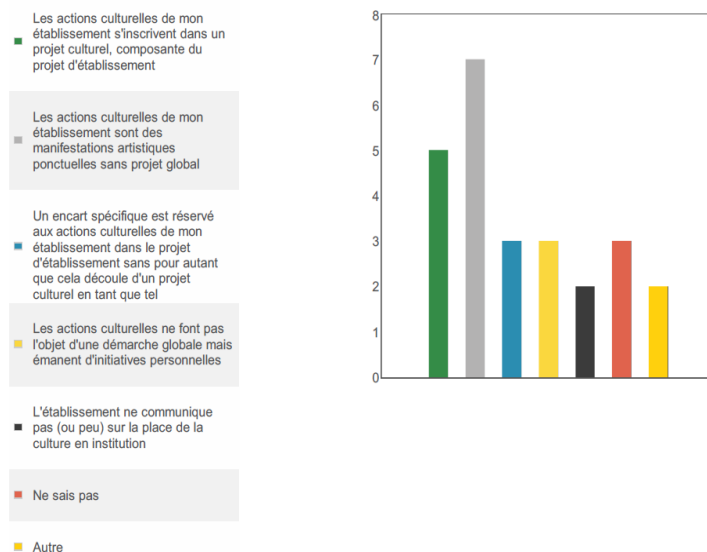
culturel, par « de nombreuses initiatives [pour tenter] de pallier les risques de déstructuration et de sentiment d'abandon social et culturel que pouvait éprouver le malade hospitalisé [...] notamment les actions menées par les visiteurs bénévoles, l'organisation des prêts de livres par les associations, l'accès à des boutiques de presse, la création d'activités socioculturelles et d'animation organisées le plus souvent grâce à la motivation de personnels hospitaliers bénévoles... Tous ces efforts ont significativement amélioré l'image et le vécu de l'hospitalisation ». L'élaboration d'un projet culturel permet également de réduire les inégalités d'accès aux actions culturelles pour les patients hospitalisés : « La réponse aux besoins culturels des patients accueillis sur l'ensemble des sites du CHU de Toulouse et des personnels hospitaliers et étudiants est, on le constate, loin d'être négligeable bien qu'inégale. Elle mérite d'être consolidée par l'élaboration d'un projet institutionnel fort et ambitieux pour répondre à l'ensemble des besoins des usagers de l'hôpital ».

Le CHCP a quant à lui manifesté dès 2004 l'intention d'intégrer un volet culturel à son projet d'établissement comme en atteste cet extrait d'un courrier de l'Agence régionale de l'hospitalisation d'Aquitaine signé par son Directeur, Alain GARCIA, et reçu le 11 octobre 2004 à la Direction générale du CHCP : « L'intégration d'un volet Culture, dont l'objectif est de développer une "vie culturelle" dans l'établissement tant au bénéfice des patients et des familles que des personnels, prend le contre-pied d'une conception asilaire de l'hôpital psychiatrique replié sur lui-même. En ce sens, je ne peux que louer cette démarche [...] ».

Vingt ans après le projet culturel du CHU de Toulouse, on constate que le projet culturel n'est pas aussi généralisé que les autres composantes du projet d'établissement, qui sont quant à elles réglementairement définies²⁸, ce qui peut expliquer les fluctuations de la façon d'intégrer et donc de valoriser les actions culturelles au sein des établissements. À cet égard, la loi du 31 juillet 1991 qui est à l'origine, pour les hôpitaux, de l'obligation de formaliser des projets, ne mentionne aucunement la culture. Cela tend à montrer, malgré le précédent du rapport Chemillier-Gendreau de 1985 (culture et santé) et la tradition française de centraliser la culture, que ce sujet n'avait pas assez d'importance pour que le législateur ait songé à légiférer dessus. Un article rédigé en 1993 par le Dr Pierre VANECCLOO – médecin psychiatrie alors président de CME – analyse l'impact de cette loi mais ne mentionne pas la culture, alors même qu'elle possède historiquement une place primordiale en psychiatrie. Aujourd'hui encore, on constate que la culture, pour diverses raisons, n'est pas aussi formalisée que d'autres aspects du projet d'établissement. Il ressort de l'enquête menée qu'il n'est pas accordé la même importance à l'intégration des actions culturelles dans les documents institutionnels. Le projet culturel en tant que composante du projet d'établissement n'est pas obligatoire. L'évaluation, par conséquent, ne s'inscrit dans aucun cadre réglementaire. Cinq répondants ont indiqué que les actions culturelles étaient mentionnées en tant que telles dans le projet d'établissement ; sept ont indiqué que les actions culturelles étaient trop ponctuelles pour être intégrées dans le projet d'établissement.

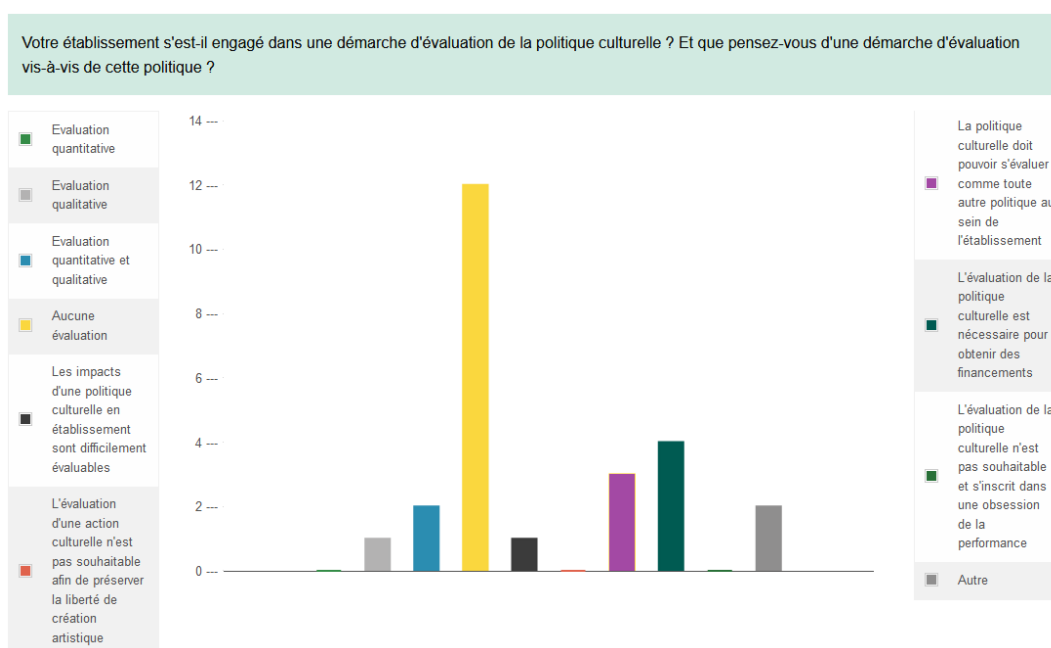
²⁸ Article L6143-2 du CSP: « Le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement. Il prend en compte les objectifs de formation et de recherche définis conjointement avec l'université [...]. Il comporte un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, ainsi qu'un projet psychologique et un projet social [...] ».

Question 7: Les actions culturelles sont-elles formalisées, si oui, sous quelle forme ?



La formalisation lacunaire ou inexistante des actions culturelles dans le projet culturel de certains établissements montre la difficile acceptation de la culture à l'hôpital et légitimerait l'idée que la culture ne serait pas assez « noble », « utile » ou « prioritaire » pour y figurer. Certains agents peuvent avoir des réflexions dures à l'égard de la culture qui serait, selon eux, un sujet futile et avec une vision caricaturale : « L'hôpital n'est pas un centre aéré ; c'est bien de rappeler aux patients, même en hôpital de jour, le cadre hospitalier » (un cadre au sujet de la prise en charge ambulatoire et de l'architecture en psychiatrie). D'autres envisagent la culture comme une « cerise sur le gâteau²⁹ ». Ces opinions, parfois assez tranchées, contribuent à fragiliser la légitimité de la culture à l'hôpital.

Cette formalisation incomplète des actions culturelles permet difficilement de poser la question de l'évaluation de leurs impacts comme en attestent les réponses suivantes obtenues dans le cadre du sondage réalisé :



²⁹ Dans ce paragraphe, les termes entre guillemets sont issus d'entretiens ou de conversations informelles avec des agents d'établissements de santé.

1.1.3 La difficile acceptation de la culture malgré la diversité des actions

Il ressort des entretiens menés avec différents interlocuteurs (cf. liste en annexe), que la culture a encore des difficultés à trouver sa place à l'hôpital, même si paradoxalement, de plus en plus d'actions culturelles sont menées et que ces dernières tendent à se diversifier pour pouvoir favoriser toute sorte d'expression culturelle et artistique. En ce sens, les hôpitaux tendent à promouvoir la diversité des actions culturelles évitant ainsi la seule promotion d'une culture légitime³⁰ (cf. Bourdieu), potentiellement source de reproduction d'inégalités. Plusieurs actions notables : partenariat CHCP – Musée des Beaux-Arts de Bordeaux ; performance artistique organisée au Centre hospitalier intercommunal de Castres-Mazamet visant à retranscrire les ressentis des patients par la danse ; participation des patients à la réalisation d'une fresque sur un mur du CHCP, présence d'un studio d'enregistrement musical à la clinique Jean Sarrailh d'Aire-sur-l'Adour, projection au plafond d'une œuvre d'art dynamique pour les patients alités au CHU de Rouen (projet « perce-plafond » du collectif « Les Vibrants défricheurs »).

Néanmoins, les budgets accordés à la culture montrent à quel point cette politique peut être jugée subsidiaire pour un établissement. À titre d'exemple, deux établissements d'un même GHT et géographiquement distants de quelques dizaines de mètres – le CHU de Bordeaux et le CHCP – accordent des moyens sans comparaison possible au titre de leur politique culturelle. Même si de nombreuses actions sont menées, le CHU de Bordeaux consacre environ 16 000 euros à la culture. Le CHCP consacrait environ 50 000 euros à la culture en 2018, 42 000 euros en 2019 complétés par une subvention de 14 500 euros (ARS-DRAC-Conseil régional). Même si certains éléments, comme la prise en charge exclusivement psychiatrique au CHCP peuvent expliquer cette différence, les raisons qui président au choix de consolider une politique culturelle d'établissement semblent essentiellement politiques. Les moyens accordés à la politique culturelle semblent centrés sur des actions de médiation culturelle, aucun moyen n'étant pour autant consacré à leur évaluation. En outre, 45 % des répondants estiment que « la politique culturelle de [leur] établissement est fragile par manque de moyens, de temps à y consacrer ».

Autre point, peu évoqué dans la littérature en raison de la disparité des politiques culturelles : si elles venaient à se développer, de telles actions de médiation culturelle pourraient être source d'inégalités (d'externalités négatives) et pourraient également contribuer à l'enclavement de certains hôpitaux qui s'inscrivent dans un contexte territorial où l'offre culturelle et la présence associative est moins dense qu'en zone urbaine. Si les ORS mettent en avant les inégalités socio-sanitaires, des hôpitaux inscrits dans un environnement territorial faiblement irrigué par les dynamiques culturelles pourraient également se trouver pénalisés par une offre restreinte. Le financement d'une politique culturelle à l'hôpital est à concevoir en prenant en compte les dynamiques territoriales.

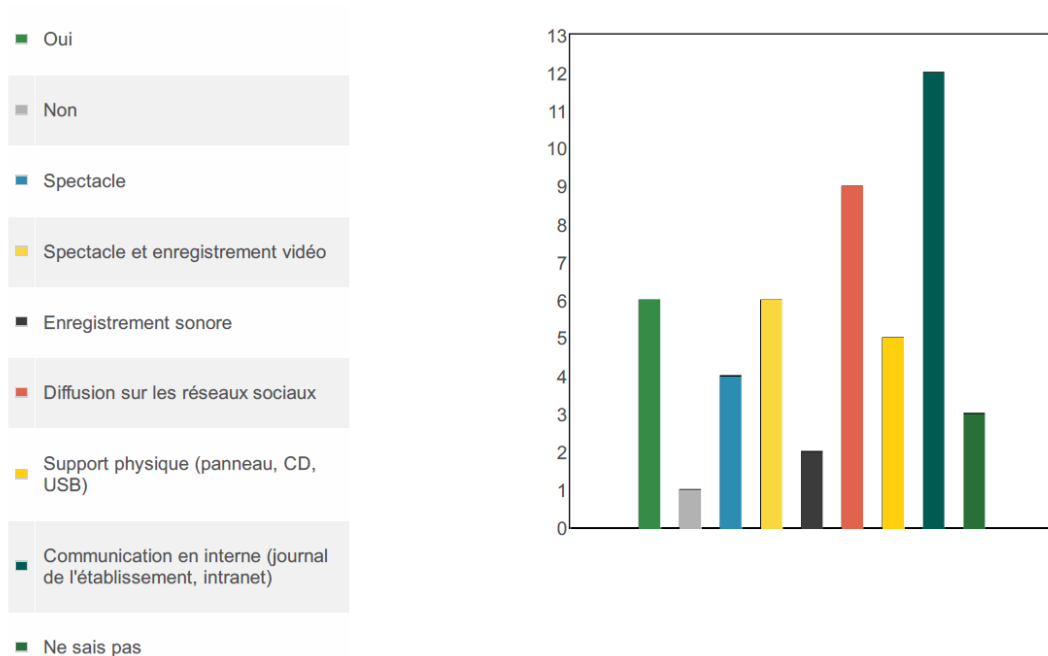
Enfin, la difficile intégration de la culture dans le cadre hospitalier tient au fait qu'elle est à la fois un idéal, une vision de l'Homme mais également une démarche politique menée par la direction d'un établissement de santé. La complexité réside dans l'alliance de deux aspects : d'une part, le domaine de l'idée et des valeurs et, d'autre part, un aspect opérationnel fondé sur la proposition d'une offre aux patients soutenue par des coopérations. La difficulté de l'évaluation s'insère également dans cette tension : la démarche évaluative se nourrit d'éléments tangibles, de données chiffrées, de questionnaires calibrés et d'une représentativité statistique qui s'accommodent *a priori*

³⁰ Sur les développements sociologiques autour des notions de culture légitime, illégitime et populaire se reporter aux travaux d'Olivier DONNAT et Paul TOLILA (dir.) qui analysent les hiérarchies culturelles dans *Le(s) public(s) de la culture*, Presses de Sciences Po, 2003.

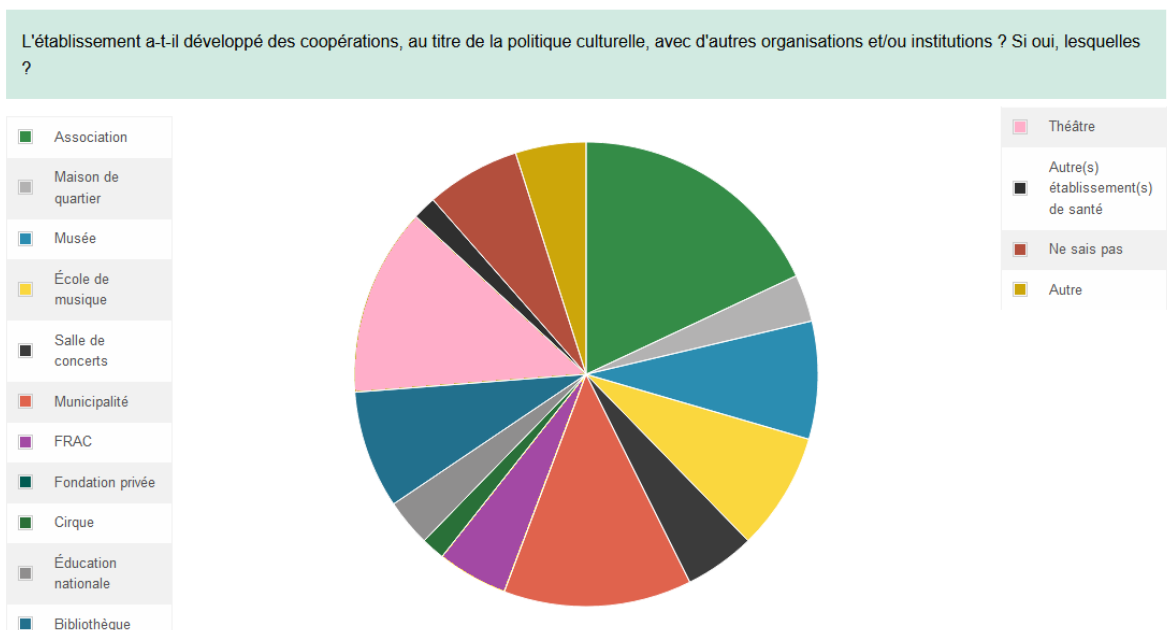
difficilement d'éléments intangibles ayant trait au domaine des idées qu'un contexte professionnel semble peu enclin à intégrer dans une démarche de gestion.

Malgré les diverses réticences relevées, les établissements interrogés cherchent toutefois à mettre en valeur leurs actions culturelles, principalement par la communication interne :

Des restitutions au titre de la politique culturelle sont-elles prévues ? Si oui, sous quelle forme ?



Cette volonté de faire connaître les actions culturelles initiées s'inscrit dans une stratégie de communication. Elle est également une manière de mettre en valeur la politique culturelle de l'établissement et devrait être prise en compte dans l'approche évaluative. En outre, l'insertion territoriale grâce aux coopérations pourrait être un autre aspect qualitatif que les établissements, même accordant peu de moyens, pourraient valoriser. Il est paradoxal de constater un dynamisme coopératif (notamment associatif, ou avec les municipalités et les théâtres), comme l'atteste le diagramme ci-dessous, alors que peu d'établissements mettent en exergue cet aspect et que l'ouverture de l'hôpital sur la ville demeure une priorité de santé publique :



1.2 Le bien-être du patient et une approche humaine au cœur du projet culturel

1.2.1 L'impact sur la prise en charge des personnes hospitalisées

L'analyse de la politique culturelle du CHCP a été l'occasion de recueillir l'avis de certains patients sur des actions culturelles les concernant. Leur parole est parfois difficile à recueillir en raison de leur pathologie, de l'influence du traitement médicamenteux ou de leur personnalité. Elle peut également être difficile à recevoir car elle peut être le reflet d'une souffrance, d'un contexte social difficile ou, parfois, d'une violence institutionnelle ressentie. Ces retranscriptions n'ont pas la prétention d'être représentatives du ressenti lié à l'hospitalisation chez tous les patients, mais ces témoignages viennent confirmer l'idée que la culture peut contribuer à humaniser la prise en charge. Ils illustrent – pour deux patients différents : un admis en hospitalisation complète suite à une décompensation et non stabilisé et une autre suivie en hôpital de jour – les souffrances et les interrogations que peuvent éprouver certains patients psychiatriques. Une série d'extraits de témoignages de patients suivis dans un autre hôpital de jour est également présentée ici et illustre les bienfaits des actions culturelles sur ces patients.

Le premier témoignage est celui d'un patient âgé d'une trentaine d'années présentant un trouble bipolaire. Recueilli quelques jours après son hospitalisation à la demande d'un tiers, il met en lumière une détresse frappante ainsi qu'un ennui profond. Avant de rejoindre son unité fermée, ce patient a pu se rendre à un concert organisé par l'hôpital auquel il a été très réceptif, regrettant toutefois la rareté de ce type d'événement.

Cet extrait d'une conversation informelle est à replacer dans son contexte et les affirmations du patient, dures pour l'institution psychiatrique, sont à envisager dans le cadre d'une hospitalisation sans consentement d'un patient suicidaire et ayant séjourné à plusieurs reprises en institution psychiatrique. Certaines affirmations sont exacerbées par la pathologie et le choc de l'hospitalisation et sont à lire avec un certain recul. Le but n'est pas de dénigrer le travail des médecins et des soignants, ni de condamner l'institution psychiatrique, mais de montrer comment peuvent être ressenties les conditions d'hospitalisation pour un patient en particulier et ce qui peut être fait en lien avec le projet culturel pour contribuer à les humaniser.

Verbatim de l'entretien (avril 2018 – stage d'observation) :

« Les médecins psychiatres connaissent mal leurs patients, ils ne font que passer de temps en temps dans les services avec les internes, déléguant en réalité une partie de leur travail aux infirmiers. Et lorsqu'ils passent, peu de temps est accordé aux patients. Ils les voient à la chaîne ; je voudrais pouvoir parler plus aux psychiatres [...]. Ils disposent d'un important pouvoir sur leurs patients, il faut faire attention à ce que l'on dit et à son comportement pour pouvoir obtenir des autorisations de sortie ou tenter de diminuer la durée d'hospitalisation ; il vaut mieux éviter de créer des problèmes dans les unités. Je ne suis pas violent et je ne consomme plus de drogue [...]. L'enfermement est difficile à supporter, je tourne en rond, je pense à mes projets en sortie d'hospitalisation mais aussi à mes envies suicidaires ; j'ai pris du poids depuis mon hospitalisation, je suis ralenti par les traitements. Pour moi, l'hôpital est à mi-chemin entre un hôpital et la prison [...]. Je me retrouve avec certains patients avec lesquels je préférerais ne pas être. Le mélange des pathologies peut poser certains problèmes : comment se fait-il qu'un patient autiste ou qu'une personne âgée se retrouvent avec des schizophrènes ? Les personnes qui font des dépressions et qui se retrouvent au milieu de ces patients sont apeurées et n'ont plus envie de revenir en psy'. Je me méfie de certains patients [...]. Je m'ennuie beaucoup ici, certains trouvent des échappatoires, tentent de poursuivre dans leurs mauvaises habitudes. De la drogue circule dans les unités, un des

points d'entrée est la cafétéria. Moi, malgré mon addiction à la drogue et dans une certaine mesure à l'alcool, je n'en ai pas consommé depuis mon hospitalisation [...]. Le passage devant le juge, c'est du pipeau. Il est là pour suivre l'avis des médecins. Il n'a pas le temps de relire les dossiers des patients avant l'audience, et les avocats ne jouent pas franc-jeu mais cherchent à arrondir leurs fins de mois. [...]. La qualité de la nourriture est inégale selon les repas ; il m'arrive d'avoir faim dans la journée, je compense avec des collations et des bonbons Ricola. Je mange ces bonbons toute la journée pour me passer l'envie de consommer des stupéfiants [...]. Je sais que l'hôpital a commencé à faire externaliser la cuisine par Sodexo, la dégradation de la qualité leur est imputable [...]. J'ai beaucoup déconné quand j'étais plus jeune, je vivais la nuit, travaillais dans les bars, en boîtes de nuit, je me suis négligé, je me suis laissé aller. J'ai été hospitalisé plusieurs fois en hôpitaux psychiatriques, je sais que j'aurai du mal à éviter une nouvelle hospitalisation. Le poids de l'institution psychiatrique est très fort, notamment en raison de l'enfermement et des médicaments qui m'empêchent de me concentrer. Je ne peux plus lire ni regarder un film. J'aimerais bien continuer mes études de Droit en thèse car je ne peux plus enseigner face à des élèves difficiles mais je n'ai pas les moyens d'envisager un doctorat et je ne veux pas être à la charge de ma famille qui doit déjà supporter mes hospitalisations. Depuis que je suis hospitalisé, je repense à mes envies suicidaires car j'ai parfois du mal à envisager un projet d'avenir qui me permettrait de me sortir de ma situation. J'ai l'impression d'avoir gâché ma vie. Les médecins m'ont accordé une autorisation de sortie de quelques heures, je me rendrai en ville même si j'ai du mal à supporter les transports en commun ».

Une autre patiente, suivie en hôpital de jour, souligne l'espace de liberté créé par une action culturelle, en l'occurrence un atelier d'improvisation théâtrale. Cet entretien mené avec un groupe de cinq patients a été très enrichissant et les patients se sont exprimés durant une heure aucune présence soignante. Ils ont admis l'importance de la culture dans le cadre de leur suivi ambulatoire et ont souligné l'importance, pour un directeur d'hôpital, de toujours penser, dans ses décisions, au bien-être des patients qui passe également par une politique culturelle dynamique outre les soins dispensés.

Verbatim de l'entretien (juin 2019 – stage de direction) :

« J'ai l'impression que l'on décide à ma place, d'être infantilisée, de devoir suivre les instructions des soignants sans pouvoir les contredire. Je souhaite retrouver la possibilité de prendre moi-même des décisions. Je suis en psychiatrie mais je ne suis pas folle, je suis un traitement qui me permet de rester maître de moi. En psychiatrie, tout le monde n'est pas dangereux, la plupart des gens ne sont pas hospitalisés, mais dès que l'on est un malade psychiatrique, tout le monde est au courant et vous juge ; j'évite de discuter avec mes voisins. Je ne veux plus que l'on décide à ma place et être jugée en permanence par les soignants. Lors de l'atelier théâtre, je me sens un peu plus libre, j'arrive à faire abstraction du cadre hospitalier. Au passage, sur l'architecture du bâtiment, même si on est en ambulatoire, j'ai l'impression d'être dans une chambre d'hôpital, du blanc, du *Placoplatre*, tout est standardisé. J'ai fait plusieurs séjours en hospitalisation complète, cela me rappelle trop ce cadre. Le théâtre me permet d'oublier momentanément ce cadre et l'improvisation, avec l'aide de la comédienne qui intervient, m'a redonné confiance en moi. Ce qui est dommage c'est que l'atelier est soumis à des contraintes financières, il reste pour moi trop ponctuel et s'interrompt durant l'été alors que je souhaiterais continuer. Au début, la comédienne avait du mal à nous faire participer. Enfin, je dis "nous", mais peut-être que les autres n'ont pas ce ressenti [elle se tourne vers les autres patients qui acquiescent]. Elle a réussi peu à peu à nous faire parler, à ce que l'on dépasse notre timidité. On est tellement jugés, catalogués, lorsque l'on a une maladie psychiatrique, que l'on essaie de rester discrets sur nos problèmes. C'est difficile pour nous de s'ouvrir à une personne extérieure. La comédienne a réussi à nous faire improviser sur des thèmes au fur et à mesure des séances ».

Un groupe de sept patients, d'un autre hôpital de jour du CHCP, s'est également exprimé sur les effets des actions culturelles (extraits d'un entretien d'une heure et demie):

« Grâce à l'atelier d'expression corporelle, je me suis réconciliée avec mon corps et j'ai repris confiance en moi en laissant libre expression à mes mouvements devant le groupe. Jamais je n'aurais pu faire cela de moi-même ou à l'extérieur. L'équipe soignante qui participe à ces séances y est pour beaucoup ; ainsi que l'artiste qui sait nous mettre en confiance » – Une patiente d'une quarantaine d'années.

« Aller à l'atelier d'expression corporelle me motive à me lever pour venir à l'hôpital de jour, qui est un cadre rassurant pour moi. Ma maladie fait que je reste chez moi, allongé, sans bouger. Sans cet atelier, je ne sortirais même pas de chez moi. Les ateliers d'expression corporelle et de gymnastique douce me permettent d'entretenir mon corps, d'oublier mes soucis, de me faire rencontrer d'autres personnes mais je ne me sens pas prêt pour l'instant à poursuivre une activité artistique ou sportive à l'extérieur » – Un patient d'une trentaine d'années.

« Je participe à l'atelier de dessin, en présence d'une artiste qui nous montre des techniques pour dessiner, mais qui est également très cultivée et nous fait des petits cours d'histoire de l'Art, parfois, en commentant un tableau avant les séances. Cet atelier me permet d'avoir une vie sociale. Je poursuis d'autres activités culturelles à l'extérieur, mon agenda est bien rempli et je ne viens qu'une fois par semaine à l'hôpital de jour. Au début de mon suivi, lorsque j'allais vraiment mal, jamais je n'aurais pensé pouvoir reprendre des activités à l'extérieur. Lorsqu'on est suivi en hôpital de jour, reprendre confiance en soi prend du temps ; j'ai mis du temps à renouer des relations sociales. Aujourd'hui mes journées sont bien remplies » – Une patiente d'une soixantaine d'années.

« J'ai la fibre artistique, j'aime venir peindre à l'hôpital de jour. Je poursuis mes activités artistiques chez moi : je peins, je travaille le métal, je travaille le cuir. J'ai une quarantaine d'œuvres que j'aimerais pouvoir exposer. C'est bien que l'hôpital développe des partenariats, notamment avec le Musée des Beaux-Arts de Bordeaux où sont exposées certaines œuvres des patients. On devrait plus souvent exposer les œuvres des patients pour les faire vivre à l'extérieur de l'hôpital. On pourrait même faire payer l'entrée aux visiteurs pour financer la culture à l'hôpital ! On avait déjà exposé des œuvres sur les murs de l'hôpital de jour, c'était plus joli. Lorsque j'irai mieux, j'envisage de m'inscrire à un club de poterie car j'ai appris les techniques de poterie et j'aimerais poursuivre cette activité à l'extérieur » – Un patient d'une trentaine d'années.

Les patients ont souligné que leurs interactions avec l'équipe soignante étaient différentes lors d'activités socio-culturelles à l'hôpital et à l'extérieur, ce que mettent en avant les sept établissements sur les vingt ayant répondu à la question suivante : « Les relations soignants-patients sont-elles différentes dans le cadre d'une manifestation artistique/culturelle ? ».

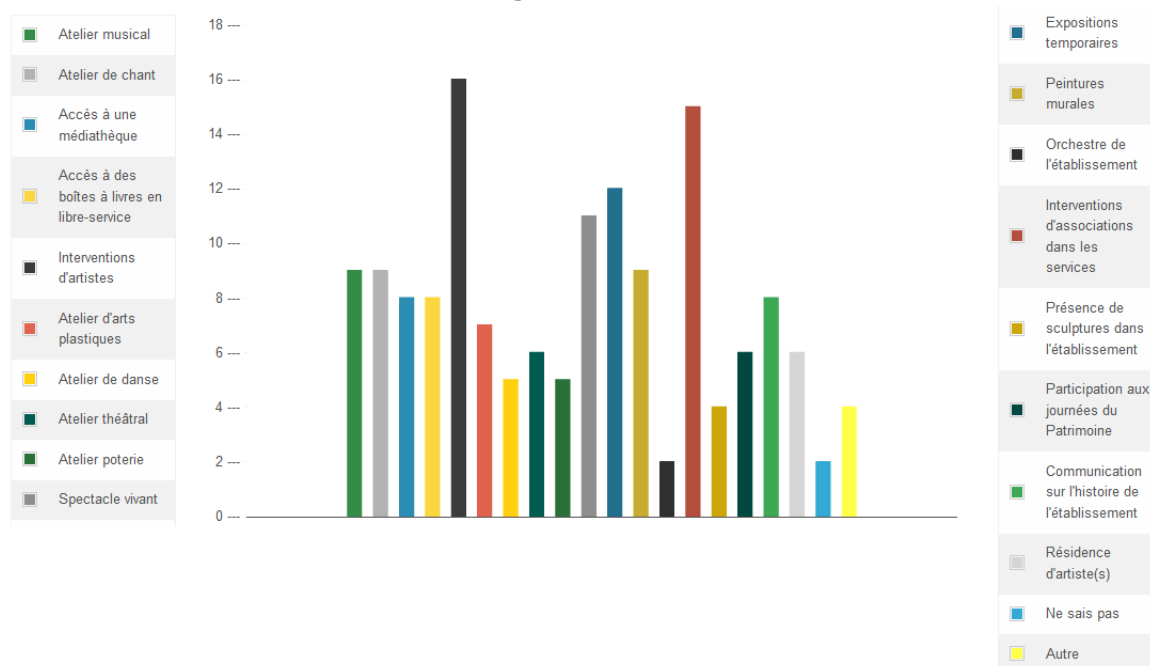
1.2.2 Une politique culturelle peut-elle être menée indifféremment selon les champs d'activité et services de l'établissement ?

La politique culturelle en établissement de santé peut souffrir de certaines idées reçues, notamment celles visant à mettre en exergue une spécificité « naturelle » de la psychiatrie vis-à-vis de la culture. S'il est vrai que l'histoire de la psychiatrie et celle des pratiques culturelles et artistiques sont imbriquées, que des moyens plus importants ont été accordés en psychiatrie par rapport aux établissements de prise en charge somatique, il apparaît réducteur, caricatural et particulièrement stigmatisant d'avancer que les actions culturelles ne seraient destinées, voire réservées, qu'aux patients psychiatriques ; d'autant

plus qu'une politique culturelle ne se résume pas à l'instauration d'ateliers thérapeutiques. Cependant, la prévalence de certaines actions culturelles en psychiatrie s'explique par plusieurs facteurs. Une des explications est leur importance dans le soin. Les actions culturelles menées permettent de confronter les personnes souffrant de troubles psychiques à un autre contexte, ce qui permet notamment aux soignants une observation clinique des interactions sociales, notamment.

En réalité, les établissements, quels que soient leurs champs d'activité, mènent des actions culturelles toujours plus nombreuses et qui contribuent à leur ancrage territorial. Ces actions culturelles sont extrêmement diverses, témoignant de la vitalité de la culture sous toutes ses formes en établissement – même pour les hôpitaux disposant de peu de moyens au titre de cette politique – et d'une certaine créativité des directions dans une réelle politique d'ouverture.

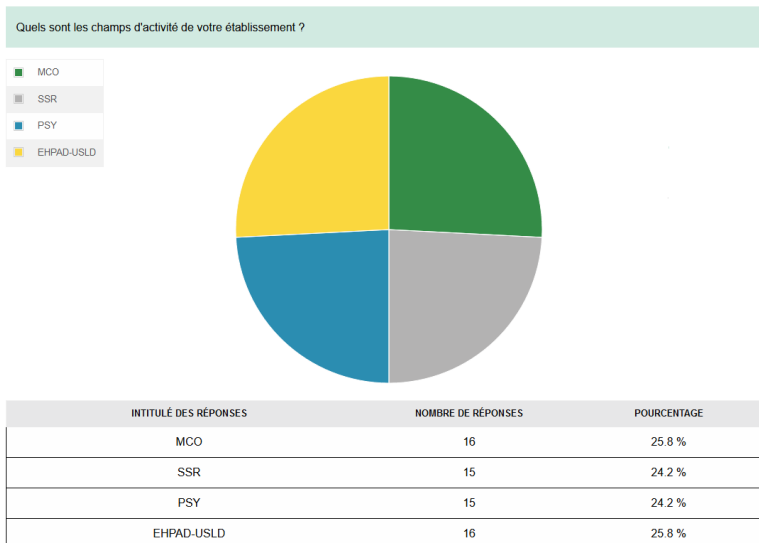
Actions culturelles menées dans vingt établissements



Échelle de gauche : nombre d'actions

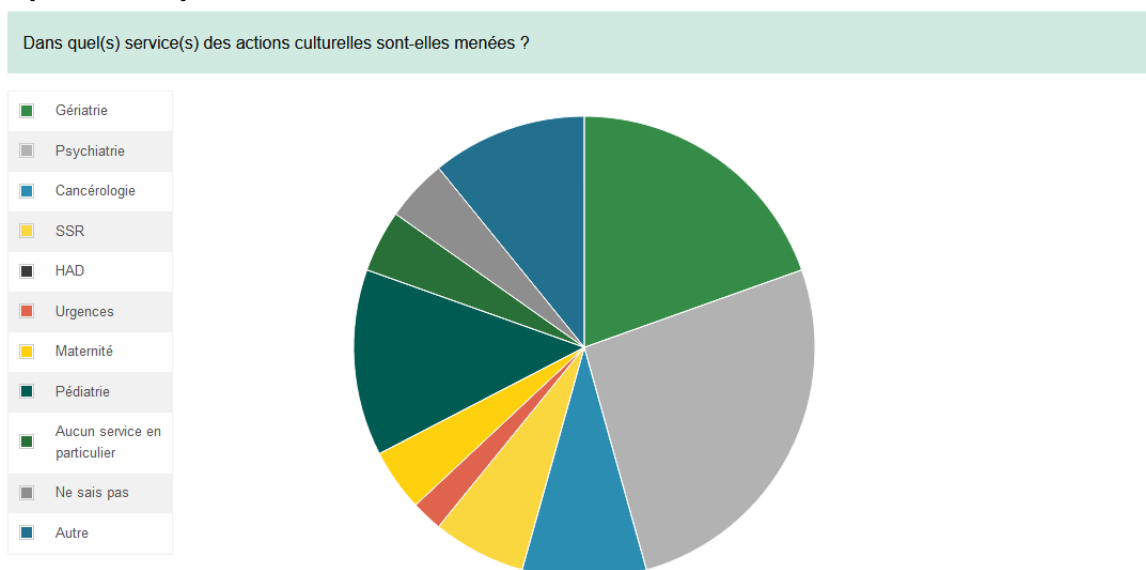
Contrairement à l'idée répandue selon laquelle la psychiatrie favoriserait la manifestation d'actions culturelles, le diagramme ci-dessous montre que, pour un échantillon de vingt établissements, la répartition des actions culturelles par champ d'activité est quasiment équilibrée.

Champs d'activité concernés dans les vingt établissements ayant répondu au questionnaire



La diversité des actions menées montre une volonté des établissements de faire entrer la culture à l'hôpital. Il existe également une volonté de démocratiser l'accès à ces actions culturelles en essayant de toucher les patients quelles que soient leurs pathologies. La répartition des actions culturelles montre que sont néanmoins ciblés des patients aux pathologies chroniques (psychiatrie) ou lourdes pour eux-mêmes et/ou l'entourage (gériatrie, cancérologie) ou encore auprès de publics réceptifs (pédiatrie). La mention de ces services tend à montrer la volonté de cibler les patients les plus vulnérables et dont la poursuite ou la reprise d'une activité culturelle s'avère ou s'annonce compliquée. Plusieurs établissements répondants ont indiqué que certaines actions culturelles concernaient l'ensemble de l'hôpital (manifestations publiques dans le hall, actions dans tous les services, présence d'Art dans tous les services) ce qui montre la volonté d'une présence culturelle non directement rattachée à type de service mais pouvant bénéficier à tous : patients, visiteurs, agents des établissements concernés (réponses « Autre »).

Répartition des actions culturelles selon les services des établissements ayant répondu au questionnaire



1.2.3 La politique culturelle doit s'inscrire dans une démarche qualité visant une amélioration continue de la prise en charge

Denis DURAND DE BOUSINGEN estimait dès 2002, dans *Le Quotidien du médecin*, que la culture était « loin d'être un effet de mode [et] s'inscri[vait] dans une démarche de qualité des soins et rapproch[ait] l'établissement de son personnel et de la ville. De plus, la rencontre entre l'artiste et l'hôpital favorise un nouveau regard sur la santé en général, qui peut permettre aux bien-portants de mieux en comprendre les enjeux. [...] [Les] contributions [des hôpitaux] restent de toute manière très faibles par rapport à la masse de leurs budgets ».

La culture doit pouvoir s'inscrire dans une démarche qualité afin de mieux être évaluée. Il faut cependant accepter l'idée qu'elle ne peut être « procédurée » comme n'importe quelle autre matière qui s'y prêterait plus (sécurité des soins, circuit du médicament, accueil et sortie des patients par exemple), mais qu'elle peut permettre d'améliorer la qualité des soins et qu'elle peut s'objectiver dans un tableau de bord (cf. *infra*). L'application d'une démarche qualité à la culture nécessite cependant une acculturation professionnelle à cette matière. Loin de déboucher sur une démarche de certification au vu des réflexions lacunaires en ce qui concerne l'évaluation des impacts d'une politique culturelle, on peut cependant s'inscrire dans une démarche qualité afin de valoriser la politique culturelle. On pourrait par exemple imaginer, à terme, une labellisation des hôpitaux les plus actifs en matière de politique culturelle afin de mettre en valeur le travail des professionnels de la culture et de leur offrir une reconnaissance³¹ qui semble manquer aujourd'hui. À ce sujet, un responsable culturel d'un établissement confiait :

« Je m'excuse souvent au téléphone [lorsque j'appelle au sujet de la politique culturelle] ; certains cadres m'ont inconsciemment inculqué l'idée que mon action est secondaire, que la culture est secondaire, que c'est créer plus de problèmes qu'autre chose dans la gestion courante des unités ».

Cette démarche qualité devrait cependant découler de référentiels d'évaluation de la culture à l'hôpital élaborés à l'échelle nationale (à l'instar des référentiels de la HAS). Ancrer la culture dans une démarche qualité à l'hôpital nécessiterait la concertation des professionnels autour de la définition de référentiels communs et de guides d'évaluation comme cela a pu être fait pour évaluer les pratiques artistiques par le Centre national de la Fonction publique territoriale³². En outre, cette démarche qualité permettrait d'entériner la légitimité de la culture à l'Hôpital en France, alors que d'autres pays, comme la Finlande, envisagent la culture comme irriguant l'ensemble des politiques publiques, en

³¹ « Malheureusement, lorsqu'on entreprend un travail de présentation des [projets culturels], on tombe assez rapidement dans l'auto-justification, la recherche de distinction, le militantisme ou son triste trouble, la complainte surtout en ces temps où l'économique, la gestion et le sécuritaire prennent la part du rêve dans l'hôpital public » in Maud PIONTEK, « La communauté de culture de l'établissement public de santé mentale de l'agglomération lilloise », *Les Cahiers de la fonction publique*, n° 357, 2015.

³² Se reporter aux travaux d'Arnaud CAUMEIL *et al.*, *L'expérience artistique : vers un modèle d'évaluation de la pratique artistique*, CNFPT, 2013.

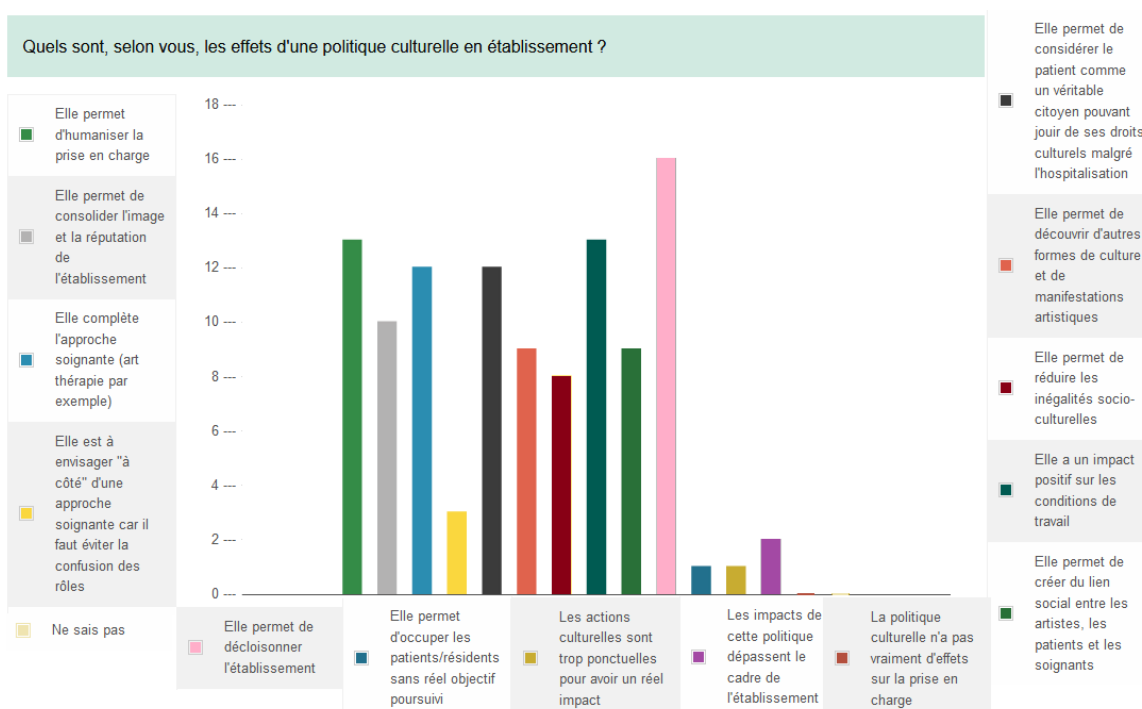
particulier les politiques sociales et de santé publique³³, y compris au niveau local³⁴. Les autorités finlandaises s'appuient sur la définition de la santé donnée en 1946 par l'OMS – « La santé est un état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » – pour justifier l'étroite imbrication des politiques culturelles et de santé publique, notamment en matière de prévention. Le développement d'une démarche qualité permettrait également de créer du lien entre les professionnels³⁵ et d'intensifier leur mobilisation dans le domaine culturel.

*

*

*

En conclusion de cette partie, on mentionnera que la culture en établissement de santé peut engendrer des positions paradoxales : elle est à la fois considérée comme peu prioritaire, notamment en raison de son faible financement, mais les établissements font preuve d'un fort dynamisme coopératif et les répondants interrogés soulignent les nombreux effets d'une politique culturelle sur leurs établissements (cf. illustration suivante). Malgré cela, la mesure de ces effets multidimensionnels n'est pas réalisée et les actions culturelles, nombreuses et diverses, peinent à être mises en valeur.



³³ Cf. Päivi NYKYRI et Kirsi LAJUNEN, « The role of Art and culture in health care and health promotion », *EuroHealthNet magazine*, 2018. Cette volonté de diffuser la culture dans les politiques publiques s'est notamment traduite par la création d'un centre « multisectoriel de coordination et de communication » dénommé « Taikysydän », dont un des objectifs affichés est de « faire de l'Art et de la culture une composante permanente dans les services de "bien-être" (prévention, loisirs, santé) » en Finlande. Cette composante culturelle a été intégrée au Plan de prévention en santé publique de 2007, co-rédigé par les ministères finlandais de l'Éducation et de la Culture ainsi que des Affaires sociales et de la Santé.

³⁴ Cf. Kai LEHIKONEN et Pauli RAUTIAINEN, « Cultural rights as a legitimate part of social and health care services », *Policy brief*, Artsequal, 2016.

³⁵ Cf. Gilles HERREROS et Bruno MILLY, *op.cit.*

La question de l'objectivation de ces effets fera l'objet de la seconde partie qui permettra de proposer un cadre méthodologique et une grille d'analyse qualitative des impacts de la politique culturelle du CHCP.

2 La question de l'évaluation de la politique culturelle du Centre hospitalier Charles Perrens

2.1 Une démarche évaluative afin de valoriser les actions et de rendre compte du dynamisme coopératif de l'établissement

2.1.1 Pourquoi évaluer et en quoi est-ce utile ?

L'évaluation d'une politique culturelle peut s'inspirer des méthodes utilisées en Ressources humaines, notamment les modèles analysant les effets d'une politique de formation. Un parallèle peut être établi car tant la culture que la formation peuvent à certains égards apparaître insaisissables dans les effets qu'elles produisent sur les personnels et les organisations. En ce qui concerne la formation, le modèle de Donald KIRKPATRICK peut être intéressant pour appréhender les effets d'une politique culturelle en établissement et certains niveaux de ce modèle pourraient être transposés dans le champ de la culture.

Schématiquement, le modèle se décline en plusieurs niveaux :

- **1. L'évaluation de la réaction « à chaud » des participants.** Cette évaluation peut être difficile à réaliser en milieu sanitaire car il se peut que les patients ne soient pas en état de répondre, mais le développement d'une approche évaluative qualitative passe par la consignation de ressentis.
- **2. L'évaluation des apprentissages.** Cette évaluation ne peut être intégralement transposée à la culture, mais on pourrait néanmoins évaluer l'évolution de l'attitude des patients dans le cadre d'ateliers ou vis-à-vis d'actions culturelles et déterminer si leur réceptivité, implication et intérêt ont évolué en fonction des activités. Cela permettrait en outre de proposer des parcours culturels individualisés en fonction des appétences (cf. partie 2.2.2).
- **3. L'évaluation du transfert en situation de travail.** Ce niveau pourrait être adapté au milieu hospitalier mais nécessiterait une forte implication des soignants. Des bilans en fin d'ateliers ou d'actions culturelles pourraient être réalisés en présence du médiateur culturel pour relever les effets produits sur les patients et en particulier sur leur environnement de prise en charge.
- **4. L'évaluation chiffrée des résultats.** Ce dernier aspect est partiellement transposable car si l'on peut supposer que la formation permet d'améliorer la productivité au travail, il semble plus difficile pour la culture d'aller dans ce sens. Certaines études montrent qu'une politique culturelle permet d'améliorer la qualité de vie au travail³⁶, ce qui peut être mis en relation avec une baisse du taux d'absentéisme. Toutefois, seules des corrélations peuvent être établies car l'aspect multifactoriel des conditions de travail doit être pris en compte.

Il est intéressant de noter qu'aussi bien pour la formation que pour la culture, des « bénéfices intangibles » s'inscrivant difficilement dans une approche économétrique sont générés. Alain MEIGNANT insiste sur ce point en mentionnant les travaux de Renaud

³⁶ Cf. Valentine BONAFIOUS *et. al.*, *Art en établissement, culture et santé*, EHESP, 2017.

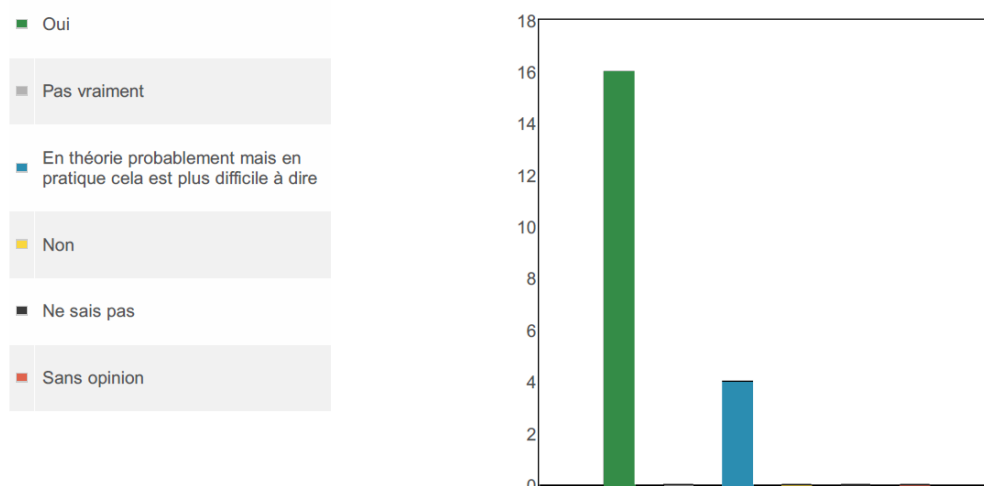
SAINSAULIEU (1995) qui met en exergue « les effets inattendus de la formation [...] notamment [sur] les effets [...] dans la création de réseaux relationnels ». Jack PHILLIPS (2002), se fondant sur des expériences en entreprise, insiste également sur les impacts de la formation sur les organisations de travail, que l'on peut également attendre d'une politique culturelle en institution hospitalière :

- Amélioration des communications ;
- Amélioration du moral chez les employés ;
- Réduction de la nature des griefs ;
- Diminution du nombre de plaintes de la part des clients ;
- Augmentation de la qualité du service.

Si l'on adapte cette grille de lecture des effets – difficilement mesurables d'un point de vue financier mais apportant de réelles améliorations en matière de qualité de vie au travail et de qualité de prise en charge – il sera toutefois nécessaire de la valoriser en recueillant l'avis des soignants impliqués dans une action culturelle quant à ses effets dans une unité de soins. L'amélioration de la qualité de vie au travail est une priorité des hôpitaux mais cette politique, qui pourrait bénéficier de retombées positives provenant d'actions culturelles impliquant les soignants, doit être concrètement objectivée par des retours d'expérience, pour l'heure insuffisamment recueillis.

Ce sentiment d'une utilité de la politique culturelle en raison de la « plus-value » qu'elle engendre est largement partagé par les répondants (80 % des opinions), mais il demeure un certain flou sur la manifestation concrète de cette plus-value (20 % des opinions).

Question 13: Pensez-vous que la politique culturelle en établissement de santé peut avoir une quelconque plus-value ?



2.1.2 L'expérience internationale sur l'évaluation des politiques culturelles locales semble transposable au cadre hospitalier

À l'échelle internationale, la culture semble être consacrée comme un droit-créance³⁷. L'initiative du collectif indépendant lié à l'Université de Fribourg en Suisse (Chaire UNESCO), dit le Groupe de Fribourg et qui a abouti à la Déclaration de Fribourg sur les droits culturels de 2007, confirme la vision des droits culturels comme des droits-créances universels. La culture est encadrée et promue à travers d'autres instruments juridiques, cette fois interétatiques, et relevant d'organisations internationales comme la Déclaration universelle de l'UNESCO sur la diversité culturelle de 2001 ou la Convention sur la protection et la promotion de la diversité des expressions culturelles 2005 (145 États parties en 2019). Les travaux préparatoires et définitifs de ces instruments abordent peu la question de l'évaluation et de l'étude d'impacts des politiques culturelles, hormis en des termes très généraux ne portant pas spécifiquement sur la culture, mais plutôt sur « l'évaluation d'ensemble de l'impact des projets de développement » (la culture est vue dans ces instruments comme un vecteur de développement) ou encore sur « l'évaluation des politiques » soutenues par les Nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC), thème très en vogue au début des années 2000. Le thème de l'étude d'impacts de ces politiques culturelles est ainsi quasiment absent car le but de ces conventions est avant tout d'assurer une existence politique des droits culturels. La question de l'évaluation semble être postérieure, à l'initiative des collectivités territoriales qui œuvrent beaucoup à l'échelle locale à la diffusion de la culture et à la promotion des droits culturels, pour certaines – les plus petites – avec des moyens encore moins importants que ceux consacrés par des centres hospitaliers de grande taille.

Ainsi, l'évaluation de la culture a été un sujet traité dans le cadre de l'Agenda 21 de la culture (2004-2014) qui s'est focalisé sur les politiques culturelles menées par les collectivités territoriales, municipalités et métropoles en particulier. Dans le cadre de cet Agenda 21 – initiative internationale émanant à l'origine de maires de grandes villes – un réseau dénommé « Réseau culture 21 » a été créé pour apporter une expertise sur les politiques culturelles locales. L'Agenda 21 a ensuite été repris par les Cités et Gouvernements locaux unis (CGLU) qui est la plus grande organisation internationale de gouvernements infranationaux, reflet de l'importance de la culture pour les collectivités territoriales. Cette importance accordée à l'ancrage territorial ressort également de l'enquête à laquelle ont répondu vingt établissements de santé : 40 % des répondants des établissements interrogés estiment que « la politique culturelle permet d'inscrire encore mieux [leur] établissement dans son environnement territorial ».

Les principales conclusions des experts de la compétence culturelle des collectivités territoriales sont transposables à une organisation comme l'hôpital car les constats et les freins sont similaires. La fondatrice du Réseau culture 21, Christelle BLOUËT, part du constat suivant qui semble tout à fait correspondre à la situation des hôpitaux telle qu'exposée *supra* : « Le travail sur les indicateurs des politiques culturelles locales est un champ fragmenté et sans consensus. Cependant, le développement de cette approche est primordial pour que la culture puisse se renforcer en tant qu'un des piliers du développement ». La dimension « immatérielle » du développement est mise en avant par les instruments juridiques de l'UNESCO, ainsi que par le fait qu'elle ait été reléguée au second plan dans l'élaboration des politiques de développement. Cet aspect intangible,

³⁷ Sur cette notion, on pourra se reporter aux études et analyses suivantes : Marc PICARD, *Les droits à - étude de législation française*, Economica, 2006, et Cécile RAPOPORT, *L'opposabilité des droits-créances constitutionnels en droit public français*, communication présentée aux journées du VII^e Congrès français de droit constitutionnel, Association française de droit constitutionnel, Université de Rennes I, 2008.

comme nous le soulignons pour la culture dès l'introduction, est au cœur de la problématique d'évaluation culturelle à l'hôpital et dans d'autres organisations humaines. Le constat mentionné dans un document de travail de la Déclaration universelle sur la diversité culturelle de 2001 semble transposable tel quel à l'hôpital, lieu où les procédures et les stratégies organisationnelles ont pour but de réduire les risques, les incertitudes et d'objectiver des réalités complexes, en s'appuyant sur des éléments matériels (mesures biologiques, questionnaires cliniques, grilles de diagnostic, DSM-5 ou CIM-10) et plus difficilement sur des éléments intangibles : « Le développement a été appréhendé sous le prisme de critères exclusivement matériels : nombre de barrages, d'usines, d'habitations [...]. Ces indicateurs sont indubitablement essentiels, mais ce qui est envisagé sous l'expression de "développement immatériel" inclut d'autres variables tels que **l'empowerment, la participation, la transparence, la responsabilité et la co-responsabilité**, qui sont des indicateurs nouveaux qui viennent tout juste d'intégrer l'approche sur le développement ». Ainsi, si l'on reprend les notions tirées du constat de l'UNESCO : « *empowerment*, participation, transparence, co-responsabilité », on se rend compte à quel point, vingt ans après ce constat sur un sujet *a priori* éloigné du monde hospitalier, ces notions ont acquis un relief particulier pour l'hôpital du XXI^e siècle, en particulier du point de vue des droits des usagers (démocratie sanitaire, développements récents sur le rôle des médiateurs pairs de santé³⁸, approche collaborative des projets territoriaux de santé mentale³⁹, notamment). La promotion des droits culturels des usagers et la prise en compte de leurs besoins culturels, même s'il est évident que les hôpitaux n'ont pas à se substituer à des services d'action culturelle municipaux, semblent des thèmes pour lesquels le monde hospitalier peut sembler en retard alors que dans d'autres milieux la question de l'étude d'impacts des politiques culturelles, et plus largement des politiques aux effets « immatériels », se pose avec une acuité particulière.

2.2 La nécessité d'instaurer un outil de gestion pour évaluer les impacts de la politique culturelle d'établissement

2.2.1 L'absence d'indicateurs préétablis et les risques liés à une création d'indicateurs culturels

L'absence d'indicateurs préétablis pour la culture à l'hôpital découle de son faible encadrement réglementaire. Alors que le *Guide méthodologique des indicateurs (CPOM 2019-2023)*, version 4, de l'ARS de Nouvelle-Aquitaine définit une série d'indicateurs, aucune mention n'est faite d'indicateurs relatifs à la culture en milieu de santé. Il n'y a par conséquent aucune possibilité de contractualiser en interne en assignant une obligation de résultats aux établissements (encore faudrait-il déterminer quels « résultats » attendre d'une politique culturelle). Certains indicateurs simples et quantitatifs (puisque la totalité des indicateurs de ce guide sont des données « dures », cf. *infra* développements sur la *Balanced scorecard*) comme le nombre de conventions de coopération entre un établissement de santé et des institutions culturelles, ou le nombre d'actions culturelles menées dans un établissement, auraient pu trouver leur place notamment dans l'objectif 2 « Renforcer la structuration du lien ville-hôpital » de l'axe 2 « Organiser un système de

³⁸ Sur le sujet des médiateurs pairs de santé, on pourra se reporter à l'étude suivante : Jean-Luc ROELANDT, Bérénice STAEDL, *L'expérimentation des Médiateurs de Santé-pairs : une révolution intranquille*, Doin, 2016.

³⁹ Sur le sujet de l'approche collaborative des projets territoriaux de santé mentale, on pourra se reporter à l'étude comparative suivante : Dina ABIDOS *et al.*, *L'élaboration des projets territoriaux de santé mentale – la participation des acteurs au diagnostic territorial*, EHESP, 2018.

santé de qualité, accessible à tous dans une logique de parcours de santé ». Ce faible appui institutionnel n'encourage pas la prise d'initiatives ambitieuses car les actions culturelles ne sont pas valorisées à leur juste valeur. Il est fait mention d'un « taux de patients suivis ayant accès à un programme d'éducation thérapeutique (en interne ou hors les murs) » mais aucunement d'un taux de patients ayant accès à un atelier de pratique culturelle par exemple.

L'absence de contractualisation des politiques culturelles s'explique par la faible attention portée sur l'évaluation de leurs effets, contrairement aux pays d'Europe du Nord. Toutefois, la mention suivante : « 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** » (art. L. 6114-3 du CSP) laisse peut-être entrevoir la possibilité d'une évaluation à terme de ce volet, même si cette formulation, bien qu'insérée dans l'article renvoyant aux CPOM (art. L. 6114-1 du CSP), reste succincte.

Ainsi, si la culture arrive à être mieux valorisée dans les établissements de santé, une réflexion concertée sur des indicateurs pertinents devra être menée afin de se prémunir contre deux biais : 1. Mener des actions pour répondre aux indicateurs 2. Créer de multiples indicateurs lourds et difficiles à construire et à alimenter.

Une des limites de la démarche d'évaluation est l'effet de « halo » [MEIGNANT, 2006] qu'elle peut générer. Les acteurs de la politique culturelle peuvent avoir à l'esprit que leurs actions culturelles seront évaluées et pourraient orienter leurs résultats pour répondre au mieux aux critères d'évaluation (supprimer les ressentis mitigés par exemple). Cette attitude tournée vers le « résultat » quantitatif (nombre d'avis positifs, retours d'expériences positifs des intervenants, notamment) ainsi que vers le « résultat » qualitatif (nombre de livres distribués, nombre de séances de chant, nombre de sorties culturelles, entre autres) n'est pas suffisante du point de vue de l'étude des impacts car les bénéfices d'une politique culturelle ne se mesurent pas à l'aune du nombre de livres lus ou d'expositions visitées. Dans l'appréciation qualitative des effets, les répondants pourraient également être tentés par de l'autocensure au regard de l'idée qu'ils se font des attendus de l'institution, ou être influencés par les tournures des questions (biais méthodologique, « imposition de problématique ») et l'« ethnocentrisme » de ces dernières⁴⁰.

En outre, l'évaluation peut permettre de légitimer la politique culturelle à l'hôpital en mettant en avant ses bénéfices sur les individus. L'obsession actuelle pour la performance peut s'expliquer par une course à la productivité que peut produire le *new public management*⁴¹. Or, la culture n'est pas un domaine comme les autres car il n'est pas attendu d'elle qu'elle produise quelque chose vite et mieux. C'est le principal élément d'explication rendant difficile son objectivation par des indicateurs. Le fait que cette politique ne produise rien de facilement mesurable peut être un frein à son déploiement. Là encore, l'approche qualitative doit mettre en exergue l'amélioration du bien-être des patients, la fluidification des relations professionnelles et la dynamisation des coopérations entre l'hôpital et la ville pour compenser une difficile mesure financière des bénéfices de la culture.

Le choix d'indicateurs devrait *a priori* se porter sur les indicateurs les plus simples à construire, notamment ceux ne nécessitant pas d'adaptation majeure et rapide du système

⁴⁰ Sur ces aspects, se reporter à Daniel GAXIE, « Le cens caché », *Réseaux – L'opinion publique*, vol. 5, n° 22, 1987 (tiré d'un ouvrage publié en 1978 aux Éditions du Seuil), et « Au-delà des apparences... Sur quelques problèmes de mesure des opinions », *Actes de la recherche en sciences sociales*, n° 81-82, 1990, ou aux nombreux travaux de Patrick CHAMPAGNE, 1984, 1989 (2), et François de SINGLY, 1992.

⁴¹ Certains auteurs ont montré la montée en puissance, dans l'Administration publique d'un discours et de pratiques favorisant une approche « managériale » des organisations. François-Xavier MERRIEN (1999) et Colin TALBOT (2000) ont ainsi mis en avant, à partir des années 1970, des politiques prônant une vision méliorative du secteur privé par rapport au secteur public et enjoignant à appliquer les techniques managériales du privé à l'administration d'un État providence dont l'action a pu être analysée comme « anti-économique ».

d'information hospitalier. Plusieurs précautions sont à prendre avant de développer des indicateurs : tout n'est pas quantifiable⁴² et il est nécessaire que les objectifs assignés aux indicateurs soient des objectifs partagés et que les personnes responsables soient clairement identifiées. Les indicateurs peuvent induire d'autres « effets pervers » comme le souligne Gaël de PERETTI⁴³. En outre, les indicateurs mis en place doivent tendre à répondre aux besoins et aux préférences des patients et il est nécessaire que les données utilisées soient comparables entre elles⁴⁴, ce qui peut ne pas être le cas entre tous les pôles d'un hôpital (voire unités⁴⁵) et encore moins entre les hôpitaux⁴⁶. Les indicateurs de la politique culturelle devraient être focalisés sur la qualité de vie des patients, ce qui est le principal défaut des indicateurs actuels dans le monde hospitalier selon l'Institut Montaigne. Ainsi, les indicateurs proposés en fin de mémoire pourront faire l'objet d'une validation empirique et être adaptés ou supprimés si leur manque de pertinence est avéré.

2.2.2 Une nouvelle politique culturelle axée sur une logique de parcours doit s'inscrire dans une démarche évaluative

La réécriture du projet culturel a permis de penser une nouvelle « prise en charge culturelle » des patients en proposant des parcours culturels. Cette prise en charge, inspirée de la notion de parcours de soins, permettait de proposer des activités culturelles suivies, individualisées et adaptables à chaque personne hospitalisée. Cette nouvelle configuration de l'offre culturelle impliquera une complexification de la prise en charge culturelle et justifiera d'autant plus une approche évaluative.

Le projet culturel 2019-2024 mentionne six points majeurs visant à déployer les parcours culturels qui seront pris en compte dans le tableau de bord proposé en fin de mémoire et mis en perspective avec les objectifs de la politique culturelle dans une *Balanced scorecard* :

1. Le parcours culturel doit être accessible à tous et en particulier aux unités fermées ;
2. Un parcours réussi repose sur un engagement mutuel de tous les partenaires : équipes soignantes et médicales, équipes artistiques et lieux culturels, participants soignants – patients, Pôle Culture. **Il relève d'une dynamique de projet partenarial de sa conception à son évaluation** ;
3. Le parcours culturel contribue au développement de la sensibilité et de la créativité de chacun ;
4. **Le parcours culturel doit prendre en compte tous les temps de vie du patient**, quel que soit son régime et mode d'hospitalisation ;
5. **Le parcours culturel associera la fréquentation des œuvres, la rencontre avec les artistes, la pratique artistique et l'acquisition de connaissances et compétences, artistiques et culturelles** ;
6. Le parcours culturel contribue à la **redynamisation du rôle social du patient**, en tant qu'individu d'un corps social et citoyen.

En outre, confirmant l'idée de « parcours » et étant donné que le CHCP sera chargé de l'impulsion du PTSM de la Gironde, ce nouveau projet culturel pourra servir de passerelle

⁴² Cf. Alain DESROSIÈRES, *Gouverner par les nombres*, Presses de l'École des Mines, Collection Sciences sociales, 2008.

⁴³ Gaël de PERETTI, « Le diktat des indicateurs », *La Vie des idées*, 22 avril 2019.

⁴⁴ À ce propos, un médecin DIM du CH de Cadillac-sur-Garonne, soulignait, en interpellant le Pr Frank BELLIVIER – Délégué ministériel à la santé mentale et à la psychiatrie, suite à sa présentation des pistes de réforme du financement de la psychiatrie le 21 juin 2019 à l'ARS de Nouvelle-Aquitaine –, les limites d'une approche accordant une trop grande place aux indicateurs (1^{er} compartiment des modules de financement) en raison de problèmes dans le recensement des données (mauvais codage, incomplétude), et de données « seuil » arrivant à niveau légèrement inférieur aux seuils fixés mais non considérées dans leur contexte d'établissement à cause de cette imperfection statistique. Ainsi, même pour les données « dures », la mesure par indicateurs s'appuyant sur une insuffisante fiabilisation des données peut être problématique.

⁴⁵ Sur la problématique de la fiabilisation des données codées en psychiatrie, se reporter à Samy BAYOD, *Assurer la fiabilité du RIM-P à l'approche de la Valorisation de l'Activité en Psychiatrie - Analyse pour le Centre hospitalier Guillaume Régnier*, EHESP, 2009.

⁴⁶ Au sujet des indicateurs de qualité des soins, l'Institut Montaigne a publié une étude exhaustive de la question en avril 2019, intitulée *Système de santé : soyez consultés !*

à une des actions du PTSM qui vise à « promouvoir l'accès à la participation sociale, à la culture, aux loisirs et aux activités sportives à destination des personnes ayant des troubles psychiques⁴⁷ ».

2.2.3 Le parallèle avec la *Balanced scorecard* (BSC)

La *Balanced scorecard*, ou tableau de bord prospectif, est un outil issu du secteur privé s'appliquant principalement aux stratégies de développement des entreprises. Le modèle classique se décompose en quatre axes – financier, client, processus internes, apprentissage et croissance – le tout relié à la stratégie globale de l'organisation. Un des principes de la BSC est l'interdépendance des axes et le lien de causalité entre une action et un objectif. Toutefois, cet outil a été adapté au secteur public et utilisé par les administrations françaises sous des noms et pratiques différents [BENZERAFA, 2007]. Cet outil, dont les applications pratiques semblent supplanter la théorisation, permet notamment de faire lien entre la notion de tableau de bord (TDB) et de *reporting* (état de compte rendu), particulièrement importantes pour les établissements de santé. L'auteure montre que ces outils d'analyse poursuivent des finalités différentes (avec une approche « *a posteriori* » et plus hiérarchique pour le *reporting*, alors que le tableau de bord est plutôt envisagé comme un outil d'aide à la décision), même si leur structure peut parfois confondre les deux approches. Le tableau de bord multidimensionnel proposé dans ce mémoire peut répondre en partie à la philosophie de la BSC (cf. schéma en fin de paragraphe). Cet outil sera avant tout un instrument de *reporting* et mettra en avant les aspects quali-quantitatifs et opérationnels de la politique culturelle. L'approche strictement financière est insuffisante pour la politique culturelle car cette approche est « le reflet d'un exercice passé » alors que des outils de mesure de performance organisationnelle comme la BSC constituent « un cadre pour l'avenir ». En outre, une approche économétrique peut favoriser la définition d'objectifs sur le court terme⁴⁸, alors qu'une approche donnant de l'intérêt aux effets qualitatifs de la politique culturelle permettrait de considérer ses impacts sur le moyen terme (cf. *infra* idée du « patient traceur culturel »). KAPLAN et NORTON (2001), fondateurs de la BSC, estiment qu'aujourd'hui ces avantages immatériels (« *intangible assets* ») sont souvent la source principale des avantages comparatifs des entreprises.

La grille évaluative proposée n'a pas pour prétention de répondre de manière extensive et canonique aux exigences de la BSC mais vise à proposer un outil de réflexion sur l'instrumentation de gestion⁴⁹ et le lien avec la stratégie culturelle, afin d'objectiver d'une manière ou d'une autre la politique culturelle. L'application de certains principes de la BSC à la matière culturelle a par ailleurs fait l'objet de plusieurs propositions, notamment de Ben WALMSLEY⁵⁰ (Université de Leeds) ou de Larry WEINSTEIN et David BUKOVINSKY⁵¹ (HEC Montréal, *Chair of Arts Management*). Ces auteurs soulignent que la BSC pourrait permettre de relativiser l'idée de « consensus mou » [WALMSLEY, 2012] sur la notion d'évaluation des politiques culturelles, alors qu'un auteur avance même que : « Le monde de la culture et des arts a montré peu d'intérêt dans **le développement de systèmes évaluatifs visant à valoriser [les actions] en interne ou vers l'extérieur**, alors même

⁴⁷ Fiche action n° 18 du Projet territorial de santé mentale de la Gironde (cf. annexes).

⁴⁸ Paul R. NIVEN, « *Balanced scorecard step-by-step for government and nonprofit agencies* », Wiley, 2003.

⁴⁹ Au sujet de l'instrumentation de gestion, Patrick GILBERT, professeur à l'Institut d'Administration des Entreprises de l'Université Paris I Panthéon-Sorbonne, estime que « ce domaine ne fait [...] pas l'objet de l'activité de recherche qu'il mérite ». L'instauration d'un tel outil pour objectiver la politique culturelle et ses impacts sur les organisations pourrait faire un thème de recherche intéressant en milieu hospitalier, pour peu que cet outil soit doté de réels moyens pour son déploiement.

⁵⁰ Ben WALMSLEY, « *Towards a balanced scorecard - A critical analysis of the Culture and sport evidence (CASE) programme* », *School of Performance and Cultural Industries*, Université de Leeds, 2012.

⁵¹ Larry WEINSTEIN, David BUKOVINSKY, « *Use of the balanced scorecard and performance metrics to achieve operational and strategic alignment in Arts and culture not-for-profits* », *International Journal of Arts management*, vol. 11, n° 2, 2009.

que ces systèmes peuvent aider les organisations à atteindre leurs objectifs de manière efficace et efficiente. **Ces systèmes visent également à démontrer leur valeur aux yeux des différentes parties prenantes** » [position de François MATARASSO, 1996, résumée par WEINSTEIN et BUKOVINSKY].

L'avantage de la méthode de la BSC est d'offrir une grille d'analyse de la performance globale d'une organisation (financière et stratégique), en instaurant un « équilibre entre les indicateurs quantitatifs et les indicateurs qualitatifs, respectivement appelés par certains auteurs anglo-saxons indicateurs "*hard*" et indicateurs "*soft*". **Les indicateurs "*hard*" sont exprimés par une valeur chiffrée. Les indicateurs "*soft*" se nourrissent d'opinions et de jugements d'une ou de plusieurs personnes, d'où la difficulté d'avoir une information précise. L'intérêt de ces indicateurs est de rendre compte des aspects qui peuvent échapper aux valeurs chiffrées.** Différentes méthodes sont utilisées pour définir ces indicateurs, par exemple : les interviews, les comptes rendus, l'évaluation qualitative » [BENZERAFA, 2007]. Si cet outil s'inscrit dans le contexte d'une recherche de la performance qui a irriguée l'action publique au début des années 2000 (contexte de la loi organique relative aux lois de finances de 2001), le but recherché de la politique culturelle n'est pas axé sur la performance, mais sur la qualité de la prise en charge.

Dans tous les cas, même si l'objet de la BSC doit être adapté à une matière qui se prête peu aux exigences de performance, l'intérêt de cet outil est de fournir une « vision complète de l'organisation [car] la BSC et les TDB parviennent au même résultat : la mise au point d'un ensemble d'indicateurs afin de piloter le déploiement des choix stratégiques et de s'assurer de l'atteinte des objectifs de l'entreprise. **En effet, les deux revendiquent une philosophie de pilotage qui dépasse les seuls indicateurs financiers. Ils mettent en relation le contrôle de gestion et la stratégie d'une part et l'opérationnel d'autre part** ».

La BSC est un outil complexe qui a connu de nombreuses adaptations, notamment dans le cadre du service public hospitalier. Un établissement de santé australien a mis en place un modèle de « *public sector scorecard* » dont les axes sont les suivants : (1) la communauté et les patients ; (2) les partenariats ; (3) les processus internes ; (4) la gestion des ressources et responsabilité – les ressources humaines, (5) l'apprentissage et l'innovation. Si ce modèle s'inscrit dans une démarche de recherche de la performance et de coordination des soins, eu égard à sa flexibilité, on pourrait l'appliquer à la politique culturelle en établissement de santé puisque la BSC a notamment pour objectif de cartographier les processus. Les différents axes mis en avant dans la version « hospitalière » de la BSC australienne – agents, partenariats, processus internes, gestion des ressources, innovation – semblent tout à fait pertinents pour établir un canevas d'évaluation de la politique culturelle à l'hôpital, en lui assignant cependant plus un objectif de qualité que de performance. Cette BSC australienne accorde une place importante aux informations qualitatives (attentes des patients et contributions des partenaires) dans son approche évaluative. L'auteure donne également l'exemple d'un hôpital italien où « les attentes du citoyen-patient sont des soins qui lui garantissent la santé et le bien-être et les objectifs stratégiques qui répondent à ces attentes sont exprimés en termes d'efficacité des services et de facilité d'accès à ces services [...]. L'évaluation de la satisfaction fait partie intégrante des démarches de développement de la qualité ». L'auteure souligne également que « la satisfaction est donc subjective et relative et sa mesure ne peut être que multiforme, avec des critères qui portent à la fois sur le résultat, sur le déroulement de la prestation publique ainsi que sur l'environnement de celle-ci », ce qui semble être la principale limite de l'évaluation qualitative de la politique culturelle. Elle souligne en outre que la mesure de la satisfaction ne doit pas orienter une politique vers un but consumériste. **La politique culturelle ne doit donc pas servir à satisfaire tout type de besoins mais**

doit s'inscrire dans une démarche promouvant l'intérêt collectif et améliorant la prise en charge de tous les patients. La BSC ne pourra pas être appliquée dans l'intégralité de ses principes car le but d'une politique culturelle n'est pas seulement de répondre aux besoins des cibles (satisfaction), mais aussi de susciter leur intérêt vis-à-vis d'une pratique culturelle/artistique, ce qui est plus difficilement objectivable par une chaîne causale. En outre, les liens de causalité ne sont pas aussi évidents que pour une entreprise (par exemple : objectif d'augmentation de la marge par une politique d'investissement), ce qui constitue une limite supplémentaire à l'approche par la BSC.

La méthode de la BSC pourrait donc être en partie reprise pour l'évaluation de la politique culturelle en assignant à cette politique l'objectif de répondre à certaines attentes liées à l'accomplissement des droits culturels des patients qui, pour beaucoup – ainsi que pour leurs familles –, se focalisent sur une humanisation de leur prise en charge avec une amélioration continue de leur bien-être⁵² (cf. politique culture et santé sur le bien-être des patients mise en place par le gouvernement finlandais mentionnée *supra*).

Schéma repris de la thèse de Manel BENZERFA (p. 108) et tiré de Max MOULLIN⁵³:

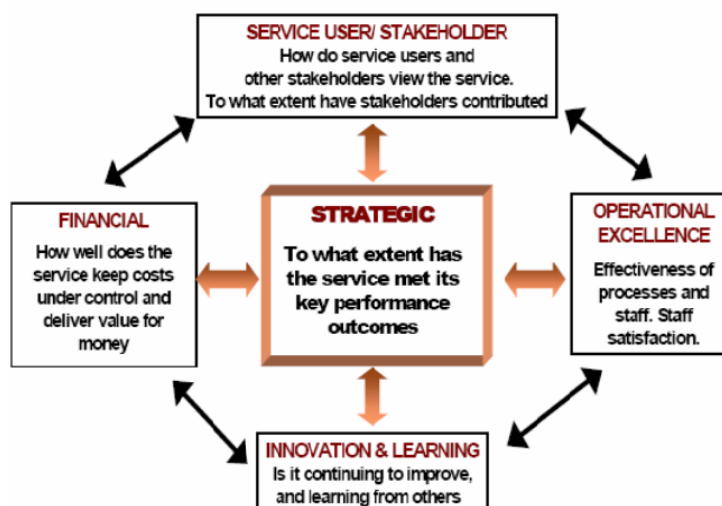


Figure 23. The Public Sector Scorecard (d'après Moullin)

⁵² Entretiens menés entre juin et juillet 2019 avec les associations suivantes : Comité départemental du sport adapté, UNAFAM Gironde, Mediagora (troubles anxieux et phobies sociales), Psy'hope (bipolarité), Burn'ettes (épuisement professionnel féminin), Vie libre 33 (alcoolisme), Association pour la Réadaptation et l'Intégration (ARI).

⁵³ Max MOULLIN, « Using the public sector scorecard in health and social care », Faculty of Organisation and Management, Université de Sheffield Hallam, 2004.

Proposition de *balanced scorecard* (BSC) pour la politique culturelle du CHCP

Inspirée de la méthodologie de KAPLAN et NORTON (2001), de la BSC mise en place à l'Opéra lyrique de Boston (États-Unis) et de *la public sector scorecard* du *Hunter Health Service - New South Wales* (Australie).

Objectifs du CHCP Politique culturelle 2019-2024	Démocratiser l'accès à la culture	Améliorer la prise en charge	Ouvrir l'hôpital sur l'extérieur	Déstigmatisation	Interrogation des pratiques, organisations, lieux
Patient-citoyen	Augmenter le nombre de patients bénéficiant de la politique culturelle et mesurer leur satisfaction.	Voir s'il est possible d'établir une corrélation entre DMS et « prise en charge culturelle ». Analyser les retours qualitatifs sur l'hospitalisation liés à une pratique culturelle.	Augmenter le nombre de patients se rendant à des activités extérieures. Valoriser la diversité des pratiques culturelles et événements organisés (exemple : mettre à disposition des locaux pour accueillir des groupes de musique souhaitant répéter ⁵⁴).	Développer la communication pour déconstruire les préjugés sur la santé mentale grâce aux actions culturelles. Développer la communication pour améliorer l'image de l'établissement.	Analyser les retours qualitatifs sur les interactions soignants-soignés dans le cadre d'actions culturelles.
Processus internes	Adapter le système d'information pour pouvoir tracer les activités culturelles dans le dossier patient et les données socio-démographiques (par exemple pour détecter d'éventuelles corrélations entre faible accès à la culture et faible niveau d'instruction).	Améliorer le recensement des besoins des patients vis-à-vis de la politique culturelle.	Valoriser sur le site internet ainsi que sur les plateformes grand public les actions culturelles.	Ne pas auto-stigmatiser les patients dans le déploiement de la politique, notamment à l'extérieur. Développer les partenariats avec les lieux culturels labellisés (Tourisme et Handicap par exemple), mais également avec les lieux « tous publics ».	Développer et pérenniser des processus d'évaluation de la politique culturelle, et notamment participatifs pour le versant qualitatif.
Compétences	Former les agents intéressés à l'ingénierie des projets culturels. Développer l'interprofessionnalité (stages d'immersion, <i>debriefings</i> soignants-artistes).	Valoriser les métiers à l'hôpital (et ceux des partenaires) concourant à la politique culturelle. Améliorer la traçabilité des données relatives aux actions	Fidéliser les partenaires et renforcer le réseau institutionnel (Pôle culture et Santé notamment).	Encourager l'implication des agents dans des actions culturelles et les formations dans ce domaine.	Favoriser les retours d'expérience des agents ayant été concernés par une action culturelle. Organiser un colloque interétablissement sur l'intérêt de la

⁵⁴ Cette pratique permet de faire entrer la musique à l'hôpital en mettant à disposition de groupes des locaux. C'est notamment la politique de la Ferme du Vinatier qui accueille régulièrement des artistes par ce moyen.

		culturelles dans le dossier patient ; former le DIM et les équipes à tracer ces données (ainsi que les données socio-démographiques).			présence de la culture en institution.
Financier	Augmentation des subventions au titre de la culture appuyée par une démarche évaluative multidimensionnelle et partenariale.	Prendre en compte la dimension culturelle dans les rénovations d'unités et/ou les demandes en lien avec la présence d'Art au sein d'unités dont la rénovation n'est pas prévue.	Intégrer une composante « mécénat » au budget (fonds de dotation).	Affirmer l'identité du CHCP (communication, logo) grâce aux actions culturelles.	Financer une résidence d'artiste(s) et/ou la présence d'Art dans l'institution.

La mise en place d'un tableau de bord inspiré des méthodes de la BSC suppose plusieurs conditions pour son opérationnalité :

- la volonté de l'établissement d'orienter une partie de ses ressources (financières et humaines) pour répondre aux objectifs de la politique culturelle et des moyens accordés pour le suivi quantitatif et qualitatif de la politique culturelle ;
- un renforcement de la communication interne pour expliquer cet outil de gestion que les agents peuvent avoir des difficultés à s'approprier dans le secteur public [BENZERAFA, 2007]. Les résistances aux changements et les « sentiers de dépendance » [PIERSON, 2000] peuvent compromettre la réussite de cet outil stratégique. Un tel outil de gestion suppose également une implication des agents, et donc une certaine adhésion à l'institution hospitalière ;
- une évolution de la culture professionnelle avec l'infusion d'une culture de l'évaluation au sein des équipes soignantes et la volonté de tracer les activités culturelles au même titre que la politique de traçabilité des soins ;
- une fiabilisation des données collectées (pratiques homogènes selon les pôles, informatisation, traçage systématique de la participation à des activités culturelles, données socio-démographiques) dans un système d'information adapté et « requêtable ». Aujourd'hui, les activités culturelles sont insuffisamment tracées, alors qu'un espace existe dans le cadre des transmissions ciblées, ou bien le traçage s'effectue à la main ce qui engendre une perte de données ou un manque d'exhaustivité.

2.3 Le développement d'une démarche qualitative pour objectiver les impacts consécutifs au déploiement du projet culturel

2.3.1 La prise en compte des impacts de la politique culturelle par l'autorité de tutelle et les autres co-financeurs

Le développement d'une approche qualitative doit aussi permettre de rendre compte des effets d'un projet ou d'une action culturelle auprès des autorités de tutelle apportant une partie des financements. L'analyse d'un document institutionnel de l'ARS de Bretagne et de la DRAC de Bretagne (cf. annexe) montre l'importance acquise par cette approche qualitative. L'ARS demande un « bilan complet » des actions menées à « élaborer] après concertation avec l'ensemble des partenaires de l'action ».

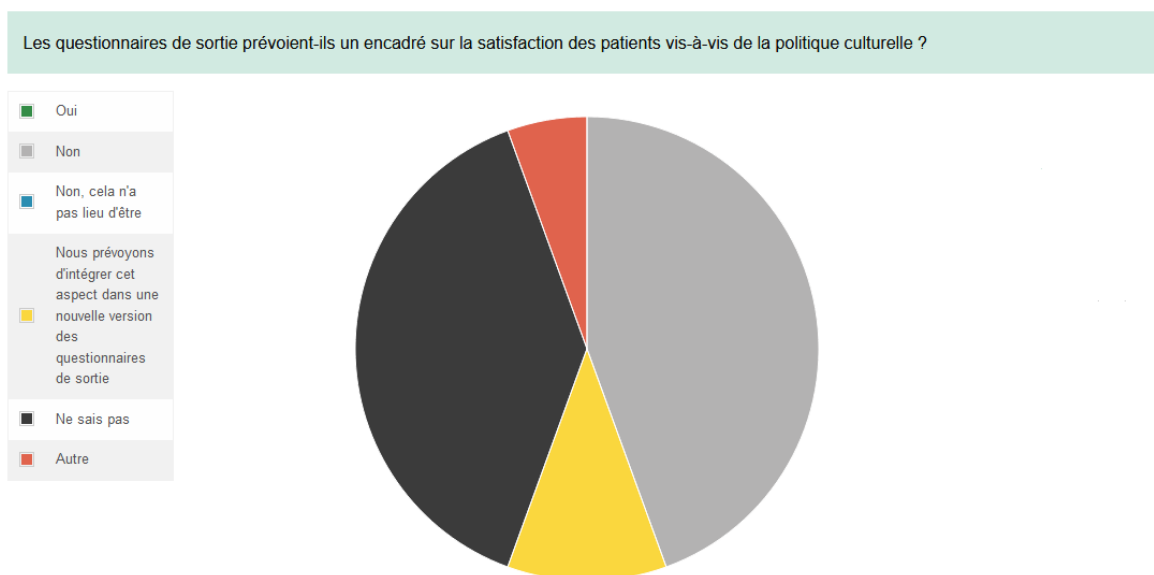
Les premiers indicateurs mentionnés dans le document, avant même toute considération financière, portent sur l'analyse des effets produits. Les effets et leur caractère diffus sont pris en compte dans ce document institutionnel, ce qui oblige à élargir le périmètre d'analyse des effets en dehors du strict cadre hospitalier, comme en témoigne cette liste des publics visés par les actions culturelles :

<p>[...]</p> <p>2. Les effets identifiables de l'action au regard des objectifs (rappeler les objectifs du projet)</p> <ul style="list-style-type: none">– du point de vue des participants– du point de vue des équipes soignantes– du point de vue des intervenants– du point de vue des équipes culturelles– du point de vue de l'institution– du point de vue des publics extérieurs, le cas échéant <p>[...]</p>

Cette approche englobante requiert cependant des moyens pour permettre une analyse qui ait du sens et nécessite en amont de toute production écrite de recueillir un matériau qualitatif permettant d'étayer les bénéfices des actions financées et réalisées. Avant de se lancer dans une démarche lourde de recensement des points de vue des partenaires, on pourrait améliorer le recueil de l'avis des patients au travers des questionnaires de satisfaction. En effet, les enquêtes de satisfaction occupent une place toujours plus importante à l'hôpital. Que ce soit dans les questionnaires de sortie ou à plus grande échelle, les institutions de santé et les pouvoirs publics cherchent à savoir ce que pensent les patients de leur prise en charge dans une perspective d'amélioration continue. Au CHCP, le questionnaire de sortie distribué aux patients prend en compte la satisfaction au regard des « activités » proposées (cf. annexe). Cependant, il est difficile d'objectiver clairement les réponses des patients à ce sujet pour plusieurs raisons. La première est celle de la représentativité des réponses obtenues avec un taux de retour de 20 %. La deuxième raison tient au caractère relativement imprécis de cet item du questionnaire de sortie : « Êtes-vous concerné(e) par des activités ? ». Cette question, qui a au moins le mérite d'être posée, englobe cependant toutes les activités annexes aux soins et aux conditions d'accueil qu'elles soient culturelles, sportives ou autres. Cela entraîne un biais qui rend peu exploitables les réponses données au regard de l'analyse des impacts de la politique culturelle. Le dynamisme de la politique sportive du CHCP pourrait avoir une influence trop forte sur cet item et prédominer dans l'appréciation du patient sans que l'on sache

précisément sur quelles activités elle porte. La troisième raison est la difficulté parfois rencontrée pour exploiter les réponses. Si les items à cocher sont faciles à compiler dans Le Sphinx (logiciel de traitement d'enquêtes et de données hospitalières), il est moins aisé d'exploiter des données qualitatives alors même que les patients remplissent parfois un champ libre en fin de questionnaire où ils écrivent les actions marquantes pour eux (spectacles et concerts, entre autres). Cette donnée court donc le risque d'être perdue alors qu'elle pourrait permettre de mieux objectiver qualitativement la politique culturelle. De plus, au CHCP, la retranscription des données recueillies dans les questionnaires se fait manuellement. L'informatisation de cet outil (par exemple un questionnaire envoyé par mail au patient par exemple), permettrait de réduire les erreurs potentielles lors du traitement des questionnaires.

Pour les vingt autres établissements interrogés, la satisfaction du patient vis-à-vis des activités culturelles est peu ou non mesurée et supplantée par des items « classiques » portant sur la qualité des soins et des prestations hôtelières. Près de la moitié des répondants ont mentionné ne pas demander l'avis des patients sur la politique culturelle d'établissement. Deux répondants ont mentionné prévoir d'intégrer l'aspect culturel dans de nouveaux questionnaires de sortie.



2.3.2 L'intérêt d'une grille d'évaluation multidimensionnelle pour la justification de la politique culturelle au travers du rapport d'activité

Dans une optique de management opérationnel, le tableau de suivi proposé en fin de mémoire requiert une acculturation à la méthode du *reporting* ainsi qu'une évolution des habitudes professionnelles visant à valoriser le travail effectué. Cette méthode, issue du secteur privé et plus particulièrement du domaine du *marketing*, est transposable, dans une certaine mesure, à l'action publique à l'heure où la performance a acquis une grande importance dans la gestion publique. Le principal enjeu du *reporting* est de rendre attractives et significatives les données régulièrement collectées. Le secteur privé recourt à des logiciels permettant de réaliser du « *data storytelling* » dont le but est de présenter sous diverses formes (graphiques, courbes, cartes et animations vidéo) les données chiffrées. À cela s'ajoute l'aspect qualitatif qui serait mieux pris en compte si les intervenants hospitaliers et extérieurs pouvaient contribuer à alimenter ce tableau. L'exhaustivité du

tableau est recherchée afin de pouvoir collecter le plus de données possible⁵⁵ car force est de constater que les actions culturelles et l'ingénierie qu'elles supposent sont insuffisamment mises en valeur aujourd'hui. Le corollaire de ce tableau est la nécessité de conserver une trace des actions réalisées. Cette grille a également une visée médico-économique, même s'il s'avère difficile de répondre à la question de savoir si la culture influe sur la prise en charge. Les effets diffus d'une politique culturelle et propres à chaque individu ne permettent pas de répondre de manière tranchée à cette question car il ne s'agit pas d'une relation mécanique où une action transmettrait, à la manière de rouages, des effets automatiquement sur l'individu. Il est en outre difficile de mettre en avant le lien de causalité entre une action culturelle et l'amélioration directe de la prise en charge, ce qui serait réducteur eu égard à la complexité inhérente à la prise en charge des pathologies psychiatriques. Toutefois, une grille qui reprendrait les principaux éléments proposés afin d'établir des corollaires, et permettrait de se focaliser sur les trajectoires de quelques patients « traceurs », contribuerait à rendre plus intelligibles les données collectées. Ce travail de *reporting* permettrait de reconstituer un réseau d'intervenants et l'on pourrait mettre en avant cette approche réticulaire dans le rapport d'activité en prenant un exemple d'un patient et de son parcours culturel au sein de l'institution hospitalière. La Ferme du Vinatier, dotée de 4 ETP (le CHCP n'a qu'un ETP consacré à temps plein à culture), valorise sa politique culturelle de manière qualitative en réalisant régulièrement des bilans avec les équipes soignantes sur la participation de patients à des activités culturelles. Cela nécessiterait, de prévoir des temps d'échanges et de permettre l'expression de chacun pour analyser comment a été vécue une activité culturelle par un patient. **Cette approche qualitative doit également permettre de pouvoir donner la parole au patient.** L'entretien mené à l'hôpital de jour de Biganos – hors présence soignante – a permis de mettre en confiance les patients interrogés, dont certains pouvaient avoir une mauvaise compréhension de la présence soignante lors d'une activité culturelle, acceptant mal l'idée que les ateliers fassent partie du soin (ou qu'ils soient « appropriés » par les soignants [COSTES, 2012]) et qu'ils fassent, au cours d'ateliers, l'objet d'une observation clinique. La présence non-soignante, lors de bilans sur les activités culturelles, peut favoriser l'expression d'opinions qui auraient pu avoir des difficultés à émerger dans un contexte thérapeutique, mais il ne s'agit pas d'une règle absolue et générale. Un autre entretien, mené à l'hôpital de jour de Mérignac, montre cependant que la présence soignante n'a pas été inhibitrice chez les patients. Ces derniers ont pu s'exprimer librement sur la politique culturelle (ateliers, sorties, présence d'art dans l'institution). Les relations soignants – soignés dans le cadre d'une activité culturelle diffèrent donc d'une structure à l'autre selon le positionnement de l'équipe soignante, les pathologies des patients, les activités proposées et les personnalités des individus. Dans tous les cas, le retour d'expérience direct des patients est précieux pour l'évaluation des effets de la politique culturelle. Certains patients interrogés auraient en outre pu faire l'objet d'un suivi dans le cadre de la proposition relative au « patient traceur culturel » (cf. partie suivante), eu égard à la complexité de leur parcours, à leur faculté de communication et d'autoanalyse et au processus de rétablissement permis par leur suivi ambulatoire de longue date.

Ce tableau permettra ainsi d'alimenter un rapport d'activité, conséquence logique du projet culturel, le plus « concret » possible afin de valoriser la politique culturelle auprès de la direction générale et des financeurs extérieurs (ARS, DRAC, Conseil régional, voire mécènes) et pourra servir, lors de la rédaction de projets, dans le cadre d'appels à projets. Ce tableau d'évaluation multidimensionnel pourra servir à l'analyse des effets de la politique

⁵⁵ Néanmoins, il faut garder à l'esprit ce que l'on cherche à mesurer pour ne pas favoriser l'« infobésité » (surcharge informationnelle), cf. Bertram M. GROSS, *The Managing of Organizations: the Administrative Struggle*, Free Press of Glencoe, 1964.

culturelle tout autant qu'il viendra renforcer une approche concertée participative dans la rédaction du rapport d'activité. L'importance de ce document pour l'hôpital et pour les autres organisations humaines est aujourd'hui une évidence. Toutefois, la qualité d'un rapport d'activité s'appuie sur des données fiables et la réalisation d'une étude d'impacts qualitative contribuera à fiabiliser ces données qui pourront être mieux interprétées. Il conviendra d'éviter de transformer le tableau proposé en un amoncellement de chiffres et de données qualitatives inintelligibles. L'amélioration de la capacité analytique et opérationnelle du rapport d'activité est une des clefs de l'objectivation de la politique culturelle. Cette approche pluriprofessionnelle de l'écriture du rapport d'activité peut en outre avoir pour effet de légitimer la place et la pertinence de la culture à l'hôpital en raison de sa portée en termes de communication institutionnelle, tout en permettant de mieux refléter la réalité des activités qu'il tente d'objectiver. Corinne TERRIER souligne l'importance de cet aspect participatif et estime qu'en associant « les professionnels d'un service à son élaboration [cela permet de] conférer [au rapport d'activité] une dimension collective, ce qui revient à ne plus le considérer comme un écrit professionnel propre au directeur de service » mais reflète la culture professionnelle du service ou de l'institution.

2.3.3 La nécessité de rendre interprétables les données collectées en les illustrant par des parcours de « patients traceurs culturels »

Le versant qualitatif de la méthode d'évaluation de la politique culturelle pourrait s'appuyer sur une adaptation de la méthode du patient traceur à la culture, afin d'analyser des cas concrets de trajectoires de patients dans un parcours culturel global et de mettre en perspective les données. On pourrait s'inspirer de la méthode du patient traceur pour mieux prendre en compte les activités culturelles dans le parcours. La méthode du patient traceur proposée par la HAS permet, dans le cadre de la certification, d'obtenir une vision globale de la prise en charge du patient en se fondant sur une approche participative des professionnels concourant au parcours de soins du patient et sur le ressenti du patient. Elle découpe schématiquement la prise en charge en plusieurs étapes : entrée, admission, orientation, accueil, information, soins, traitements, sortie. Centrer cette notion sur la politique culturelle dans l'idée de favoriser un parcours culturel nécessite cependant une coopération interinstitutionnelle.

La méthode du patient traceur permettrait de relever le ressenti du patient ayant participé à une ou plusieurs actions culturelles. Ensuite, des entretiens avec les professionnels ayant été impliqués dans le parcours culturel du patient permettraient de comparer les vécus. Le patient doit être informé et son autorisation obtenue. Cette méthode nécessiterait toutefois des évolutions réglementaires, à l'image de celles connues au début des années 2000 (cf. bibliographie) liées au déploiement du dispositif Culture & Santé. L'objectif serait d'aller plus loin, en permettant par exemple, des réunions interprofessionnelles sur les parcours culturels des patients, intégrant les soignants et les autres intervenants (artistes, éducateurs et associations, entre autres) en contact avec les « patients traceurs culturels ». Cependant, le secret médical devrait être pris en compte dans cette expérimentation si elle venait à s'élargir à des intervenants extérieurs. Des évolutions des cultures professionnelles seraient également nécessaires pour accepter que d'autres professionnels puissent communiquer leurs observations, ce qui semblerait en outre inscrire la psychiatrie dans une démarche pluridisciplinaire, plus conforme à la notion de santé mentale (cf. loi de Modernisation de notre système de santé en date du 26 janvier 2016).

La méthode du patient traceur n'a de sens que pour les patients ayant suivi un parcours complexe et, plus particulièrement en psychiatrie, pour les patients chroniques ou ceux bénéficiant d'un suivi ambulatoire. Le critère d'une sortie prochaine du patient semble à exclure car il s'agit de suivre sur un temps assez long les activités culturelles menées par celui-ci. Il faudrait également, en psychiatrie, que le patient soit stabilisé et ait une aptitude à la communication afin de recueillir des informations pertinentes sur son expérience et qu'elles aient une signification qualitative. Les questions posées au patient pourraient intervenir à différents moments de la prise en charge et dans le cadre d'activités socio-culturelles variées (voire sportives car on peut lier culture, sport et réinsertion⁵⁶). La poursuite d'activités culturelles initiées dans le cadre hospitalier ou la découverte de nouvelles activités permettraient en outre de valider l'objectif d'accès élargi à la culture, défendu par l'ensemble des politiques publiques culturelles.

Ainsi, cette méthode adaptée aux problématiques culturelles pourrait permettre non pas d'évaluer le seul impact du soin sur le parcours de santé du patient, mais l'interface entre le soin et la culture et ses bénéfices pour le patient.

Dernier point, l'adaptation de la méthode du patient traceur pourrait s'effectuer en lien avec l'Université⁵⁷ car l'apport des sciences sociales semble pertinent pour mieux analyser le parcours de vie des patients, notamment sur la problématique des « publics empêchés⁵⁸ ». D'un aspect plus sociologique, cette adaptation de la méthode du patient traceur pourrait s'inspirer de la recherche en sciences sociales afin de sélectionner, avec leur consentement, plusieurs patients aux pathologies différentes, dont la chronicité de la maladie et la stabilisation de l'état psychique pourraient permettre une étude visant à vérifier l'hypothèse que la politique culturelle de l'hôpital a pu servir de relais d'une pratique culturelle préexistante à l'hospitalisation et/ou de marche-pied vers une nouvelle pratique culturelle et, plus globalement, a pu participer à la (re)socialisation de l'individu. S'inspirant des méthodes propres aux études longitudinales et aux récits et vie⁵⁹ en sociologie, cette évaluation au long terme de la politique culturelle par des parcours de patients pourrait contribuer à objectiver cette politique et rendre plus concrète l'étude de ses impacts.

2.3.4 Un tableau objectivant les effets diffus d'une politique culturelle et les impacts sur les trajectoires des patients

Ce tableau de bord a pour but d'objectiver les effets de la politique culturelle du CHCP. Il est un guide dont la structure n'est pas figée. De plus, il peut être adapté en fonction de ce que l'on cherche à évaluer. La cible de l'évaluation (patients, agents, artistes) conditionnera l'importance accordée à certains items.

⁵⁶ Lors d'un entretien mené le 6 juin 2019 avec des responsables du Comité départemental du sport adapté de la Gironde (CDSA), il a été confirmé qu'environ 80 patients ou ex-patients du CHCP, dont certains sportifs de haut niveau, étaient licenciés auprès du CDSA de la Gironde et souligné que le sport constituait « un outil thérapeutique formidable ayant permis à certains de se réinsérer professionnellement » (selon Patrick GAUTHIER, membre du Comité directeur et ancien animateur sportif au CHCP).

⁵⁷ L'éclairage universitaire serait un réel atout pour l'évaluation qualitative des effets de la politique culturelle, notamment sur le plan méthodologique, pour lequel de nombreuses problématiques relatives à l'interprétation qualitative émergent comme l'a montré Irene VASILACHIS de GIALDINO, « L'interprétation dans la recherche qualitative : problèmes et exigences », *Recherche qualitative*, vol. 31, Association pour la recherche qualitative, 2012.

⁵⁸ Le thème des « publics empêchés » a donné lieu à de nombreuses études notamment centrées sur l'accès au livre, par exemple le travail de Marie CALMET, *Médiathèques, publics empêchés, publics éloignés : les enjeux d'un projet de service spécifique*, École nationale supérieure des sciences de l'information et des bibliothèques, 2004.

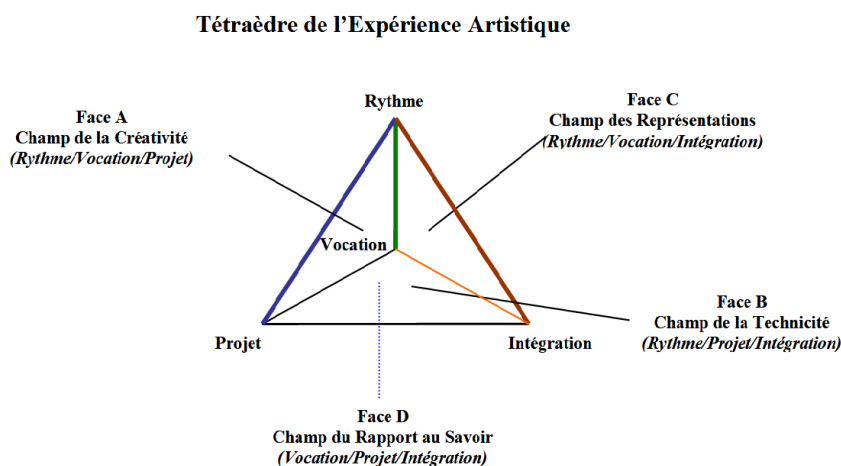
⁵⁹ Cf. William THOMAS et Florian ZNANIECKI, *Le paysan polonais en Europe et en Amérique : récit de vie d'un migrant*, Chicago, 1919, traduction française d'Yves GAUDILLAT publiée chez Nathan en 1998.

a. Sur ce que l'on cherche à évaluer et à partir de quel point de vue

Dans la version ici présentée, l'expérience des patients a été mise en exergue puisque nous cherchons à relever des éléments qui appuieraient l'idée d'une humanisation de la prise en charge (moins de réhospitalisations, moins de recours à la contention, moins de sorties sans autorisation médicale et moins de violence, notamment).

Si l'évaluation se déporte sur une perspective « ressources humaines », visant à analyser les impacts sur les personnels, d'autres items pourront être mis en valeur et il pourra être pertinent de recourir à d'autres outils comme un questionnaire (pour lequel on pourra s'inspirer de certaines questions du sondage indiqué en annexe) visant à évaluer le degré de connaissance et d'implication des agents dans la politique culturelle de leur établissement.

Enfin, un troisième axe pourrait porter sur l'évaluation des et par les partenaires extérieurs si l'établissement souhaite mettre en avant la vitalité de ses coopérations et obtenir ainsi un regard extérieur sur lui-même. Ce dernier point peut faire l'objet d'une contractualisation avec les artistes intervenant dans l'établissement en leur demandant de s'autoévaluer mais également d'évaluer les patients. Le but n'est pas d'évaluer les patients comme un élève pourrait l'être mais de voir, du point de vue de l'artiste, quels sont les effets de son action sur eux. Pour cela, on pourra recourir aux outils du Centre national de la Fonction publique territoriale, et en particulier au tétraèdre de l'expérience artistique⁶⁰ ci-dessous illustré, en mettant de côté les aspects purement évaluatifs des résultats d'un enseignement artistique mais en conservant et en adaptant au contexte hospitalier les éléments pertinents.



Cet outil d'évaluation, proposé dans le cadre de l'enseignement musical, peut être adapté aux prestations des artistes à l'hôpital. Le but n'est pas de juger les capacités des patients mais d'évaluer les effets d'une action culturelle sur eux. En effet, certaines remarques des auteurs du guide d'évaluation des pratiques artistiques semblent correspondre au cadre hospitalier si l'on remplace « professeur » par « artiste », « élève » par « patient », et que l'on considère ces outils moins dans leur dimension d'apprentissage que dans leur dimension d'épanouissement personnel :

« L'[artiste] détient un rôle de partenaire, éclairant [le patient], l'encourageant (à continuer [...]), à prendre des décisions sur son propre parcours [culturel] et d'expression artistique [...]. [L'artiste] ne peut plus inscrire systématiquement son accompagnement des [patients] sur une durée longue [...] il est obligé de composer avec la réalité des attentes [des patients] ».

⁶⁰ *Op. cit.*, Arnaud CAUMEIL *et al.*

Suite à ces remarques liminaires, les auteurs explicitent les facettes du tétraèdre de l'évaluation. Nous retiendrons ici celles qui semblent pertinentes à notre problématique et transposables à l'expérience artistique en établissement de santé. L'aspect « technicité » (face B), lié aux capacités d'utilisation d'un instrument de musique et d'apprentissage⁶¹ dans le modèle ici analysé, nous apparaît secondaire car ce n'est pas cet objectif qui est recherché à l'hôpital, même si certains ateliers font appel à de la technicité (poterie, dessin ou chant en chorale, entre autres) :

- L'aspect « créativité » (face A) : comment le patient se comporte-t-il face à la nouveauté ? Quelles ressources mobilise-t-il dans le cadre d'une action culturelle/artistique à laquelle il est confronté pour la première fois ? De quelle imagination fait-il preuve pour répondre aux sollicitations de l'intervenant ? La créativité peut également amener les patients à se mesurer aux autres, car l'« expérience [peut les] place[r] dans un espace d'altérité dans lequel il[s] se confronte[nt] à d'autres valeurs que les [leurs] ».

Même si cet aspect semble plus secondaire que l'objet social de l'action culturelle et que nous ne la situons pas dans un cadre scolaire – car l'évaluation ici n'est pas sommative et ne vise aucun individu en particulier – l'intervenant pourra tout de même évaluer le processus d'apprentissage du patient (atelier danse, chant en chorale, arts plastiques) car : d'une part, il s'agit d'une composante du parcours culturel mentionnée dans le projet culturel de l'établissement⁶² ; et d'autre part, les actions culturelles peuvent également être l'occasion pour les patients d'initier de nouvelles pratiques car apprendre c'est « inquiéter la raison et venir déranger les habitudes de connaissance objective » [Gaston BACHELARD, 1938], ce qui rejoint également un autre objectif de la politique culturelle 2019-2024 du CHCP : « interroger les pratiques, les organisations et les lieux, au travers d'un regard artistique extérieur ».

- L'aspect « cognitif » (face D) : quel sens le patient donne à sa participation et à ses actions dans le cadre d'une activité culturelle/artistique ? À quelles ressources personnelles recourt-il pour expliciter ce qu'il fait et pour dépasser les difficultés rencontrées ? Quelle est sa capacité réflexive sur sa participation vis-à-vis de son attitude, de ses motivations personnelles et de ses interactions avec le groupe ?
- L'aspect « confiance en soi⁶³ » (face B et C) est stimulé lors des actions culturelles et rejoint un des objectifs de la politique culturelle 2019-2024 du CHCP qui est de « contribuer à la valorisation de l'image des patients ». Les auteurs de l'étude du CNFPT estiment que « la notion de confiance en soi est intimement liée à l'exercice artistique ». L'artiste est un des intervenants les mieux placés pour évaluer cet aspect qui peut évoluer d'atelier en atelier et au cours d'un atelier.
- L'aspect « représentations » (face C) – lié à l'aspect précédent – est évaluable par l'artiste : on pourra recueillir son appréciation sur la façon dont le patient s'est intégré au groupe et les effets que cette intégration a eus sur lui. Cet effort de socialisation, qui peut être rendu difficile par la pathologie, peut être remarqué par l'intervenant et peut contribuer à valoriser la politique culturelle en mettant en exergue un effet concret sur

⁶¹ Même s'il est vrai que l'Art peut avoir des vertus pédagogiques, cf. Alain KERLAN et Samia LANGAR, *Cet art qui éduque*, yapaka.be, 2015.

⁶² « 5. Le parcours culturel associera la fréquentation des œuvres, la rencontre avec les artistes, la pratique artistique et **l'acquisition de connaissances et compétences, artistiques et culturelles** ».

⁶³ Cet aspect, lié à une pratique artistique groupale d'improvisation théâtrale, ressort nettement de l'entretien mené en hôpital de jour (cf. *supra*).

les capacités relationnelles des patients⁶⁴. Cet aspect fait également appel aux représentations *a priori* que le patient se faisait de l'atelier auquel il allait participer. L'artiste peut relever l'évolution des représentations d'un patient sur une activité culturelle/artistique au cours de son accompagnement. Les auteurs précisent que « le champ des représentations dans le cadre de l'expérience artistique renvoie donc aux capacités [du patient] à savoir se comporter, se conduire, appréhender un contexte de la sphère publique. L'intervenant pourra donc faire part de ses remarques sur la capacité du patient à « trouver sa place » au sein d'un groupe. La pratique culturelle à l'hôpital peut également donner lieu à une situation de « gestion des imprévus » par les patients, dans la mesure où les ateliers peuvent venir perturber la routine de l'hospitalisation. Cet aspect de gestion des imprévus (lors d'un spectacle de la chorale des patients, lors d'un atelier d'improvisation théâtrale, ou lors d'une sortie extérieure) est également intéressant à observer du point de vue de l'intervenant tiers qui pourra contribuer à l'évaluation qualitative de l'action culturelle. Ce dernier aspect, évoqué par les auteurs, semble bien résumer la philosophie des actions culturelles à l'hôpital : **« Ainsi, [engager le patient] dans un projet artistique, l'inviter à des sorties culturelles [...], favoriser ses rencontres avec un spécialiste lors d'une *master class*, c'est offrir [au patient] la possibilité de familiariser avec l'imprévu ».**

En adoptant cette grille d'analyse, les artistes pourraient contribuer à évaluer leur action dans le cadre de la politique culturelle d'établissement et objectiver les effets sur les patients (en termes d'interactions sociales, de représentation personnelle de soi, d'insertion dans un groupe et d'épanouissement), en complémentarité avec les observations cliniques liées à l'état pathologique. Ces observations émanant de non-soignants pourraient être des éléments qualitatifs intéressants à prendre en compte dans l'étude d'impacts de la politique culturelle.

b. Sur le niveau de granularité de l'approche et la valorisation de l'« invisible »

Une approche polaire a été proposée afin de pouvoir descendre d'un niveau d'analyse car les données à l'échelle de l'établissement ne permettraient pas de mettre en exergue des nuances dans l'étude d'impacts de la politique culturelle d'établissement. Il s'agit d'un outil d'évaluation qui est censé permettre d'avoir une vision globale des impacts de la politique culturelle, de pouvoir quantifier le nombre d'individus (patients, agents, visiteurs) concernés par la politique culturelle d'établissement, de mettre en avant des corollaires pouvant donner des éléments d'interprétation des impacts de la politique culturelle, mais également de voir s'il existe des inégalités d'accès à la culture à l'hôpital en fonction des pôles, des régimes d'hospitalisation ou des modes d'hospitalisation.

Ce tableau vise à mettre en valeur la politique culturelle et tous les acteurs y concourant. On mesure souvent l'efficacité d'une politique à l'aune de critères purement économiques (coût, effectifs), mais l'aspect qualitatif et toutes les interactions connexes nécessaires à l'ingénierie et au déploiement d'une telle politique sont mal mesurés (mobilisation des réseaux, décloisonnement des services, amélioration de l'image de l'hôpital et ouverture sur la ville, satisfaction des familles, modification des interactions soignants – patients, implication personnelle des agents parfois même en dehors de leur temps de travail, créativité des agents pour faire vivre une action culturelle qui peut être dotée de peu de moyens, amélioration de la communication interne, renforcement de l'inter-professionnalité⁶⁵, renforcement de l'attachement à l'institution, consolidation de l'identité

⁶⁴ Cet aspect est parfaitement illustré dans le film de Nicolas PHILIBERT, *La moindre des choses*, 1996, qui met en avant la socialisation de certains patients de la Clinique de La Borde et l'effet fédérateur de la préparation d'une pièce de théâtre.

⁶⁵ Cette notion, centrale dans la coordination du parcours de soins, devrait également se retrouver dans le cadre du parcours culturel, où divers professionnels interviennent et notamment des personnes extérieures à l'hôpital. La coordination de ces professionnels de la santé et de la culture est la condition *sine qua non* de la réussite d'une action culturelle.

de l'établissement, notamment). Ce tableau de bord pourrait permettre de valoriser les actions et résultats « invisibles » difficilement objectivables d'un point de vue économétrique, mais qui pourtant sous-tendent la politique culturelle. Cette objectivation des actions « invisibles » permettra de montrer comment la politique culturelle s'est professionnalisée et quels sont les rouages nécessaires pour l'animer (moyens administratifs, logistiques, communication, déplacements de soignants et de patients, temps consacré à la fidélisation de contacts interpersonnels, l'ingénierie et les réajustements des projets en fonction des contraintes des partenaires et/ou des unités). Cette meilleure visibilité sur les rouages d'une politique culturelle permettra également de mieux comprendre les rôles des acteurs dans l'animation de cette politique, réduisant ainsi les « zones d'incertitude » [Michel CROZIER et Erhard FRIEDBERG⁶⁶, 1977] et rendant possible une meilleure gestion des ressources.

Le tableau intègre également des effets induits par la politique de communication de l'établissement car la culture et la communication sont intrinsèquement liées⁶⁷. Au CHCP, 2 ETP sont consacrés à la communication et ce service est un relais pour la politique culturelle de l'établissement contribuant à la valoriser aussi bien en interne que vers l'extérieur.

c. Sur les principaux questionnements soulevés par ce tableau

Ce tableau devrait permettre d'apporter des éléments quantitatifs et qualitatifs afin de disposer d'une matière suffisamment exhaustive permettant de répondre aux questions suivantes, qu'elles soient d'ordre purement statistique, médico-économique (en lien avec le DIM), ou qu'elles fassent appel à la subjectivité des individus concernés par la politique culturelle :

- Qui est concerné par la politique culturelle ? Combien de patients en bénéficient ?
- Combien de patients par pôle bénéficiant de la politique culturelle ?
- Quels sont les régimes d'hospitalisation (sans consentement ou en soins libres) des patients en bénéficiant ?
- Quelle est la démarche des patients vis-à-vis des actions culturelles : ont-ils été contraints d'y participer (sur indication médicale) ou leur participation découle-t-elle de leur propre initiative ?
- Y a-t-il des profils pathologiques plus « réceptifs » à la culture que d'autres ?
- Y a-t-il une corrélation entre DMS et participation à une activité découlant de la politique culturelle d'établissement ?
- Y a-t-il une corrélation entre taux de réhospitalisation et participation à une activité découlant de la politique culturelle d'établissement ?
- Les patients se déplacent-ils dans l'établissement pour se rendre à des ateliers, des événements ou des restitutions organisés par le service culturel ?
- Quels sont les liens de l'hôpital avec l'extérieur ? Combien y a-t-il de partenariats ? Combien de patients se rendent à l'extérieur dans le cadre d'une activité culturelle ?
- Les patients suivis au titre de l'expérimentation sur le « patient traceur culturel » poursuivent-ils une activité culturelle à l'extérieur, si oui laquelle – ou lesquelles – et à quelle fréquence ?

⁶⁶ Michel CROZIER et Erhard FRIEDBERG, *L'Acteur et le Système*, Éditions du Seuil, 1977.

⁶⁷ A ce sujet, on pourra se rapporter à l'article de Jean CAUNE, « Culture et communication : noyau épistémique et forme symbolique », Université Stendhal – Grenoble 3, Société française des Sciences de l'information et de la communication, 2008, ou pour plus analyse approfondie, à l'ouvrage du même auteur : *Culture et communication - Convergences théoriques et lieux de médiation*, Presses Universitaires de Grenoble, 2^e édition, 2013.

d. Sur la réponse aux objectifs de la politique culturelle 2019-2024

Ce tableau multidimensionnel s'inspire de la matrice de la BSC proposée *supra* et ses différentes catégories d'items visent à répondre aux cinq objectifs de la politique culturelle du CHCP 2019-2024 qui sont, pour rappel :

1. Démocratiser l'accès à la culture ;
2. Améliorer la prise en charge ;
3. Ouvrir l'hôpital sur l'extérieur ;
4. Déstigmatiser la santé mentale et les patients ;
5. Interroger les pratiques, les organisations, les lieux.

Ne pouvant répondre pour tous les items à un des principes de la BSC (lien de causalité), ce tableau vise toutefois à établir des corrélations, voire pour certains items, des chaînes causales, entre les items qui pourront être croisés si les données les alimentant sont fiables, collectées de manière homogène et totalement informatisées.

NB : Une légende de certains termes employés dans le tableau est consultable en annexe.

I. Effets endogènes à la prise en charge									
1. Aspects quantitatifs									
Nombre de patients s'étant rendu à des ateliers	Sur indication médicale					De manière volontaire			
	%					%			
Répartition polaire et MAS (patients en HC)	BSM	PUMA	UNIVA	3/4/7	MAS	PUPEA	<i>dont OPP</i>	Addictologie	Total
	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Répartition polaire et MAS (tous modes d'hospitalisation confondus)	BSM	PUMA	UNIVA	3/4/7	MAS	PUPEA	<i>dont OPP</i>	Addictologie	Total
	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Nombre de patients ayant participé à une activité culturelle autre qu'un atelier, y compris à l'extérieur du CHCP	BSM	PUMA	UNIVA	3/4/7	MAS	PUPEA	<i>dont OPP</i>	Addictologie	Total
	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Nombre de patients s'étant rendu à des restitutions	BSM	PUMA	UNIVA	3/4/7	MAS	PUPEA	<i>dont OPP</i>	Addictologie	Total
	%	%	%	%	%	%	%	%	%
Nombre de patients souffrant de schizophrénie ayant participé à une activité culturelle	BSM	PUMA	UNIVA	3/4/7				Addictologie	Total
	%	%	%	%				%	%
Nombre de patients souffrant de troubles bipolaires ayant participé à une activité culturelle	BSM	PUMA	UNIVA	3/4/7				Addictologie	Total
	%	%	%	%				%	%

Nombre de patients souffrant de troubles anxieux ayant participé à une activité culturelle	BSM	PUMA	UNIVA	3/4/7			Addictologie	Total
	%	%	%	%			%	%
DMS de patients souffrant de schizophrénie (jours)	BSM	PUMA	UNIVA	3/4/7				Moyenne établissement
DMS de patients souffrant de troubles bipolaires (jours)	BSM	PUMA	UNIVA	3/4/7				Moyenne établissement
DMS de patients souffrant de troubles anxieux (jours)	BSM	PUMA	UNIVA	3/4/7				Moyenne établissement
DMS de patients souffrant de schizophrénie ayant participé à une activité culturelle (jours)	BSM	PUMA	UNIVA	3/4/7				Moyenne établissement
DMS de patients souffrant de troubles bipolaires ayant participé à une activité culturelle (jours)	BSM	PUMA	UNIVA	3/4/7				Moyenne établissement
DMS de patients souffrant de troubles anxieux ayant participé à une activité culturelle (jours)	BSM	PUMA	UNIVA	3/4/7				Moyenne établissement
Régime d'hospitalisation des patients ayant participé à une activité culturelle (nombre et %)	ASPDT	ASPDTU		ASPDRE	PI	SL		
	%	%		%	%	%		
Taux de réhospitalisation (%)	BSM	PUMA	UNIVA	3/4/7		PUPEA	dont OPP	Total
Taux de réhospitalisation des patients ayant suivi une activité culturelle (%)	BSM	PUMA	UNIVA	3/4/7		PUPEA	dont OPP	Total
Nombre de sorties sans autorisation médicale	BSM	PUMA	UNIVA	3/4/7	MAS	PUPEA	dont OPP	Total
Nombre de sorties sans autorisation médicale de patients suivant une activité culturelle	BSM	PUMA	UNIVA	3/4/7	MAS	PUPEA	dont OPP	Total
Nombre de patients en isolement et/ou contentonnés	BSM	PUMA	UNIVA	3/4/7				Total

Nombre de patients en isolement et/ou contentionnés suivant une activité culturelle	BSM	PUMA	UNIVA	3/4/7					Total
Nombre et nature des œuvres produites par les patients ⁶⁸ et recensement de leur présence dans les pôles	BSM	PUMA	UNIVA	3/4/7	MAS	PUPEA	dont OPP	Addictologie	Total
Patients ayant fait l'objet d'une déclaration ONVS (indiquer le nombre de patients, la nature de l'atteinte [biens ou personnes] et le niveau de l'atteinte :1, 2, 3 ou 4).	BSM	PUMA	UNIVA	3/4/7	MAS	PUPEA	dont OPP	Addictologie	Total
Parmi ces patients, indiquer la proportion ayant suivi une activité culturelle									

2. Aspects qualitatifs	
<i>Effets directs sur les patients</i>	
Synthèse d'éléments cognitivo-comportementaux ⁶⁹ dans le cadre d'une activité culturelle et artistique (quelques patients « représentatifs »)	
<i>Effets indirects sur les patients</i>	
Activités et retours qualitatifs	
Niveau de diplôme des patients (diagramme)	
Répartition par catégorie socio-professionnelles des patients (CSP) – (diagramme)	
Lieux visités dans le cadre de sorties et/ou séjours thérapeutiques	
Accueil réservé aux patients et/ou aux agents lors des visites extérieures	
Nombre d'entretiens individuels et collectifs menés avec les patients désireux de communiquer leur avis sur une ou des action(s) culturelles qu'ils ont suivie(s)	
Nombre de patients rencontrés en entretien de retour d'expérience sur les actions culturelles	
Échelle de satisfaction moyenne (score moyen entre 0 et 10)	
<i>Net Promoter Score</i>	
Taux de retour des questionnaires de satisfaction (%)	
Synthèse des éléments positifs liés à la participation des patients à une activité culturelle (voir si une déclinaison polaire est pertinente et réalisable)	

⁶⁸ Certains patients réalisent de grands tableaux qui sont ensuite stockés dans les unités sans être mis en valeur. On ne sait pas combien d'œuvres ont été réalisées à l'échelle de l'établissement, ce qui ne favorise par leur mise en valeur.

⁶⁹ Cette évaluation qualitative est inspirée d'une grille d'observation multidimensionnelle mise en place à la clinique Jean Sarrailh d'Aire-sur-l'Adour et qui ne peut être diffusée dans le cadre de ce mémoire. Toutefois, mentionnons plusieurs catégories de cette grille regroupant de nombreux items (62) – « aspects cognitifs ; respect du fonctionnement ; rapport à l'autre ; capacités motrices ; productions ; perspectives ; autres » – qui donnent des indications sur l'évaluation qualitative. Certains items pourraient être retenus pour alimenter la démarche qualitative de l'étude d'impacts de la politique culturelle du CHCP. Cette méthodologie d'observation rejoint en partie les préconisations du CNFPT sur l'évaluation d'une pratique artistique (cf. bibliographie), notamment dans la composante « rapport à l'autre », avec une attention particulière portée sur les interactions dans le cadre d'activités socio-culturelles. Pour être exploitable, une telle grille nécessiterait d'être totalement informatisée.

Synthèse des éléments négatifs liés à la participation des patients à une activité culturelle (voir si une déclinaison polaire est pertinente et réalisable)
Synthèse d'autres éléments significatifs liés à la participation des patients à une activité culturelle (voir si une déclinaison polaire est pertinente et réalisable)
Synthèse des idées proposées par les patients souhaitant de nouvelles activités culturelles et artistiques (boîtes à idées, idées exprimées oralement aux équipes, propositions de leurs familles ou proches)

II. Effets exogènes à la prise en charge

Prise en compte de la diffusion des impacts non directement corrélés à la prise en charge

A. Effets sur les patients

1. Aspects quantitatifs

Indicateurs relatifs à la présence culturelle et artistique dans l'institution sans implication directe du patient
(idée de « bain de culture »)

Nombre de chemins de parole affichés et, le cas échéant, teneur qualitative des retours sur cette action ⁷⁰	
Nombre de livres mis en circulation dans les boîtes à livres	
Nombre et nature des objets culturels et artistiques dans l'établissement et, le cas échéant, teneur qualitative des retours	
Nombre d'arbres identifiés comme remarquables	
Nombre d'expositions (documents hospitaliers anciens, œuvres des patients, commande publique artistique) et, le cas échéant, teneur qualitative des retours sur cette action	
Surface de murs « graphés » ou végétalisés et, le cas échéant, teneur qualitative des retours sur cette action	

Expérimentation du « patient traceur culturel »

Nombre de « patients traceurs culturels »	
Nombre de référents de « patients traceurs culturels »	
Nombre d'entretiens menés avec les « patients traceurs culturels »	
Réhospitalisations de « patients traceurs culturels »	

2. Aspects qualitatifs

Autres professionnels intervenant dans le parcours culturel du patient (y compris du patient traceur culturel)	
Appréciations de ces professionnels	
Appréciation des familles et proches des patients sur une ou plusieurs actions culturelles	

B. Effets sur l'institution

1. Effets vers l'extérieur

Nombre d'entrées dans l'annuaire des partenaires culturels de l'établissement ⁷¹ et évolution (suppose une actualisation régulière)	
Nombre de restitutions organisées	

⁷⁰ Un QR Code pourrait être inséré sur les supports artistiques et culturels afin de donner des explications supplémentaires et de donner la possibilité à chacun de s'exprimer sur ce qu'il voit. Cette démarche nécessite cependant l'adaptation du système d'information si l'initiative venait à être généralisée ainsi qu'une éventuelle modération des propos recueillis. Elle permettrait d'avoir des opinions sur la présence de l'Art en institution, plus difficiles à obtenir que lors d'une participation à un atelier culturel ou une sortie.

⁷¹ Cet annuaire pourrait être réalisé au niveau de la région (avec des déclinaisons départementales), avec l'appui du Pôle Culture et Santé en Nouvelle-Aquitaine pour recenser tous les interlocuteurs du secteur « culture et santé » et favoriser le travail en réseau, tout en valorisant les liens interpersonnels des responsables culturels qui permettent de concrétiser des actions culturelles et artistiques. Ce réseau permettrait de contribuer à l'organisation d'événements inter-établissements. Une collaboration plus étroite des hôpitaux en matière culturelle pourrait également avoir lieu au niveau du GHT Alliance de Gironde (cf. fiche action 3.4 du Projet culturel 2019-2024 du CHCP).

Nombre d'évènements ouverts au public et types d'évènements	
Nombre d'avis collectés dans les livres d'or et teneur	
Nombre de partenariats	
Nombre de billets gratuits ou à tarif réduit remis au CHCP (et mention de l'institution partenaire)	
Nombre de réponses aux d'appels à projet	
Nombre et nature d'évènements extérieurs n'étant pas à l'initiative de l'hôpital et nombre de personnes concernées ⁷²	
Politique de mécénat : montant des fonds et objectifs du mécène	
Évolution du fonds de dotation	
Coopérations avec l'Université (recherche en sciences sociales sur la culture et santé) : nombre et nature	
Reportage sur la politique culturelle : audience et appréciations	
<i>Politique de communication et audience internet</i>	
Nombre d'actions de communication sur la culture	
Type d'actions de communication	
Nombre de pages vues sur l'intranet en lien avec des contenus culturels	
Nombre de pages vues sur le site internet en lien avec des contenus culturels	
Nombre d'engagements Twitter en lien avec des contenus culturels	
Nombre de « like » Facebook en lien avec des contenus culturels	
Nombre de relais presse d'évènements culturels et nature du support de communication relais	
Nombre d'enregistrements vidéo, sonores et photographiques des évènements culturels et artistiques ou de réactions à ces évènements	
2. Effets vers l'intérieur	
Moyens consacrés (ETP)	
Nombre de référents « culture » par pôle (ou unité si pertinent)	
Nombre d'agents participant à la politique culturelle de l'établissement	
Évolution du nombre d'agents impliqués dans la politique culturelle	
Taux d'absentéisme des agents (voir si une déclinaison polaire est pertinente et réalisable)	
Taux d'absentéisme des agents impliqués dans une action culturelle (voir si une déclinaison polaire est pertinente et réalisable)	
Réunions de coordination avec les partenaires (nombre et objet)	
Initiatives culturelles et artistiques émanant des unités (effet d'émulation ⁷³)	
Nombre de retours du questionnaire portant sur la politique culturelle adressés aux agents	
Synthèse de la teneur des réponses au questionnaire sur la politique culturelle adressé aux agents	

⁷² Ces évènements peuvent être organisés par d'autres institutions mais nécessitent l'implication de l'établissement. À titre d'exemple, dans le cadre des journées du Patrimoine, le CHCP accueille une visite guidée par un historien. Des évènements sportifs, comme un marathon « santé mentale », pourrait passer sur une partie de son itinéraire à l'intérieur du CHCP. Si la politique sportive de l'établissement ne rentre pas dans le cadre de la politique culturelle, elle pourrait, sur ce point particulier, la rejoindre dans la mesure où elle participe également à l'ouverture de l'hôpital sur la ville.

⁷³ À la Ferme du Vinatier, un certain nombre d'initiatives émanent des unités de soins. Cette approche, moins descendante que les actions impulsées par la direction de la Culture, permet aux professionnels de s'approprier une action culturelle. Cependant, elle nécessite des moyens importants car les professionnels désireux de lancer une action culturelle savent qu'ils peuvent s'appuyer sur les moyens humains de la Ferme du Vinatier (4 ETP contre 1 au CHCP) pour soutenir leurs projets. Au CHCP, certaines initiatives ont émané des unités de soins où les agents avaient envie de lancer un projet, par exemple une bande-dessinée réalisée par plusieurs agents pour expliquer aux enfants (adolescents) de personnes hospitalisées en psychiatrie les conditions d'hospitalisation et le milieu de la psychiatrie. Un agent a également proposé de prendre quelques clichés photographiques de qualité dans les unités. Ces initiatives personnelles doivent être valorisées (communication et soutien institutionnel) afin de créer un effet d'émulation et de montrer que la direction de l'établissement y est sensible. Cette mise en avant d'initiatives personnelles pourrait également créer un effet de sensibilisation, certains agents pouvant ainsi se sentir plus concernés par des actions émanant de leurs collègues.

C. Effets sur les artistes	
1. Aspects quantitatifs	
Nombre d'interventions	
Nombre d'artistes	
Coût total des interventions	
Coût moyen par artiste	
Coût moyen par patient ayant suivi ou participé à une activité culturelle	
Budget consacré à la politique culturelle rapporté au budget total de l'établissement (%)	
Nombre d'artistes en résidence	
2. Aspects qualitatifs	
Nature de l'intervention	
Lieux d'intervention lors de manifestations ponctuelles	
Nombre et nature des groupes ayant utilisé un local mis à disposition ⁷⁴ par l'hôpital et nombres d'heures d'utilisation	
Appréciations des artistes sur le lieu mis à disposition	
Appréciations des artistes accueillis en résidence	
Nombre de retours d'expérience* <small>(*éventuellement objectivables par questionnaire, mais les retours oraux peuvent également être pris en compte)</small>	
Synthèse des retours d'expérience	
Nombre et type de production physique ⁷⁵ (disques, écrits ou photographies, notamment)	
Évaluation de la pratique artistique des patients <small>(cf. modèle du tétraèdre de l'expérience artistique du CNFPT)</small>	

⁷⁴ Ce lieu pourrait se situer au sein des anciennes cuisines de l'hôpital qui pourraient être restaurées à terme (cf. fiche action 3.5 du Projet culturel 2019-2024 du CHCP).

⁷⁵ Ici encore, il est important de mettre en avant la production artistique réalisée pour en garder une trace et éviter qu'elle ne sombre dans l'oubli. Certains projets artistiques ont donné lieu à une production quasi professionnelle de supports : réalisation d'un double CD « Frakas – Vivons l'instant » accompagné d'un livret par les patients de l'unité Charcot, sous la supervision du Dr Michel GRASSET et la Compagnie de musiciens Fracas en 2009. La diffusion de cette œuvre pose cependant la question du respect de la confidentialité des patients, ce qui peut être un frein à sa valorisation. On peut aussi mentionner un film d'atelier réalisé par et avec les résidents de la MAS du CHCP en 2014 grâce à l'association « Les ateliers à ciel ouvert ».

Conclusion

La question de l'évaluation d'une politique culturelle en établissement de santé doit se poser au même titre que l'évaluation des autres politiques menées. Cependant, une approche favorisant une analyse quantitative des données ne doit pas focaliser les efforts d'évaluation, même si elle semble, de prime abord, plus facile à mettre en place. La culture produit des effets évanescents et labiles sur les individus. Chacun aura sa manière de bénéficier des actions culturelles. Toutefois, ces dernières ne doivent pas être envisagées dans une approche consumériste mais bien comme une possibilité pour les établissements de santé d'humaniser leur prise en charge à l'heure où les normes, la certification et la volonté de mesurer à l'aune d'indicateurs tendent à standardiser et uniformiser la complexité des activités humaines, y compris dans le soin. En ce sens, la culture peut être envisagée comme un vecteur de promotion de l'humain à l'hôpital, favorisant le rapprochement entre le *cure* et le *care*.

L'évaluation qualitative doit donc se concentrer sur les effets induits sur la prise en charge. Néanmoins, toute démarche en ce sens doit éviter deux biais : premièrement, celui de ne pas dénaturer la culture ou freiner la liberté artistique en les enfermant dans une obligation de résultats ; deuxièmement, ne pas attribuer à la culture en établissements de santé un but absolu d'impact car son essaimage dépasse largement le cadre hospitalier. Il semble également primordial de se garder de toute projection personnelle en partant du postulat que n'importe qui est intéressé par une pratique culturelle, chaque individu n'ayant pas la même sensibilité à la culture, certaines personnes y étant par ailleurs indifférentes au cours de leur hospitalisation.

L'approche évaluative doit enfin permettre de contribuer à professionnaliser la culture à l'hôpital, qui est souvent le parent pauvre des politiques d'établissement, sans que cela soit une raison pour ne pas la valoriser. Toutefois, l'évaluation demande des moyens et ne peut être réussie qu'avec des outils adaptés et avec la participation des professionnels parfois peu disponibles pour s'impliquer dans les problématiques culturelles. L'individualisation de la prise en charge, l'amélioration de la qualité de vie au travail et la possibilité pour les professionnels de s'exprimer sur leurs pratiques en lien avec un projet culturel d'établissement sont autant d'éléments qui pourraient avoir une influence fédératrice sur les organisations de travail, sur les pratiques et, *in fine*, servir les intérêts des patients.

Bibliographie

Bibliographie générale

- BAILLY Olivier, « Artistes en résidence à l'hôpital », *Lien social*, n° 825, 2007.
- BENGIO Abraham et RITTER Philippe (dir.), *Il suffit de passer le pont... - Restitution du groupe de réflexion régional « Culture et hôpital »*, DRAC et ARH Rhône-Alpes, 2001.
- BENZERFA Manel, *L'universalité d'un outil de gestion en question : cas de la balanced scorecard dans les administrations de l'État*, Université Paris 10, 2007.
- BOUSIGES Richard, FLEURY Christian, GAUTIER Catherine, MORANÇAIS Martine, « La politique culturelle au CHR d'Orléans », *Gestions hospitalières*, décembre 2003.
- COSTES Mylène, L'atelier culturel en hôpital psychiatrique : « un cadre modalisé » objet de détournements par le personnel soignant, *Études de communication*, Université Grenoble II, Groupe de recherche sur les enjeux de la communication, n° 39, 2012.
- DELANOË-VIEUX Carine, « La Ferme du Vinatier », *VST – Vie sociale et traitement*, n° 88, 2005.
- DELANOË-VIEUX Carine, KEPENEKIAN Georges (Dr), « Cultures et cité - culture, territoire et hôpital en Rhône-Alpes, Nouvelles aspirations, nouvelles alliances », *Revue hospitalière de France*, n° 522, 2008.
- DELPORTE Christian, MOLLIER Jean-Yves, SIRINELLI Jean-François, *Dictionnaire d'histoire culturelle de la France contemporaine*, Presses Universitaires de France, 2010.
- GALLIC (Le) Gaëlle, « Forum de l'hôpital public - Hôpital et culture », *Revue hospitalière de France*, n° 485, 2002.
- KAPSAMBELIS Vassilis (Dr) (dir.), *Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte*, Presses Universitaires de France, 2015.
- LECOURT Dominique (dir.), *Dictionnaire de la pensée médicale*, Presses Universitaires de France, 2004.
- MEIGNANT Alain, *Manager la formation*, Éditions Liaisons, 2006.
- MERRIEN François-Xavier, « La Nouvelle Gestion publique : un concept mythique », *Lien social et Politiques*, 1999.
- MESURE Sylvie, SAVIDAN Patrick (dir.), *Le dictionnaire des sciences humaines*, Presses Universitaires de France, 2006.
- MILLY Bruno et HERREROS Gilles, *La qualité à l'hôpital – Un regard sociologique*, L'Harmattan, 2011.
- MILLY Bruno, HERREROS Gilles, *Culture-Hôpital. De l'expérimentation à l'institutionnalisation*, 2009.
- MORVILLERS Jean-Manuel, « Le care, le caring, le cure et le soignant », *Recherches en soins infirmiers*, 2015.
- NOBRE Thierry, *Quels tableaux de bord pour l'hôpital ?*, 21^e congrès de l'Association Francophone de Comptabilité, 2000.
- NOSBONNE Christophe, « Le tournant managérial dans le secteur public européen : quelles conséquences sur l'action publique ? », *La Nouvelle revue du travail*, 2013.
- ROCHAIX Maurice (dir.), *Revue de la Société française d'histoire des hôpitaux*, n° 101, 2001.
- RODIER Julien (dir.), « La culture à l'hôpital », *Revue de la Société française d'histoire des hôpitaux*, numéro spécial 140, 2011.

- SÉGADE Jean-Paul (dir.), *Tout n'est pas poisson, mais il y a des poissons partout – Hôpital, innovation, culture, Hi.culture, 2006-2011*, La passe du vent, 2011.
- SPIESS Dominique, *Politiques culturelles dans les établissements de santé*, Collection Culture & Hôpital, MkF, 2013.
- TERRIER Corinne, « Communiquer à travers le rapport annuel d'activité », *Les Cahiers Dynamiques*, 2005.
- VANEECLOO Pierre (Dr), « L'écriture de projets dans les hôpitaux : loi du 31 juillet 1991 », *Études de communication*, 1993.

Sources juridiques et documents institutionnels

- COUTY Édouard, WEBER Anita, Circulaire Direction des Hôpitaux/FH3/Délégation au développement et à l'action territoriale/2000/N° 418 du 24 juillet 2000 relative à la poursuite du développement des activités culturelles dans les établissements de santé, août 2000.
- DELPUECH Michel, LAFORCADE Michel, ROUSSET Alain, « Convention de partenariat Culture et Santé entre l'État, l'Agence Régionale de Santé d'Aquitaine et la Région Aquitaine », années 2013-2014-2015.
- GASPARUTTO Claire (dir.), « Culture-Santé en Bretagne – Bilan du dispositif régional » (2004-2016), ARS Bretagne, DRAC Bretagne, 2016.
- GAUTIER Catherine, LETEURTRE Julie, *Missions & politiques culturelles dans les établissements de soins*, CHR d'Orléans, CHU de Nice, 2007.
- IDRAC Francis, GARCIA Alain, ROUSSET Alain, « Convention "Culture à l'hôpital" entre l'État, l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Aquitaine et le Conseil régional d'Aquitaine, années 2007-2008-2009.
- SCHMITT Dominique, GARCIA Alain, ROUSSET Alain, « Convention entre l'État, l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Aquitaine et la Région Aquitaine, années 2010-2011-2012.
- TRAUTMANN Catherine, KOUCHNER Bernard, Convention entre le ministère de la Culture et de la Communication et le Secrétariat d'État à la Santé et à l'Action sociale, mai 1999.
- Déclaration universelle sur la diversité culturelle, Série Diversité culturelle n° 1, UNESCO, 2002.
- Circulaire n° 99-444 du 27 juillet 1999 relative au développement des activités culturelles dans les établissements de santé.

Sources étrangères

- BIOT Paul *et. al.*, *Le journal de Culture & Démocratie*, n° 33, Belgique, 2014.
- BOUCHAIN Laurent (dir.), *Sens du travail artistique en milieu de soins – Outil réflexif sur base du rapport des deux journées d'information sur le métier d'artiste intervenant en milieu de soins*, ASBL/réseau Art et santé *et. al.*, Belgique, 2011
- LIIKANEN Hanna-Liis, « *Art and Culture for Well-being – Proposal for an action programme 2010–2014* », ministère de l'Éducation et de la Culture, Finlande, 2010.
- WALMSLEY Ben, « *Towards a balanced scorecard - A critical analysis of the Culture and sport evidence (CASE) programme* », *School of Performance and Cultural Industries*, Université de Leeds, Royaume-Uni, 2012.
- WEINSTEIN Larry, BUKOVINSKY David, « *Use of the balanced scorecard and performance metrics to achieve operational and strategic alignment in Arts and culture not-for-profits* », *International journal of Arts management*, vol. 11, n° 2, États-Unis/Canada, 2009.

Conférences

- LOWIES Jean-Gilles, « L'évaluation des politiques culturelles : une utopie ? », Université Libre de Bruxelles et Université de Liège, conférence enregistrée en 2013, <https://www.youtube.com/watch?v=rdOPk2hL4pQ>, consultée le 8 août 2019.
- MARTIN Alexandra (dir.), Séminaire régional Culture et santé sanitaire et médico-social, Institut Régional du Travail Social de Nouvelle-Aquitaine, Talence, Pôle Culture & Santé en Nouvelle-Aquitaine, ARS, DRAC, Conseil régional de Nouvelle-Aquitaine, 28 mars 2019.

Liste des annexes

A. Liste des personnes sollicitées.....	II
B. Document institutionnel de l'ARS et DRAC Bretagne sur l'évaluation des actions culturelles	V
C. Légende du tableau visant à objectiver les effets diffus de la politique culturelle du CHCP	VIII
D. Structure du sondage ayant obtenu des réponses de 20 établissements de santé	X
E. Questionnaire de sortie du Centre hospitalier Charles Perrens	XIV
F. Repères historiques sur la culture à l'hôpital	XV
G. Fiche action n° 18 du PTSM de la Gironde portant sur la culture et le sport	XVI
H. Résumé d'un travail de recherche sur les politiques culturelles hospitalières et leurs enjeux.....	XXII
I. Méthodologie d'évaluation des projets artistiques en milieu de santé de l'Université de l'Ouest de l'Angleterre, Bristol (extraits)	XXIII
J. Extrait d'un document sur un parcours culturel à l'intérieur du CHCP destiné aux enfants lors des Journées du Patrimoine.....	XXIV
K. Présentation générale du Centre hospitalier Charles Perrens de Bordeaux	XXV

A. Liste des personnes sollicitées

Date entretien	Nom	Prénom	Institution	Fonction	Éléments discutés
19/03/2019	GONZALEZ	Stéphanie	CHCP, Bordeaux (33)	Médiatrice culturelle	Écriture du projet culturel 2019-2024
03/04/2019	LEFEUVRE	Karine	EHESP, Rennes (35)	Enseignante	Méthodologie du mémoire, axes de recherche, personnes ressources.
04/04/2019	GONZALEZ	Stéphanie	CHCP, Bordeaux (33)	Médiatrice culturelle	Méthodologie de l'évaluation du projet culturel, projet de groupe travail inter-établissements et SCIC Pôle Culture et Santé Nouvelle-Aquitaine sur l'élaboration d'une démarche évaluative.
05/04/2019	GOUABAULT	Pierre	EHPAD La Bonne Eure, Bracieux (41)	Directeur	Cadre conceptuel de la politique culturelle, considération de l'acceptation citoyenne de l'utilisateur et de son accomplissement aidé par la politique culturelle. Vision différente portée sur la personne hospitalisée ou le résident grâce aux actions culturelles.
05/04/2019	GONZALEZ	Stéphanie	CHCP, Bordeaux (33)	Médiatrice culturelle	Écriture du projet culturel 2019-2024
15/04/2019	GONZALEZ	Stéphanie	CHCP, Bordeaux (33)	Médiatrice culturelle	Écriture du projet culturel 2019-2024
17/05/2019	GONZALEZ	Stéphanie	CHCP, Bordeaux (33)	Médiatrice culturelle	Écriture du projet culturel 2019-2024

12/06/2019	AUBERT	Agnès	UNAFAM Gironde, Bordeaux (33)	Représentante des usagers au CHCP, membre UNAFAM 33	Importance des problématiques culturelles dans le cadre hospitalier pour le rétablissement du malade et la prise en compte de son humanité. Informations sur les actions culturelles d'autres EPSM.
12/06/2019	AUBERT	Jean-Claude		Délégué départemental	
14/06/2019	MARTIN	Isabelle	Centre hospitalier intercommunal (CHIC) Castres-Mazamet (81)	Directrice des Affaires médicales	Actions culturelles menées au CHIC de Castres-Mazamet, réception selon les agents, effets bénéfiques sur la prise en charge.
24/06/2019	MAINIL	Maryline	Clinique médicale et pédagogique Jean Sarrailh (Fondation Santé des Étudiants de France), Aire-sur-l'Adour (40)	Directrice	Approche culturelle et pédagogique en psychiatrie infantile-juvénile (et jeunes adultes). Discussions sur le projet culturel irriguant toute la prise en charge des adolescents et jeunes adultes poursuivant une scolarité dans le cadre de l'hospitalisation et développant leurs centres d'intérêt et capacités relationnelles grâce à une offre culturelle et artistique diversifiée. Présentation d'une grille objectivant les effets cognitivo-comportementaux des actions socio-culturelles.
24/06/2019	MIOSSEC	Lionel		Responsable du service animation	
28/06/2019	LATASTE	Dominique	UNAFAM Gironde, Bordeaux (33)	Représentante des usagers au CH de Cadillac-sur-Garonne, membre UNAFAM 33	Exemples d'actions culturelles menées au CH de Cadillac-sur-Garonne. Implication du service culturel dans la Maison des Usagers de l'hôpital.
12/07/2019	MICHEL	Pierre (Pr)	CHU de Rouen (76)	Chef de service d'hépatogastro-entérologie	Médecin impliqué dans la politique culturelle de l'établissement, discussion sur les effets de la politique culturelle sur les pratiques et la prise en charge. Importance de la politique culturelle quel

					que soit le service. Lien entre politique culturelle et architecture hospitalière.
24/07/2019	5 patients		Hôpital de jour de Biganos, Centre hospitalier Charles Perrens (33)	Patients en soins libres	Entretien collectif avec des patients pour avis sur la politique culturelle de l'établissement.
01/08/2019	ROGÉ	Coline	La Ferme du Vinatier, Centre hospitalier Le Vinatier, Bron (69)	Chef de projet	Point sur la politique culturelle du Vinatier, problématique de l'évaluation.
21/08/2019	7 patients		Hôpital de jour de Mérignac, Centre hospitalier Charles Perrens (33)	Patients en soins libres	Entretien collectif avec des patients pour avis sur la politique culturelle de l'établissement.
Prévu mi-septembre 2019	LIOT	Françoise	Centre Émile Durkheim, Sciences Po Bordeaux (33)	Maître de conférences, sociologue de la culture	

B. Document institutionnel de l'ARS et DRAC Bretagne sur l'évaluation des actions culturelles



**AGENCE REGIONALE DE SANTE
DE BRETAGNE
6 place des Colombes
CS 14253
35042 RENNES cedex**

**PREFECTURE DE LA REGION DE
BRETAGNE
DIRECTION REGIONALE DES
AFFAIRES CULTURELLES
Hôtel de Blossac
6 rue du Chapitre CS 24405
35044 RENNES cedex**

**BILAN
pour les projets aidés en 2018**

Pour les bilans des projets 2018 :

un bilan complet ou d'étape est à joindre à toute nouvelle candidature dans le cadre de l'appel à projets annuel 2019.

Le bilan complet est dans tous les cas à rendre au plus tard en juin 2019

**Le bilan doit être élaboré après concertation
avec l'ensemble des partenaires de l'action**

Intitulé du projet 2018 :

Partenaire culturel :

Structure de santé/médico-sociale :

Subv DRAC :

Subv ARS :

1. L'action réalisée par rapport au projet énoncé

- ce qui était envisagé
- ce qui a été mis en œuvre
- ce qu'il reste à mettre en œuvre (par rapport au programme d'action initial)

2. Les effets identifiables de l'action au regard des objectifs (rappeler les objectifs du projet)

- du point de vue des participants
- du point de vue des équipes soignantes
- du point de vue des intervenants
- du point de vue des équipes culturelles
- du point de vue de l'institution
- du point de vue des publics extérieurs, le cas échéant

3. Les atouts et les difficultés rencontrés dans la conduite du projet

- définition des objectifs
- mise en œuvre des actions
- méthode d'accompagnement et de régulation
- partenariats
- institution

4. Données objectives

- nombre de partenaires de l'établissement
- nombre d'intervenants sur la saison
- nombre d'ateliers, d'intervenants et de patients par ateliers
- nombre total de public par événement et/ou sur la saison
- nombre de restitution (DVD, CD, livres, présentations publiques d'ateliers, de spectacles...)

5. Bilan budgétaire

- rappel du bilan prévisionnel
- compte de résultats

Attention ce compte de résultats doit faire état des dépenses et recettes sur la globalité du projet, et pas uniquement sur le montant de la subvention octroyée par le dispositif.

	Budget prévisionnel Charges	Compte de résultats dépenses		Budget prévisionnel Produits	Compte de résultats Recettes
Rémunération intervenants (TTC)			Convention DRAC-ARS	Montant de la subvention demandée	
Déplacements et frais divers			Département		
Fournitures			Région		
Communication			Ville		
Autres			Mécénat		
			Hôpital ou établissement médico-social (apports financiers et/ou structurels)		
			Partenaires culturels		
			Autres		
TOTAL			TOTAL		

Signature(s) de l'établissement de santé/médico-sociale et/ou de la structure culturelle

C. Légende du tableau visant à objectiver les effets diffus de la politique culturelle du CHCP

- **Patient ayant participé à une activité culturelle** : patient s'étant régulièrement rendu à un atelier ou ayant assisté/participé à un événement culturel organisé par l'hôpital ou dans un lieu extérieur. La participation à un atelier peut être sur indication médicale ou sur une décision volontaire du patient.
- **Schizophrénie** : pathologie mentale classée dans la catégorie des psychoses, la schizophrénie se caractérise schématiquement par deux formes principales : « les formes à début insidieux, se caractérisant par un changement progressif tant dans les conduites au quotidien que dans les relations interpersonnelles : tendance au retrait, au repli sur soi, à l'indifférence affective [...]. Une certaine incurie, des bizarreries, une aboulie peuvent être présentes [ainsi qu'] une invasion délirante progressive, le plus souvent non exprimée, plus ou moins accompagnée d'hallucinations acoustico-verbales [...]. Les formes à début aigu rejoignent la bouffée délirante aiguë [...] ». La schizophrénie se caractérise par la « potentialité d'une tendance évolutive », avec par conséquent des stades et manifestations différentes selon les individus avec de nombreuses formes : paranoïde, hétéroforme, catatonique, dysthymique, résiduelle, dépression post-schizophrénique (Dr Sophie KECSKEMÉTI). Les classements des formes et des types d'évolution de la schizophrénie diffèrent selon la CIM-10 et le DSM-5.
- **Troubles bipolaires** : classés dans la catégorie des troubles de l'humeur, ces troubles – marqués par des périodes d'excitation et/ou dépressives – traditionnellement dénommés sous les appellations de « psychose » ou « maladie maniaco-dépressive ». Cependant, les troubles bipolaires ne correspondent pas totalement à « l'entité traditionnelle de psychose maniaco-dépressive » dans son acception contemporaine (Dr Robin MALGAT). Le processus diagnostique isole plusieurs formes de trouble bipolaire (trois types, le trouble unipolaire caractérisé par des épisodes dépressifs ainsi que d'autres troubles bipolaires, notamment le trouble cyclothymique). Le classement du trouble schizoaffectif varie selon les spécialistes, traditionnellement classé parmi « les formes cliniques de la schizophrénie, mais revendiqué par le spectre bipolaire ». La nosographie actuelle recourt à la notion de « spectre bipolaire » soulignant la complexité des formes de bipolarité. 1 % à 2 % de la population générale est concernée par le trouble bipolaire (jusqu'à 3,4 % en prenant en compte les formes atténuées non classées dans le DSM).
- **Troubles anxieux** : selon la CIM-10, classés dans les troubles névrotiques, les troubles anxieux se décomposent en troubles anxieux phobiques (agoraphobie, phobies sociales, phobies spécifiques ou isolées et en autres troubles anxieux phobiques : anxiété généralisée, trouble anxieux et dépressif mixte, troubles obsessionnels, compulsifs, somatoformes, entre autres). Le DSM-5 englobe dans la catégorie « troubles anxieux » l'angoisse de séparation, le mutisme sélectif, les phobies spécifiques, la phobie sociale, le trouble panique, l'agoraphobie, l'anxiété généralisée/chronique. Un adulte sur sept par an souffre de troubles anxieux avec une prévalence de l'anxiété généralisée. Les troubles anxieux et phobiques sont deux fois plus élevés chez les femmes que chez les hommes (HAS, 2007).
- **Patient placé en chambre de soins intensifs et/ou contentonné** : placement du patient à visée de protection, lors d'une phase critique de sa prise en charge thérapeutique dans un espace dont il ne peut sortir librement et qui est séparé des autres patients. Tout isolement ne peut se faire que dans un lieu dédié et adapté. Contention mécanique : utilisation de tous moyens, méthodes, matériels, ou vêtements empêchant ou limitant les capacités de mobilisation volontaire de toute ou partie du corps dans un but de sécurité pour un patient dont le comportement présente un risque grave pour son intégrité ou celle d'autrui. La contention mécanique est une mesure d'exception qui ne peut s'exercer que dans le cadre d'une mesure d'isolement. Les mesures d'isolement et/ou de contention sont prises sur décision médicale. Il s'agit de mesures exceptionnelles de soins intensifs et de dernier recours. Seuls les patients en soins sans consentement peuvent être isolés sauf exception en ce qui concerne les patients en soins libres.

Informations tirées de la procédure DPAT/PR/07 « Isolement et/ou contention en chambre d'isolement en psychiatrie générale » (CHCP, version du 5 janvier 2018).

- **Sortie sans autorisation médicale** : les sorties sans autorisation médicale concernent aussi bien les patients en soins libres (dont la sortie peut être contre-indiquée) que les patients en soins sans consentement (dont l'état pathologique n'est pas compatible avec la possibilité d'aller et venir en extérieur et sans accompagnement). Dans le vocabulaire courant de la psychiatrie, on a recours au terme de « fugue ».

- **Net Promoter Score (NPS)** : indicateur provenant du secteur privé (*marketing*) permettant d'évaluer la satisfaction moyenne des patients au regard des activités culturelles proposées. Ce score, tiré de la moyenne des résultats d'une échelle de mesure graduée de 0 à 10, doit s'appuyer sur des réponses précises et fermées (items) dans le questionnaire de sortie (ou alors lors de questionnaires *ad hoc* distribués en cours d'hospitalisation). L'analyse du *NPS* s'appuie sur une classification arbitraire et des termes tirés du vocabulaire du *marketing* : de 0 à 6 les patients sont considérés comme des « détracteurs » de la politique culturelle, de 7 à 8, ils sont considérés comme « passifs » vis-à-vis de la politique culturelle, de 9 à 10, ils sont considérés comme des « promoteurs » de la politique culturelle. Pour obtenir le score *NPS*, on retire au calcul le nombre de réponses correspondant à la catégorie des « passifs » car elles sont peu significatives, puis on applique la formule suivante en extrayant les données des deux autres segments :

$$NPS = x \% \text{ [promoteurs]} - y \% \text{ [détracteurs]}$$

Exemple : 100 patients entrent dans la catégorie des « détracteurs » ; 50 entrent dans la catégorie des « passifs » ; 150 entrent dans la catégorie des « promoteurs ». Le total des répondants est donc de 300. Leur répartition en pourcentage est la suivante (tronqués des décimales) :

33 % de « détracteurs » ; 16 % de « passifs » ; 50 % de « promoteurs »

$$NPS = 50 \% \text{ [promoteurs]} - 33 \% \text{ [détracteurs]} = 17$$

Le score *NPS* oscille entre -100 et 100. Ici, le résultat obtenu est de 17. Il s'agit d'un score un peu au-dessus de la moyenne. L'interprétation de ce résultat est délicate car selon le secteur d'activité les scores *NPS* n'ont pas la même signification comme le souligne l'entreprise Qualtrics : « Il est très important de relier ce score au secteur d'activité de l'entreprise concernée. **Selon que l'organisation appartienne au secteur de la santé, de la banque ou des nouvelles technologies, le *NPS* ne sera pas interprété de la même manière.** Il est en effet plus difficile pour un client de recommander une banque qu'une marque high-tech. »

Le score *NPS* peut donc donner une indication du niveau global de satisfaction vis-à-vis de la politique culturelle mais ne doit pas déboucher sur des conclusions définitives. Si d'autres établissements utilisaient cet indicateur, on pourrait alors comparer (*benchmarking*) tout en restant prudent dans les conclusions qui en découleraient car les périmètres des politiques culturelles diffèrent selon les établissements et les moyens qui y sont consacrés.

D. Structure du sondage ayant obtenu des réponses de 20 établissements de santé

Q 1 : Votre établissement mène-t-il des actions culturelles ou organise-t-il des manifestations artistiques quelle qu'en soit la forme ?														
Oui			Non			Ne sais pas								
Q 2 : Avez-vous déjà entendu parler de la Convention culture et santé conclue en 1999 entre le ministère de la culture et de la communication et le secrétariat d'État à la Santé et à l'Action sociale ?														
Oui						Non								
Q 3 : Connaissez-vous les principaux objectifs de cette convention ?														
Oui			Non			Vaguement			Autre					
Q 4 : Quels sont les champs d'activité de votre établissement ?														
MCO				SSR		PSY		EHPAD/USLD						
Q 5 : Dans quelle région se situe l'établissement ?														
Auvergne-Rhône-Alpes	Bourgogne-Franche-Comté		Bretagne	Centre-Val de Loire	Corse	Grand Est	Hauts-de-France	Île-de-France	Normandie	Nouvelle-Aquitaine	Occitanie	Pays de la Loire	PACA	Outre-mer
Q 6 : Quelle est la taille de l'établissement ?														
Moins de 200 lits et places			201 à 501 lits et places			501 à 1000 lits et places			Plus de 1001 lits et places					
Q 7 : Les actions culturelles sont-elles formalisées, si oui, sous quelle forme ?														
Les actions culturelles de mon établissement s'inscrivent dans un projet culturel, composante du projet d'établissement				Ce sont des manifestations artistiques ponctuelles sans projet global				Un encart spécifique est réservé aux actions culturelles de mon établissement dans le projet d'établissement sans pour autant que cela découle d'un projet culturel en tant que tel						
Les actions culturelles ne font pas l'objet d'une démarche globale mais émanent d'initiatives personnelles			L'établissement ne communique pas (ou peu) sur la place de la culture en institution			Ne sais pas			Autre					
Q 8 : Par quelle direction est impulsée la politique culturelle de l'établissement ?														
Par la Direction générale		Par la Direction de la Communication et de la Culture		Par la Direction des Usagers		Par la Direction des Affaires médicales et des Coopération		Aucune direction en particulier ne traite des questions culturelles		Ne sais pas		Autre		
Q 9 : Dans quel(s) service(s) des actions culturelles sont-elles menées ?														
Gériatrie	Psychiatrie	Cancérologie	SSR	HAD	Urgences	Maternité	Pédiatrie	Aucun service en particulier	Ne sais pas	Autre				
Q 10 : Pensez-vous qu'une politique culturelle a sa place à l'hôpital ?														
Oui	Non	Oui mais ce n'est pas la mission première de l'hôpital	La politique culturelle en établissement de santé me semble être un sujet déconnecté de la réalité du terrain		La politique culturelle en établissement de santé consiste plus en une stratégie d'affichage et de communication qu'autre chose		La politique culturelle permet d'inscrire encore mieux mon établissement dans son environnement territorial	Oui, mais à condition que cette politique soit dotée de réels moyens pour la professionnaliser	Probablement, mais il ne s'agit pas d'une priorité de l'établissement	Ne sais pas	Autre			
Q 11 : Savez-vous combien d'actions culturelles sont menées dans votre établissement ?														
Entre 1 et 4			Entre 5 et 8			Plus de 8			Ne sais pas					
Q 12 : Quelle est la nature de ces actions ?														
Atelier musical		Atelier de chant		Accès à une médiathèque		Accès à des boîtes à livres en libre-service		Interventions d'artistes						
Atelier d'arts plastiques		Atelier de danse		Atelier théâtral		Atelier poterie		Spectacle vivant						
Expositions temporaires		Peintures murales	Orchestre de l'établissement		Interventions d'associations dans les services		Présence de sculptures dans l'établissement							
Participation aux journées du Patrimoine		Communication sur l'histoire de l'établissement	Résidence d'artiste(s)		Ne sais pas		Autre							

Q 13 : Pensez-vous que la politique culturelle en établissement de santé peut avoir une quelconque plus-value ?											
Oui	Pas vraiment	En théorie probablement mais en pratique cela est plus difficile à dire		Non	Ne sais pas	Sans opinion					
Q 14 : Quels sont les moyens accordés par votre établissement à la politique culturelle ? (En ETP et en budget total)											
Moins d'un ETP	1 ETP		2 ETP	3 ETP	4 ETP et plus						
1001-3000 euros	3001-5000 euros		5001-10000 euros	10001-15000 euros	15001-25000 euros						
25001-50000 euros	Plus de 50000 euros		Ne sais pas	Autre							
Q 15 : Comment se répartissent les financements alloués à la politique culturelle ?											
L'établissement contribue pour la majeure partie des financements, les subventions sont subsidiaires		Les subventions constituent le principal apport pour le financement de la politique culturelle		Les fonds propres et les subventions représentent une part égale du financement de la politique culturelle		Ne sais pas	Autre				
Q 16 : Estimez-vous que la politique culturelle de votre établissement est fragile par manque de moyens, de temps à y consacrer ?											
Oui	Non	La politique culturelle est dépendante des relations nouées avec les artistes et des relations interpersonnelles entre le responsable culturel et les artistes		La politique culturelle est « accessoire » pour l'établissement et son incidence budgétaire est peu significative		L'établissement souhaiterait y consacrer plus de moyens mais ce n'est pas envisageable pour le moment					
La politique culturelle dépend essentiellement de subventions (ARS, DRAC)		L'établissement va allouer plus de moyens à cette politique		Le manque de moyens alloués à cette politique pose la question de la pérennité de cette politique		Ne sais pas	Autre				
Q 17 : Quelle est l'attitude des agents vis-à-vis de la politique culturelle de l'établissement ?											
Les agents manifestent de l'intérêt pour la politique culturelle de l'établissement		La communauté médico-soignante a une attitude mitigée vis-à-vis de la politique culturelle de l'établissement		La communauté médico-soignante a saisi l'importance d'une telle politique et s'y implique en fonction de sa disponibilité		Le déploiement de cette politique repose sur quelques personnes ressources dans les unités de soins		Les agents ont manifesté un désintérêt pour cette politique car elle dépasse leurs préoccupations quotidiennes			
Les agents ont manifesté une incompréhension vis-à-vis de la politique culturelle		Les agents ont vu leur routine professionnelle changer (même de manière ponctuelle) grâce à certaines actions culturelles		Les relations soignants-patients sont différentes dans le cadre d'une manifestation artistique/culturelle		La politique culturelle a permis d'atténuer l'asymétrie qui peut exister dans la relation soignant-patient		Certains agents ne comprennent pas la pertinence d'une telle politique			
Le rôle du responsable culturel (médiateur culturel, animateur ou autre dénomination) est mal compris voire mal accepté dans l'établissement		La communication interne est insuffisante et ne permet pas de donner un réel écho aux actions culturelles qui restent isolées et touchent peu de personnes		Question trop générale pour y répondre		Ne sais pas		Autre			
Q 18 : Les actions menées au titre de la politique culturelle sont-elles bien accueillies par les patients ?											
Les patients accueillent favorablement les actions culturelles		Les réactions des patients sont très diverses en fonction de leur pathologie, de leur durée de séjour, de leur âge etc...		Certains patients sont indifférents aux actions menées au titre de la politique culturelle		Les patients reconnaissent que certaines actions permettent d'améliorer leurs conditions d'hospitalisation					
Certains patients ont opposé un refus d'être exposé à une action culturelle, préférant ne pas être dérangés		Les patients trouvent que l'établissement a insuffisamment investi le champ culturel et que sa politique culturelle est limitée		Question trop générale pour y répondre		Ne sais pas		Autre			
Q 19 : Les patients (ou les familles) sont-ils demandeurs de plus d'activités culturelles dans le cadre de l'hospitalisation ?											
Oui	Non	Cela dépend des patients et des familles, en général plutôt oui		Cela dépend des patients et des familles, en général plutôt non		Ils y sont indifférents ou n'ont pas exprimé de demandes en ce sens		Ne sais pas		Autre	
Q 20 : Votre établissement s'est-il engagé dans une démarche d'évaluation de la politique culturelle ? Et que pensez-vous d'une démarche d'évaluation vis-à-vis de cette politique ?											
Évaluation quantitative		Évaluation qualitative		Évaluation quantitative et qualitative		Aucune évaluation		Les impacts d'une politique culturelle en établissement sont difficilement évaluable			

L'évaluation d'une action culturelle n'est pas souhaitable afin de préserver la liberté de création artistique	La politique culturelle doit pouvoir s'évaluer comme toute autre politique au sein de l'établissement	L'évaluation de la politique culturelle est nécessaire pour obtenir des financements	L'évaluation de la politique culturelle n'est pas souhaitable et s'inscrit dans une obsession de la performance	Autre		
Q 21 : Des indicateurs d'évaluation ont-ils été mis en place ? Si vous le souhaitez, vous pouvez donner quelques exemples d'indicateurs dans le champ "Autre".						
Oui	Non	Les actions culturelles sont trop ponctuelles pour pouvoir être objectivées par des indicateurs	Aucune réflexion n'a été menée en ce sens	La politique culturelle est trop récente pour poser la question de son évaluation	Ne sais pas	Autre
Q 22 : Les questionnaires de sortie prévoient-ils un encadré sur la satisfaction des patients vis-à-vis de la politique culturelle ?						
Oui	Non	Non, cela n'a pas lieu d'être	Nous prévoyons d'intégrer cet aspect dans une nouvelle version des questionnaires de sortie	Ne sais pas	Autre	
Q 23 : Des restitutions au titre de la politique culturelle sont-elles prévues ? Si oui, sous quelle forme ?						
Oui	Non	Spectacle	Spectacle et enregistrement vidéo	Enregistrement sonore		
Diffusion sur les réseaux sociaux	Support physique (panneau, CD, USB)	Communication en interne (journal de l'établissement, intranet)	Ne sais pas	Autre		
Q 24 : Votre établissement est-il directement sollicité par des intervenants extérieurs au titre de la politique culturelle ?						
Oui	Non	Ne sais pas				
Q 25 : Les coopérations dans le champ culturel permettent-elles de soutenir une politique culturelle dynamique ?						
Oui	Non	Mon établissement se situe dans un environnement où le tissu associatif est peu développé	Les prestations artistiques sont trop chères pour que l'établissement puisse se permettre des interventions régulières			
L'établissement est dépendant des bénévoles des structures associatives concourant à la politique culturelle	Les manifestations organisées sont exceptionnelles (fête de la musique par exemple)	Ne sais pas	Autre			
Q 26 : Combien de conventions ont été conclues avec des intervenants extérieurs concourant à la politique culturelle ?						
1	2	3	4	5		
Entre 5 et 10	Plus de 10	Ne sais pas	Autre			
Q 27 : L'établissement a-t-il développé des coopérations, au titre de la politique culturelle, avec d'autres organisations et/ou institutions ? Si oui, lesquelles ?						
Association	Maison de quartier	Musée	École de musique	Salle de concerts		
Municipalité	FRAC	Fondation privée	Cirque	Éducation nationale		
Bibliothèque	Théâtre	Autre(s) établissement(s) de santé	Ne sais pas	Autre		
Q 28 : Quels sont, selon vous, les effets d'une politique culturelle en établissement ?						
Elle permet d'humaniser la prise en charge	Elle permet de consolider l'image et la réputation de l'établissement	Elle complète l'approche soignante (Art thérapie par exemple)	Elle est à envisager « à côté » d'une approche soignante car il faut éviter la confusion des rôles			
Elle permet de considérer le patient comme un véritable citoyen pouvant jouir de ses droits culturels malgré l'hospitalisation	Elle permet de découvrir d'autres formes de culture et de manifestations artistiques	Elle permet de réduire les inégalités socio-culturelles	Elle a un impact positif sur les conditions de travail			
Elle permet de créer du lien social entre les artistes, les patients et les soignants	Elle permet de décroisser l'établissement	Elle permet d'occuper les patients/résidents sans réel objectif poursuivi	Les actions culturelles sont trop ponctuelles pour avoir un réel impact			
Les impacts de cette politique dépassent le cadre de l'établissement	La politique culturelle n'a pas vraiment d'effets sur la prise en charge	Autre				
Q 29 : Pensez-vous que la politique culturelle en établissement peut contribuer au renforcement de la démocratie sanitaire ?						
Oui	Oui, partiellement	Non	Non car il s'agit d'une politique trop « abstraite » pour avoir un réel effet concret sur la démocratie sanitaire	Ce n'est pas son objet		
Ce n'est pas un vecteur principal	Ne sais pas	Sans opinion	Autre			

Q 30 : L'établissement a-t-il des échanges avec des interlocuteurs du ministère de la Culture (DRAC par exemple) et/ou de l'ARS sur les questions culturelles ?

Oui, régulièrement	Oui, parfois	Oui, mais peu fréquemment	
Très occasionnellement, dans le cadre de projets spécifiques	Jamais	Ne sais pas	Autre

Q 31 : Votre établissement répond-il à des appels à projet culture à l'hôpital ?

Oui, c'est arrivé	Oui, à chaque fois que l'occasion se présente	Oui, mais très occasionnellement	
Non	Non car ce n'est pas dans les priorités de l'établissement	Ne sais pas	Autre

Q 32 : Quel est le retour d'expérience des artistes sur leurs interventions en établissement de santé ?

Les artistes aiment venir travailler dans l'établissement	Les artistes ont reconnu que le cadre dans lequel ils interviennent a pu questionner voire influencer sur leur pratique professionnelle	Le cadre dans lequel les artistes interviennent n'a pas d'influence sur leur pratique	
Les patients apportent un autre regard sur la pratique des artistes	Les artistes ont reconnu que leur regard sur certaines pathologies a pu changer grâce à leurs interventions en établissement	Les artistes font abstraction du contexte hospitalier et leur prestation est similaire à celle qui aurait été réalisée à l'extérieur	
Les artistes ont adapté leur prestation au contexte hospitalier	Les artistes ont pu se sentir bridés dans leur liberté d'expression ou de création artistique à cause du contexte hospitalier	Les réactions sont différentes selon les artistes	
Certains artistes ont refusé de venir dans l'établissement ou ne veulent plus y retourner	Il est difficile pour mon établissement de trouver des artistes pour animer la politique culturelle	Ne sais pas	Autre

E. Questionnaire de sortie du Centre hospitalier Charles Perrens

Est-ce votre 1ère hospitalisation dans l'établissement ?

OUI NON

Le patient ne souhaite pas remplir le questionnaire

Unité d'hospitalisation :

Date de sortie :

Lors de votre arrivée, votre hospitalisation s'est faite :

Avec votre consentement Sans votre consentement

Si vous avez été hospitalisé(e) sans votre consentement, la qualité de l'information qui vous a été délivrée a été :

Très satisfaisant Satisfaisant Peu satisfaisant Pas du tout satisfaisant

Durée de votre hospitalisation :

Moins de 15 jours 1 mois Plus d'un mois

Quel est votre avis sur :

La qualité des soins en terme de :

- Qualité de l'information :
 Très satisfaisant Satisfaisant Peu satisfaisant Pas du tout satisfaisant

- Qualité de l'information concernant le ou les traitements qui vous sont proposés :
 Très satisfaisant Satisfaisant Peu satisfaisant Pas du tout satisfaisant

- Disponibilité des médecins :
 Très satisfaisant Satisfaisant Peu satisfaisant Pas du tout satisfaisant

La qualité de la prise en charge de la douleur :

- Avez-vous pu, si besoin, parler de votre douleur ?

OUI NON

- La prise en charge de votre douleur, vous a-t-elle paru ?
 Très satisfaisant Satisfaisant Peu satisfaisant Pas du tout satisfaisant

La qualité des soins infirmiers en terme de :

- Accueil par les soignants :
 Très satisfaisant Satisfaisant Peu satisfaisant Pas du tout satisfaisant

- Disponibilité :
 Très satisfaisant Satisfaisant Peu satisfaisant Pas du tout satisfaisant

- Respect de l'intimité :
 Très satisfaisant Satisfaisant Peu satisfaisant Pas du tout satisfaisant

- Respect de la confidentialité :
 Très satisfaisant Satisfaisant Peu satisfaisant Pas du tout satisfaisant

- Communication et respect de vos droits :
 Très satisfaisant Satisfaisant Peu satisfaisant Pas du tout satisfaisant

La qualité de la prise en charge du psychologue :
 Très satisfaisant Satisfaisant Peu satisfaisant Pas du tout satisfaisant

La qualité du service social au niveau de :

- Accueil :
 Très satisfaisant Satisfaisant Peu satisfaisant Pas du tout satisfaisant

- la qualité de l'information :
 Très satisfaisant Satisfaisant Peu satisfaisant Pas du tout satisfaisant

- L'accompagnement dans les démarches :
 Très satisfaisant Satisfaisant Peu satisfaisant Pas du tout satisfaisant

La qualité des lieux en terme de :

- Confort des locaux :
 Très satisfaisant Satisfaisant Peu satisfaisant Pas du tout satisfaisant

- Propreté des locaux :
 Très satisfaisant Satisfaisant Peu satisfaisant Pas du tout satisfaisant

- Repérage dans l'établissement :
 Très satisfaisant Satisfaisant Peu satisfaisant Pas du tout satisfaisant

- Accessibilité des locaux :
 Très satisfaisant Satisfaisant Peu satisfaisant Pas du tout satisfaisant

La qualité des prestations hôtelières :

- Qualité des repas :
 Très satisfaisant Satisfaisant Peu satisfaisant Pas du tout satisfaisant

- Qualité du service :
 Très satisfaisant Satisfaisant Peu satisfaisant Pas du tout satisfaisant

- Confort des articles de literie (matelas, oreillers) :
 Très satisfaisant Satisfaisant Peu satisfaisant Pas du tout satisfaisant

- Propreté des articles textiles (draps, serviettes de bain) :
 Très satisfaisant Satisfaisant Peu satisfaisant Pas du tout satisfaisant

Êtes vous concerné(e) par des activités :

OUI NON

Si oui, quel est votre avis sur :

La qualité des activités proposées :

- En individuel :
 Très satisfaisant Satisfaisant Peu satisfaisant Pas du tout satisfaisant
 Non concerné

- En groupe :
 Très satisfaisant Satisfaisant Peu satisfaisant Pas du tout satisfaisant
 Non concerné

La préparation de votre sortie en termes de :

- Qualité de l'information :
 Très satisfaisant Satisfaisant Peu satisfaisant Pas du tout satisfaisant

- Anticipation du projet de sortie :
 Très satisfaisant Satisfaisant Peu satisfaisant Pas du tout satisfaisant

Evaluation globale de la qualité de votre prise en charge

Tout à fait insatisfaisant | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | Tout à fait satisfaisant

Avez vous des remarques et/ou des suggestions ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Nous vous remercions de votre aide et de votre participation



Questionnaire de Sortie

Madame, Monsieur,

Vous êtes hospitalisé(e) au Centre Hospitalier Charles Perrens.

Dans le but d'améliorer la qualité des soins dispensés par l'établissement et de répondre à vos attentes, votre opinion nous intéresse avant votre départ.

Nous vous remercions de bien vouloir remplir ce questionnaire et de le déposer dans la boîte prévue à cet effet ou de le remettre au responsable de l'unité ou encore de le retourner sous enveloppe à l'attention de la Direction.

Vos réponses resteront confidentielles et seront analysées par le service qualité gestion des risques.



Action culturelle à l'hôpital : quelques repères

Jacques Brunier

Directeur d'hôpital honoraire

- **1634** : la lecture à l'hôpital apparaît sous le vocable « distraction des malades ».
- **1800-1810** : le marquis de Sade, hospitalisé à la maison de Charenton, organise avec les malades, à la demande du directeur de l'établissement, des représentations « thérapeutiques » auxquelles le Tout-Paris est invité.
- **1930-1940** : construction de salles de spectacles dans l'enceinte des hôpitaux pour des malades de la tuberculose en long séjour.
- **1934** : création de la bibliothèque centrale à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière à Paris.
- **1950-1960** : des circulaires adressées aux directeurs d'établissements de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris insistent sur les critères de qualité et la satisfaction des malades dans le choix des spectacles proposés.
- **1985** : publication du rapport de M. Chemiller-Gendreau, « Culture et Santé », qui se conclut par : « La santé n'est pas une donnée objective, mais un fait en grande partie culturel ».
- **1^{er} février 1993** : signature d'un protocole d'accord entre les ministres chargés de la santé et de la culture¹ ;
- **circulaire d'application** du 16 mars 1993 adressée aux directeurs régionaux des affaires culturelles par le directeur du patrimoine du ministère de la culture. Ces deux textes resteront plus ou moins un vœu pieux.
- **1996** : mission confiée par le ministre de la culture au Dr Lapras, pour approfondir l'inventaire du patrimoine hospitalier et envisager des mesures de protection.
- **4 mai 1999** : signature de la convention sur la mise en place de projets culturels dans les hôpitaux, entre les ministres chargés de la santé et de la culture².
- **Février 2001** : premières rencontres européennes de la culture à l'hôpital, à Strasbourg.
- **Juin 2004** : rencontres internationales de la culture à l'hôpital, à Dublin.
- **6 mai 2010** : convention « Culture et Santé » entre les ministres chargés de la santé et de la culture³ pour la mise en œuvre d'une politique commune entre les deux ministères.

NOTES

1. Ce protocole trouve son origine dans une initiative de Maurice Rochaix, alors président de la Société française d'histoire des hôpitaux (SFHH), auprès de Gérard Vincent, directeur des hôpitaux au ministère de la santé, et de Christian Dupavillon, directeur du patrimoine au ministère de la culture. M. Rochaix fit valoir l'intérêt de resserrer les liens entre les ministères de la santé et de la culture par une convention et proposa à Gérard Vincent que le dossier fût confié à sa direction. En liaison avec la direction du patrimoine, un bref protocole fut signé par Bernard Kouchner et Jack Lang.

2. Bernard Kouchner et Catherine Trautmann.

3. Roselyne Bachelot-Narquin et Frédéric Mitterrand.

Fiche action n°18
<u>Promouvoir l'accès à la participation sociale, à la culture, aux loisirs et aux activités sportives à destination des personnes ayant des troubles psychiques</u>

<u>Action n°18.1</u>	
Favoriser l'accès et l'offre aux loisirs, aux vacances et aux dispositifs culturels aux public en situation de handicap mental et/ou psychique	
<u>Action n°18.2</u>	
Favoriser l'accès et l'offre d'activités physiques adaptées (APA) et d'activités physiques et sportives (APS) à destination d'un public en situation de handicap mental et/ou psychique	
Axe du PTSM :	Axes 6-10
Priorité du PTSM :	Priorité 2-5
Population cible :	<ul style="list-style-type: none"> • Les personnes ayant des conduites addictives • Les personnes en situation de précarité et/ou d'exclusion • Les personnes sous main de justice • Les personnes en perte d'autonomie • Les personnes en situation de handicap • Les personnes isolées • Les réfugiés et les migrants
Pilote(s) opérationnel(s) :	La Plateforme sports et troubles psychiques – Le Comité Départemental de Sport Adapté (CDSA) – Association Rénovation
Acteur(s) associé(s) : Pour la mise en œuvre effective des actions	
Acteurs mobilisés (structures, services)	<u>Action n°18.1</u> <ul style="list-style-type: none"> • Culture et santé (ARS) • Les médiateurs culturels des institutions (mairie, musées, bibliothèques...) • Les responsables politiques de l'offre culturelle. • Les associations s'engageant dans l'accès à la culture (culture du cœur...) • Les « pôles culture » des établissements de santé mentale et des établissements médico-sociaux.

Acteurs mobilisés (structures, services)	<p>Action n°18.2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le CDSA33 et l'ensemble de son réseau Sport Adapté girondin • Les groupements d'employeurs APA et d'éducateurs sportifs • Les clubs Sportifs Labellisés Valides et Handicapés pour une pratique en mixité • L'ensemble du mouvement sportif associatif via les différentes fédérations sportives (comités départementaux monodisciplinaires, maisons de quartier...) • Les associations de patients et d'usager (GEM, etc.) • Les établissements sanitaires et médico-sociaux
Objectif général de l'action	<p>Identifier, informer et engager les structures, organisations, associations, responsable d'une offre culturelle en faveur des personnes en situation de handicap psychique et développer sur l'ensemble du territoire girondin l'offre et l'accès à une pratique d'APA et/ou d'APS à proximité des personnes en situation de handicap psychique.</p>
Objectifs opérationnels	<p>Action n°18.1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identifier les acteurs et les promoteurs facilitant ou recensant les dispositifs culturels accessibles (en dehors des dispositifs portés par les établissements) • Travailler avec les lieux culturels afin de déterminer les éléments facilitant l'accessibilité aux personnes handicapées psychiques (médiateurs culturels, prix...) • Favoriser une offre de formation en faveur des médiateurs culturels spécifique au handicap psychique • Créer un label destiné aux lieux culturels s'engageant dans l'accueil des personnes handicapés psychiques. <p>Action n°18.2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informer, sensibiliser sur l'existence du Sport Adapté et du label « Valides-Handicapés (VH) pour une pratique sportive partagée », auprès du milieu sportif ordinaire, des soignants et des patients. • Valoriser les APA ou/et les APS dans les institutions spécialisées comme « outils thérapeutiques » au service de la réhabilitation de la personne en situation de handicap psychique. • Mettre en place des actions sportives en mixité pour déstigmatiser la personne en situation de handicap psychique et changer les représentations sur la maladie mentale.

Description des actions	<p>Action n°18.1</p> <p><u>Temps 1</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identifier les acteurs responsables des politiques culturelles (ville, département, pôle culture et santé...) ➤ Identifier les associations facilitant l'accès aux dispositifs (culture du cœur...) ➤ Les sensibiliser à la problématique spécifique du handicap psychique. <p><u>Temps 2</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Identifier l'ensemble des structures, lieux, dispositifs culturels (théâtre, salle de concert, bibliothèque, musée...) désirant s'engager dans la médiation culturelle en faveur des personnes en situation de handicap psychique et les engager dans la mise en œuvre d'action (réunion d'information, colloque, création d'une charte, d'un label...) ➤ Ce temps devra obligatoirement s'assurer d'identifier les personnes concernées souhaitant s'impliquer dans le projet. La finalité étant de créer un copil représentatif (acteurs du secteur culturel, représentant d'utilisateur, acteur de l'accompagnement) pour piloter l'action <p><u>Temps 3</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Mettre en œuvre un temps de formation pour les médiateurs culturels des structures engagées. <p><u>Temps 4</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Expérimenter la mise en place d'un label ou d'une charte pour l'accueil du public en situation de handicap psychique et diffuser une plaquette d'information aux structures. <p><u>Temps 5</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Communiquer en faveur des structures s'engageant dans la labellisation (dossier de presse, parution dans les journaux institutionnels, création d'une page internet...) <p>Action n°18.2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Réalisation de journées, de colloques ou séminaires sur la présentation du Sport Adapté et du Label VH auprès des différents interlocuteurs qui gravitent autour de la personne en situation de handicap psychique • Former et sensibiliser les éducateurs sportifs du milieu ordinaire à l'accueil et aux méthodes d'accompagnements à la pratique physique et sportive pour des personnes en situation de handicap psychique • Développer et accompagner les établissements sanitaires et médico-sociaux à mettre en place des projets d'APA et/ou d'APS
-------------------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> Organiser des journées d'APS au sein des établissements. Accompagner la création d'associations sportives Sport Adapté au sein des établissements ou en partenariat
Étapes de mise en œuvre de l'action	<p><u>Précision des étapes-clés</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Précision de l'état d'avancement => <p>Action déjà en cours : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Mise en œuvre <input type="checkbox"/> Evaluation <input type="checkbox"/></p>

Publics ciblés	<p>Action n°18.1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les personnes handicapées psychiques • Les dispositifs et lieux culturels du département. • Les structures d'accompagnement <p>Action n°18.2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Personne en situation de handicap psychique vivant à domicile et/ou en établissement sanitaire et médico-social
Démarche participative associant les citoyens	<p>Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> si oui :</p> <p>Participation à l'analyse des besoins <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Participation à l'organisation de l'action <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Participation à la direction des activités prévues (leadership) <input type="checkbox"/></p> <p>Participation à la gestion de l'action <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Participation à la mobilisation des ressources <input checked="" type="checkbox"/></p>
Ressources humaines et financières éventuellement nécessaires	<p>Action n°18.1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Désignation d'un pilote, pouvant mobiliser les acteurs et faciliter la constitution du copil. • Un engagement des acteurs politiques • Des fonds nécessaires pour : <ul style="list-style-type: none"> ➢ Les actions de formation (1800 euros pour 2 jours de formation pour 8 à 10 médiateurs) ➢ L'élaboration (conception) et diffusion des éléments de communication (2000 à 3000 euros)
Indicateurs de suivi et d'évaluation :	
Indicateurs d'activité	<p>Action n°18.1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nombre de médiateurs formés • Nombre de structures partenaires • Nombre de structures culturelles labellisées. <p>Action n°18.2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nbre de licences prises auprès de la FFSA • Nbre de nouvelles associations sportives dans les établissements sanitaires et médico-sociaux. • Nbre de partenariats signés entre associations sportives et établissements. • Nbre de nouveaux clubs labellisés à proximité des établissements • Nbre de journées de formation et de sensibilisation auprès des différents interlocuteurs • Nbre de personnes formées • Nbre de professionnels du sport dans les établissements • Nbre de « référents sports » dans les établissements • Nbre de bilans d'APA et/ou d'APS dans les établissements
Indicateurs de résultats	

Méthode d'évaluation envisagée	Questionnaires, entretiens, observations...
Points de vigilance, prérequis, atouts et freins repérés (optionnel)	<p>Action n°18.1</p> <p>Le projet doit être porté par un acteur pouvant faire le pont entre les institutions culturelles et les structures accompagnantes, sans oublier la dimension politique. Le but est d'éviter « l'entre soi » et ainsi ne pas suffisamment mobiliser les acteurs du secteur culturel. En prérequis il est nécessaire d'obtenir l'engagement de tous les acteurs.</p> <p>Action n°18.2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mobilité et accompagnement de la personne en situation de handicap vers les activités physiques et sportives en dehors de l'établissement de soins • Prise de contact en direct avec les directions des différents établissements pour la mise en place de sessions d'information et de sensibilisation au Sport Adapté à destination des équipes soignantes et/ou éducatives... • Rappeler la nécessité et l'importance de pratiquer une activité physique et sportive régulière pour être en bonne santé et prévenir les maladies chroniques liées à la sédentarité surtout pour ce public fragilisé • Faire reconnaître l'APA et les APS comme des outils thérapeutiques au-delà de leur aspect récréatif et occupationnel
Convention, accord, protocole et autres outils nécessaires et/ou prévus (optionnel)	<p>Action n°18.2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Convention avec les différents acteurs du milieu sportif • Convention avec les établissements pour formation, sensibilisation et mise en place de journées d'APS dans les établissements
Calendrier de mise en œuvre de l'action	<p>Action n°18.1</p> <p>Du début de l'action à l'élaboration du label et de la charte : 1 an</p> <p>Action n°18.2</p> <p>Ces actions pourraient débuter dès sa validation ; les premières actions interviendraient dans les six mois suivant son lancement.</p>

H. Résumé d'un travail de recherche sur les politiques culturelles hospitalières et leurs enjeux

Myène COSTES a réalisé un travail de recherche en 2010 ayant abouti à la rédaction d'une thèse de doctorat en sciences de l'information et de la communication intitulée *Atelier culturel et hôpital psychiatrique – Enjeux et retombées d'un dispositif de médiation culturelle au sein du programme « Culture à l'hôpital »* (Université d'Avignon et des Pays de Vaucluse).

L'auteure a fait « appel à quatre types de corpus : des discours ministériels et des conventions, des documents internes aux établissements hospitaliers (projets d'établissement, projets de service), des documents de travail rédigés par des artistes intervenants [et a] réalisé trente-cinq entretiens qualitatifs auprès du personnel hospitalier (participant et non participant aux projets culturels ainsi que des artistes intervenants). [Et ce,] dans trois régions différentes » (Rhône-Alpes, Midi-Pyrénées, Provence-Alpes-Côte d'Azur).

La chercheuse a dégagé quatre axes d'analyse et des conclusions s'y rapportant, pour certaines utilisés dans ce mémoire, que nous reproduisons partiellement ci-dessous :

1. Les enjeux à l'origine du programme « Culture à l'hôpital » : « Il ressort que les enjeux à l'origine de ce programme sont autant d'ordre social que culturel. On assiste à une **reconnaissance progressive de l'action culturelle comme élément participant au bien-être susceptible d'améliorer la prise en charge globale des personnes hospitalisées** ». Les projets culturels « participent à la volonté d'humanisation des hôpitaux [...] » ;

2. L'appropriation et les représentations du projet culturel et de l'atelier par les différents acteurs de l'institution hospitalière ;

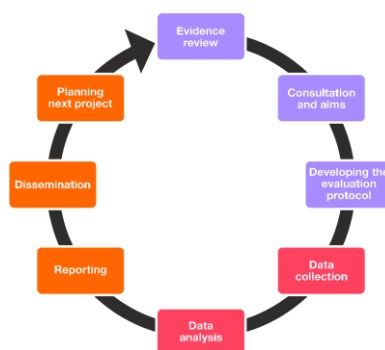
3. Les retombées pour l'institution hospitalière et ses acteurs, du dispositif de l'atelier et plus globalement d'une participation au programme « Culture à l'hôpital » ;

4. L'atelier culturel dans l'hôpital psychiatrique : élément de réflexion pour repenser le champ du possible de la médiation culturelle.

I. Méthodologie d'évaluation des projets artistiques en milieu de santé de l'Université de l'Ouest de l'Angleterre, Bristol (extraits)

Le professeur Norma DAYKIN a mis en place une méthodologie sur l'étude des impacts des projets artistiques en santé sur une plateforme publique : www.creativeandcredible.co.uk

Cette ressource regroupe des outils permettant d'évaluer les politiques culturelles en milieu de santé afin de mener à bien et de valoriser des projets comme l'illustre le processus suivant :



Plusieurs exemples, repris dans les tableaux ci-dessous, illustrent la méthodologie employée et les indicateurs utilisés :

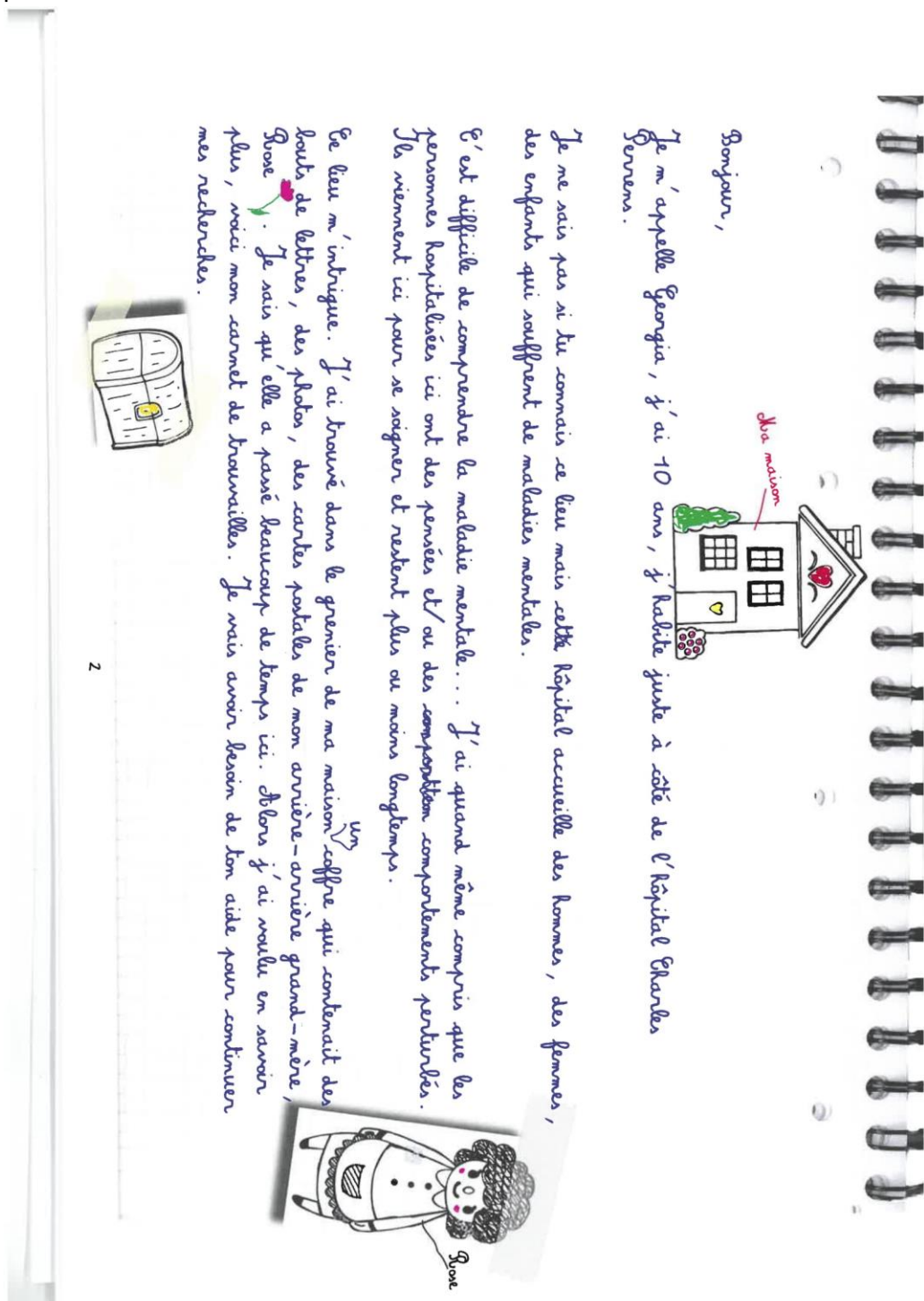
**Evaluation of the impact of an arts project on older people:
Outcomes Framework**

Outcome area	Assessment tools
Participants' engagement with the activity	Monitoring data to record take up of the activity by participants, attendance and drop out information. Feedback from participants, including those who did not take part in the activity or who left before its completion Observation using structured observation sheet Reflective reports by staff and managers
Improved mood, relaxation, distraction and enjoyment	Feedback from participants, including those who do not take part in the activity or who left before its completion Pre and post assessment of each session using ArtsObs tool Reports by staff and managers
Effects on communication between participants, carers and staff	Observation using structured observation sheet Feedback from participants. Interviews with participants, carers and staff
Effects on staff awareness	Focus group with staff
Value for money	Project costings Project benefits in the form of savings or wealth gains Projected costs/benefits over time. Cost that might arise as a consequence of not doing the project

La mesure d'impacts d'une politique culturelle en milieu de santé, fortement qualitative, est liée à l'objectif de bien-être des patients, et rejoint en ce sens la stratégie mise en place par le gouvernement finlandais en 2014 évoquée dans ce mémoire.

J. Extrait d'un document sur un parcours culturel à l'intérieur du CHCP destiné aux enfants lors des Journées du Patrimoine

Le CHCP a organisé dans le cadre des Journées du Patrimoine 2017 une visite libre à l'aide d'un outil ludique et pédagogique à destination des enfants dont un extrait est ici présenté :



Ce type d'initiatives contribuent à ouvrir l'établissement sur l'extérieur, à déstigmatiser la santé mentale et à valoriser le patrimoine hospitalier.

K. Présentation générale du Centre hospitalier Charles Perrens de Bordeaux

L'hôpital Charles Perrens est un établissement de référence, au plan régional et national, dans le domaine de la psychiatrie et de la santé mentale. Il fait partie du GHT Alliance de Gironde. Il assure une triple mission de soin, d'enseignement et de recherche. Il délivre des soins de proximité pour un bassin de population de 820 000 habitants, associés à de nombreuses activités de recours : autisme, Asperger, bipolarité, schizophrénie, addictologie (niveau 3), troubles anxieux et dépression résistante, déficits de l'attention et hyperactivité, psycho-traumatisme, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, électro-convulsivothérapie (ECT), dysphories de genre. Il prend en charge les urgences psychiatriques au travers d'une structure dédiée, le Service d'évaluation de crise et d'orientation psychiatrique (SECOP), ouverte 24h/24 et 7j/7. Pour assumer ses différentes missions, l'établissement a structuré de nombreuses collaborations (CHU de Bordeaux, GCS de psychiatrie publique 33 avec le CH de Libourne [Garderosse] et le CH de Cadillac-sur-Garonne, Mutualité, association Rénovation, acteurs médico-sociaux, Université de Bordeaux, notamment). L'établissement a satisfait à la procédure de certification V2014. L'hôpital Charles Perrens s'est par ailleurs engagé fortement dans la transition écologique et le développement durable.

Activités :

L'établissement recouvre 9 secteurs de psychiatrie adulte et 4 inter-secteurs de pédopsychiatrie. Il a une file active de 25 000 patients. Il comptabilise 8 500 passages aux urgences par an. Il assure la prise en charge des patients à tous les âges de la vie : unité mère-enfant, petite enfance, enfants et adolescents, jeunes adultes et géronto-psychiatrie. Il prend également en charge les publics les plus vulnérables : patients en situation de précarité, soins aux détenus (service médico-psychologique régional/SMPR – Centre ressources pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles/CRIAVS), migrants, ainsi que personnes en situation de handicap psychique.

Organisation et ressources :

L'hôpital Charles Perrens est organisé en cinq pôles cliniques (4 pôles de psychiatrie adulte : UNIVA, 3/4/7, PUMA, BSM et 1 pôle de pédopsychiatrie : PUPEA). Il comprend également un pôle d'addictologie (projet de constitution d'un pôle inter-établissements en addictologie avec le CHU de Bordeaux), une Maison d'accueil spécialisée et un Institut de formation en soins infirmiers (IFSI).

Il dispose de :

- 559 lits et 272 places ;
- 2 000 salariés (1 700 ETP, dont 184 médecins et 60 internes).

Son budget annuel s'élève à 110 millions d'euros. Il consacre 8 à 10 millions d'euros chaque année pour moderniser son parc immobilier et investir dans son système d'information. L'établissement a une situation financière saine. Il est à l'équilibre.

L'hôpital Charles Perrens dispose d'un foncier bâti de 74 000 m² (en intra-hospitalier et en extra-hospitalier), un foncier réparti sur la Métropole de Bordeaux, le Médoc et le Bassin d'Arcachon.

Directeur d'hôpital
Promotion 2018-2019

**Peut-on objectiver la politique culturelle en milieu hospitalier ?
L'exemple du Centre hospitalier Charles Perrens**

Résumé :

La place de la culture s'est progressivement affirmée à l'hôpital et a été consacrée par la convention du 4 mai 1999 conclue entre le ministère de la Culture et de la Communication et le secrétariat d'État à la Santé et à l'Action sociale. Malgré cela, certaines idées reçues et réticences peuvent être observées. En évoquant la culture de nombreuses questions émergent : à quoi sert-elle à l'hôpital ? Est-ce la mission de l'hôpital que d'impulser une politique culturelle ? Pourquoi doter l'hôpital d'une politique culturelle ? Comment évaluer les effets d'une telle politique ?

L'objet de ce mémoire est de balayer certaines questions ontologiques, téléologiques et méthodologiques sur la culture en établissement de santé et de rappeler l'importance de cette dernière dans la prise en charge des patients. La culture sert avant tout à humaniser la prise en charge et à renforcer l'intégration de l'hôpital dans son environnement territorial par le biais de coopérations. Elle permet également de considérer la personne hospitalisée comme un être humain et de ne plus la réduire à sa simple qualité de patient soumis à l'institution hospitalière. De plus, la politique culturelle permet de dépasser l'entrave à la jouissance des droits culturels des individus que peut engendrer l'hospitalisation.

La question principalement traitée est celle de l'évaluation de la politique culturelle du Centre hospitalier Charles Perrens de Bordeaux. En partant du postulat que la politique culturelle doit pouvoir s'objectiver comme toute autre politique, il sera proposé un cadre méthodologique et un tableau de bord permettant de mesurer les impacts d'une politique culturelle en milieu hospitalier et en particulier dans un établissement public de santé mentale. Cette grille d'analyse est une proposition et ne peut servir de modèle unique. Elle vient cependant alimenter les réflexions, parfois encore balbutiantes et/ou émanant de spécialistes de la culture et de la santé, visant à objectiver sous ses aspects aussi bien quantitatifs que qualitatifs une politique culturelle en établissement de santé.

Le but de cette démarche évaluative est avant tout de pouvoir mesurer les impacts d'une telle politique sur les patients mais aussi sur les professionnels concourant à la politique culturelle, en gardant en permanence à l'esprit que les décisions prises au regard de la politique culturelle, au même titre que d'autres politiques d'établissement, doivent sans cesse permettre d'améliorer la prise en charge des patients et que la culture ne peut qu'y contribuer.

Mots clés :

Culture – Culture et Santé – Politique culturelle – Évaluation – Étude d'impacts – Quantitatif – Qualitatif – Projet culturel – Psychiatrie – Coopération

L'École des Hautes Études en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.