

ENSP

ECOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'Hôpital

Promotion : **2006 - 2008**

Date du Jury : **Décembre 2007**

**GESTION ET VALEUR AJOUTÉE
DES ACTIVITÉS HORS DU SOIN
À L'HÔPITAL :**

**ENJEUX, POLITIQUES, FINANCEMENTS
L'EXEMPLE DE L'HÔPITAL RENÉE SABRAN**

Alban AMSELLI

Remerciements

Je remercie tous les professionnels de l'hôpital Renée SABRAN que j'ai pu rencontrer lors de l'élaboration de ce mémoire, pour leur disponibilité, leur générosité, l'intérêt qu'ils ont porté à ce travail et le temps qu'ils m'ont accordé malgré des emplois du temps souvent chargés.

Je remercie tout autant les 58 personnes que j'ai rencontrées, pour mener mes entretiens. Tous m'ont apporté une expertise particulière et une aide précieuse pour comprendre les enjeux du sujet et cerner les problématiques à traiter.

Je remercie également les patients, résidents et les familles de l'hôpital Renée SABRAN qui ont alimenté les réflexions préliminaires à l'élaboration de ce mémoire, notamment, en répondant à mon questionnaire, préalable indispensable à la rédaction.

Je tiens par ailleurs à remercier tout particulièrement Mme Sandrine CURNIER HILARIO, ma maîtresse de stage, directrice de l'hôpital Renée SABRAN, pour sa disponibilité, ses conseils toujours pertinents et l'intérêt qu'elle a porté à l'élaboration de ce mémoire et plus généralement à mon stage. Je la remercie pour sa pédagogie et la patience avec lesquelles elle m'a guidé au cours de ces mois.

Je remercie tout autant Mlle Fanny FLEURISSON, directeur adjoint de l'hôpital Renée SABRAN, qui a largement contribué, par ses conseils, à la réalisation de ce mémoire.



Sommaire

<u>Introduction.....</u>	<u>1</u>
<u>1 Aujourd’hui plus qu’hier, l’hôpital a vocation à développer une activité hors du soin, conforté par un contexte institutionnel et législatif favorable, mais qui n’est pas sans poser de multiples problèmes.....</u>	<u>6</u>
<u>1.1 L’activité hors du soin, une spécificité ancrée dans l’histoire, en plein renouvellement depuis la fin du 20° siècle.....</u>	<u>6</u>
<u>1.1.1 L’activité hors du soin existait déjà aux premières heures de l’hôpital, renforcée par sa fonction asilaire, et alors même que le soin balbutiait.....</u>	<u>6</u>
<u>1.1.2 La renaissance de l’activité hors du soin, à l’apogée de la médecine.....</u>	<u>9</u>
<u>1.2 Une phase récente de formalisation ministérielle, institutionnelle et législative clarifie, renforce et diversifie l’activité hors du soin.....</u>	<u>13</u>
<u>1.2.1 L’engagement ministériel renforce le cadre institutionnel alors que les modalités pratiques se clarifient, les déclinaisons régionales se développent, et les financements s’étayent : L’exemple de la culture à l’hôpital, applicable au sport ?.....</u>	<u>14</u>
<u>1.2.2 Un cadre législatif qui se consolide, visant à répondre aux évolutions de la société, favorisant l’intervention des associations comme acteurs du système de santé, définissant les conditions d’installation des offreurs de services, restructurant la place des aumôniers au sein de l’hôpital.</u>	<u>19</u>
<u>1.3 Malgré la volonté affichée de développer l’activité hors soin, des problèmes se posent, découlant tant du manque de coordination des divers représentants de l’État que des réticences de terrain.....</u>	<u>24</u>
<u>1.3.1 Le peu de priorité donnée aux activités hors du soin et le manque de coordination entre les ministères concernés, leurs services déconcentrés, et les partenaires institutionnels, rendent l’état des lieux souvent illisible.....</u>	<u>25</u>
<u>1.3.2 Les hôpitaux ne sont pas épargnés par les difficultés de mise en œuvre d’une politique d’activité hors du soin, que doit orchestrer sur le terrain le directeur et ses nombreux partenaires.....</u>	<u>29</u>
<u>2 L’hôpital Renée SABRAN (HCL), s’inscrit dans une dynamique d’activité hors soin, proposant des solutions à étayer face aux problèmes posés, de nombreuses déclinaisons opérationnelles, et un projet de partenariat attrayant dans le domaine du sport.....</u>	<u>35</u>

<u>2.1 Face aux problèmes posés, les directeurs des HCL et de l'hôpital Renée SABRAN amènent des éléments de réponses, susceptibles d'être étoffés.</u>	
36	
2.1.1 Le directeur d'hôpital, intervient comme un moteur aux HCL et à l'hôpital Renée SABRAN, dans l'optique de renforcer l'activité hors du soin.....	36
2.1.2 Des pistes de réflexions complémentaires, débouchant sur des perspectives d'avenir, peuvent renforcer la démarche du directeur d'hôpital, afin de faire face aux problèmes que soulève la mise en œuvre d'une politique d'activité hors du soin.....	41
<u>2.2 Grâce à une politique d'activités hors soin traditionnellement menée par l'hôpital Renée SABRAN, les déclinaisons de cette dernière sur le terrain sont importantes, tout comme l'engagement associatif qui la soutient...47</u>	
2.2.1 Le sport à l'hôpital Renée SABRAN est une activité ancienne, qui favorise l'épanouissement et la réinsertion des patients et résidents, pour la plupart atteints de lourds handicaps, et dans laquelle le tissu associatif est dense. .	47
2.2.2 L'hôpital Renée SABRAN est attaché au développement de nombreuses autres activités hors du soin, dans lesquelles les associations gardent une place prépondérante.....	52
<u>2.3 La réflexion menée autour de ce mémoire a donné lieu à la mise en place de différents projets sportifs, s'inscrivant dans la politique institutionnelle de l'hôpital Renée SABRAN.....</u>	57
2.3.1 La volonté d'améliorer les infrastructures sportives existantes sur l'hôpital Renée SABRAN donne lieu à une demande auprès de la Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, et auprès du comité paralympique français.....	57
2.3.2 La mise en œuvre d'un partenariat entre la DDJS du Var, la DRJS PACA et l'hôpital Renée SABRAN, permettra de mener à bien, coordonner et financer un projet à caractère sportif.....	60
<u>Conclusion.....</u>	64
Bibliographie.....	66
Liste des annexes.....	I
Entretiens réalisés.....	XXVII
Grille d'entretien.....	XXXI

Liste des sigles utilisés

ADIAM : Association Départementale d'Informations et d'Actions Musicales
ADDMT : Association Départementale de Danse, de Musique et de Théâtre
APHM : Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille
APHP : Assistance Publique des Hôpitaux de Paris
ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation
ARSEC : Agence Rhône Alpes de Services aux Entreprises Culturelles.
CAF : Caisse d'Allocation Familiale
CdARR : Catalogue des Activités de Rééducation Réadaptation
CH : Centre Hospitalier
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CISS : Collectif Inter associatif sur la Santé
CNDS : Centre National pour le Développement du Sport
CoDES : Comité d'Éducation pour la Santé
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRAM : Caisse Régionale d'Assurance maladie
CRCM : Centre de Ressources et de Compétences de la Mucoviscidose
CREPS : Centre Régional d'Education Populaire et de Sports
GRESS : Cabinet de Recherche et d'Expertise en Sport et Santé
DDASS : Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale
DDJS : Direction Départementale de la Jeunesse et des Sports
DEFA : Diplôme d'État des Fonctions d'Animations
DRAC : Direction Régionale des Affaires Culturelles
DRASS : Direction Régionale de l'Action Sanitaire et Sociale
DRJS : Direction Régionale de la Jeunesse et des Sports
FHF : Fédération Hospitalière de France
FiEHP : Fédération des Établissements d'Hospitalisation Privés à but lucratif
FNATH : Fédération Nationale des Accidentés du Travail et Handicapés
GRSP : Groupements Régionaux de Santé Publique
HAS : Haute Autorité en Santé
HCL : Hospices Civils de Lyon
INPES : Institut de Prévention et d'Éducation à la Santé
MIGAC : Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation
PMSI : Programme de Médicalisation du Système d'Information
PNNS : Programme National Nutrition Santé
PRSP : Programme Régional de Santé Publique
STAPS : Sciences et Techniques des Activités Physiques et Sportives
UNAPei : Union Nationale des Associations de Parents et amis des handicapés mentaux
URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

Introduction

L'arrivée d'un cirque à l'hôpital Renée SABRAN de Hyères, dans le Var (rattaché aux HCL), au cours des fêtes de Noël 2007, est un événement singulier, très attendu par les patients, les familles et les personnels de l'établissement depuis la fin de l'été.

Ce qui fait la réputation d'un hôpital est bien entendu la qualité des soins prodigués, la compétence des personnels qui y exercent. Les médias classent d'ailleurs volontiers les établissements en fonction de ces critères à travers des enquêtes annuelles. Mais la renommée d'un hôpital dépend aussi de la façon dont les patients appréhendent leur qualité de vie lors du séjour. Les procédures qualité ont largement contribué à rendre visible le ressenti des patients dans ce domaine à travers par exemple, le questionnaire de sortie. Dans ce dernier, il est frappant de voir à quel point les patients sont sensibles à leurs conditions de séjour. En effet le malade veut tout d'abord être correctement soigné, mais il attend aussi que son passage à l'hôpital soit le moins désagréable possible.

Concurrencés par des structures privées, qui ont su valoriser leur image, les hôpitaux publics se sont également dotés d'arguments qui les rendent plus attractifs aujourd'hui, répondant à l'évolution de la société et à ses attentes, la devançant parfois même. Cette image participe au fait que les patients satisfaits reviennent, le cas échéant, après un premier séjour ; que les familles, visiteurs, et « clients » potentiels, non directement en lien avec les équipes de soins, sont attirées par le cadre et l'ambiance. Au final, ils choisissent tel établissement parce qu' « on y est bien pris en charge mais aussi parce que c'est beau, c'est bon, confortable, convivial, animé... » C'est-à-dire pour les activités hors du soin.

De fait, l'activité hors du soin à l'hôpital prend ses racines bien antérieurement à la naissance du soin lui-même, et apparaît historiquement consubstantielle à l'activité hospitalière. Patrick Barbier¹ rappelle qu'au 18^e siècle, à l'hôpital orphelinat de la Piéta de Venise, Antonio Vivaldi enseigne aux malades et orphelines la danse, la musique et la religion. L'hôpital est un lieu d'éducation. C'est un lieu où la culture rayonne, où l'architecture est valorisée. L'activité hors du soin décline ensuite, alors que la médecine thérapeutique et technologique s'impose par son efficacité, pour renaître timidement de ses cendres à l'apogée de la médecine, portée, entre autre, par les associations. Les hôpitaux reviennent à une conception de prise en charge pluridimensionnelle et globale, dans laquelle l'hôpital se repositionne face à l'individu, non plus objet de soin mais sujet. La lutte contre la douleur a d'ailleurs contribué à faire émerger ces nouvelles priorités.

Ces dix dernières années, le législateur a porté son regard sur l'activité hors du soin en proposant un arsenal juridique et institutionnel qui lui permet d'être mieux valorisée dans

¹ BARBIER P., 2002, La Venise de Vivaldi, musique et fêtes baroques, 1^e édition, Paris : Grasset et Fasquelle, 291p.

les hôpitaux. Parallèlement, les hôpitaux manifestent le désir de s'ouvrir sur leur environnement proche², de « faire tomber les barrières ». Les établissements ont à cœur de réintroduire l'art en leur sein, de favoriser le bien-être des patients et des familles à travers de nouvelles approches, de trouver des sources de financement pérennes pour mener à bien des projets qui feront la différence.

Ce sont les raisons pour lesquelles il apparaît intéressant de se pencher aujourd'hui sur les activités hors du soin à l'hôpital, et aux impacts qu'elles génèrent sur la qualité de vie des malades et sur le rayonnement de l'institution.

Avant de définir ce que sont les activités hors du soin, et plus spécifiquement celles que ce mémoire abordera, il convient de tenter de définir ce qu'est le soin.

La définition du Petit Larousse illustré³ est la suivante : « Moyens par lesquels on s'efforce de rendre la santé à un malade ». D'après le dictionnaire français de médecine et de biologie⁴, les soins de santé sont « l'ensemble des soins administrés à chaque membre d'une collectivité en cas de maladie, et aussi en ce qui concerne la prévention, la réadaptation, l'éducation sanitaire, l'entretien de la santé ». Dès lors, cette définition plus précise fait intervenir dans le champ du soin, des dimensions qui étaient étrangères à la première.

De fait, il ressort des entretiens menés auprès des professionnels de soins et des usagers, que chacun a sa propre définition du soin. Pour certains, ce qui concourt à la préservation, voire l'amélioration de l'état psychologique d'un malade est déjà un soin. Ainsi, l'existence d'une maison des parents, une séance de cinéma, un match de basket, une sortie en ville, un entretien avec un ministre du culte... tout cela participerait du soin. L'hôpital d'Avicenne (APHP) a conduit une étude sur le soin, et conclue que ses limites dépendent de la population culturelle interrogée⁵.

Le corps médical reste quant à lui majoritairement attaché à la définition traditionnelle de la médecine occidentale. Certains praticiens y ont néanmoins intégré des pratiques médicales plus traditionnelles, aux effets jugés thérapeutiques, rejetant dans le charlatanisme le reste, mais révisent régulièrement leur jugement, et par conséquent leur définition du soin⁶ selon les avancées de la science, ou des études récemment menées.

² AUVILLAIN J., septembre 2002, « L'hôpital s'ouvre sur la cité », Acteurs magazine (Paris), n°68, pp. 11-14.

³ LE PETIT LAROUSSE ILLUSTRÉ, 1980, 1^o édition, Paris : librairie Larousse, 1800 p.

⁴ MANUÏLA A., MANUÏLA L., SOURNIA J.-C., 1982, Dictionnaire français de médecine et de biologie, supplément, 4^o édition, Paris : Masson, 1014p.

⁵ APHP. La consultation transculturelle d'Avicenne. Disponible sur Internet : http://www.clinique-transculturelle.org/pdf/brochure_consultation.pdf

⁶ CYBERTRIBES. Entretien avec C. HERZLICH : « La maladie, fait culturel » Disponible sur Internet : <http://www.cybertribes.com/sante9.html>

Les corps médical et paramédical s'accordent néanmoins sur la déclinaison de cinq dimensions dans le soin, en partie signifiés dans le dictionnaire français de médecine et de biologie : les soins curatifs, préventifs, éducatifs, de réadaptation et de confort.

Cependant l'explosion des technologies et les progrès médicaux depuis la première guerre mondiale ont essentiellement porté l'hôpital vers sa dimension curative, consacrant ainsi cette forme de soin, qui représente aujourd'hui son cœur de métier. L'hôpital a, la plupart du temps, privilégié le traitement de la maladie, au traitement du malade. Le soin se réfère donc souvent à la définition du Petit Larousse Illustré, dans laquelle il s'agit de rendre la santé, sous-entendu à quelqu'un qui l'a perdue.

Ainsi donc, définir le soin, et par conséquent, définir ce qui n'est pas soin, n'est pas chose aisée. Pour autant ce mémoire se réfèrera à la définition restrictive du Petit Larousse Illustré, la plus communément admise.

L'activité hors du soin, quant à elle, couvre un champ vaste, tout autant difficile à cerner, qui s'étend des activités sportives, culturelles, artistique, associatives, ludiques, culturelles, de consommation, de confort, de service... aux conditions d'hébergement, à la literie, ou la nourriture. Par ailleurs, elle concerne indifféremment malades, familles, visiteurs, ou personnels.

Ce mémoire portera spécifiquement sur l'analyse de l'activité hors du soin à destination des patients, des familles et des visiteurs. Les personnels hospitaliers en seront volontairement exclus, justifiant à eux seuls une analyse spécifique. Ce travail limitera également l'étude des activités hors du soin aux dimensions sportives, culturelles, artistiques, ludiques, associatives, culturelles, de service et ne traitera pas des spécificités liées à l'entretien et la valorisation du patrimoine foncier et immobilier des établissements, qui est un domaine ne concourant pas en totalité à l'amélioration de la qualité de vie des malades, sinon dans ses dimensions architecturales, qui seront apparentés à l'art. Ce mémoire n'abordera pas non plus les conditions d'hébergement et de nourriture. En effet, les choix d'études retenues l'ont été au vu de l'exploitation des réponses au questionnaire (en annexe 1) distribué aux familles, patients et résidents de l'hôpital Renée SABRAN. De plus, un certain nombre d'activités hors du soin sont contingentes de l'activité de soin. C'est le cas de l'hôtellerie et de la restauration, qui se sont au fil des années, adaptées aux normes de qualité, d'hygiène, et aux réglementations en vigueur. C'est pourquoi, même si elles concourent pour partie au bien être des patients, elles répondent à des logiques différentes de celles qui animent les autres dimensions de l'activité hors du soin. Enfin, l'hôtellerie et la restauration, bénéficiant d'un financement spécifique à travers le forfait journalier, ne correspondent pas aux circuits de financement qui ont cours pour les autres activités hors du soin.

Les activités hors du soin évoquées dans ce mémoire, sont à première vue disparates. Néanmoins, elles se caractérisent toutes par des applications ou modalités d'application discrétionnaires. Pour autant l'évolution récente de leur contexte juridique et institutionnel, prouve s'il en est, que loin de méconstruire leur place au sein du dispositif hospitalier, le législateur a jugé que ce domaine devait être renforcé.

A titre d'exemple et pour illustrer cette étude, une attention toute particulière sera portée sur les places de la culture à l'hôpital, dans la mesure où les projets institutionnels sont particulièrement avancés, ainsi que celle du sport à l'hôpital, cet item ayant donné lieu à une expérimentation sur le terrain et un projet qui liera dorénavant l'hôpital Renée SABRAN et la Direction Départementale Jeunesse et Sports du Var.

Au vu de la spécificité des items que ce mémoire propose de traiter, il apparaît clair que les questions afférentes à la priorisation des projets, des modes de gestion, ou des financements des activités hors du soin, risquent de se heurter à des préoccupations institutionnelles actuellement plus fondamentales au sein des établissements hospitaliers, comme la montée en charge de la T2A, la mise en place de la nouvelle gouvernance, les exigences liées à la certification, les impacts de politiques budgétaires austères... Face à cela, la mise en place d'une politique culturelle ou de projets sportifs à l'hôpital sont-ils de vrais projets à mener, ou bien de « doux rêves » mineurs ?

De surcroît, au vu de la présence de partenaires multiples dans la conduite, la mise en œuvre et le financement de ces projets, d'autres structures (associations⁷, société civile, collectivités...) ne seraient-elles pas plus à même de les mener à bien ?

En d'autres termes, dans le contexte actuel, étant donné la complexité et la confidentialité de la place des activités hors du soin à l'hôpital, est-ce vraiment le rôle de l'hôpital et plus particulièrement du directeur d'hôpital que de porter ces projets, et de conduire ces politiques ?

L'étude de ces problématiques a été réalisée sur la base d'analyse de textes juridiques, d'ouvrages, d'articles, de travaux universitaires, de conférences, de sites Internet, mais également de 58 entretiens réalisés sur le terrain de stage, soit l'hôpital Renée SABRAN situé à Hyères, ou bien à l'extérieur de l'établissement. Des professionnels de santé ou d'autres secteurs d'activité, des associations, des élus, des bénévoles ont été rencontrés dans cette optique. Les dimensions de cette étude ont été définies en regard de l'exploitation de 33 questionnaires distribués aux patients et résidents de l'hôpital Renée SABRAN. Cette enquête a été la source des questionnements et a permis de cerner le sujet à traiter. Ceci a déterminé deux étapes dans la rédaction de ce travail, visant à répondre aux questions évoquées précédemment :

⁷ CHICHE P., février 2003, « Le rôle des associations de bénévoles et d'usagers à l'hôpital », Revue Hospitalière de France, n° 490, pp. 57-60.

Ce mémoire tentera d'abord de démontrer en quoi et comment aujourd'hui plus qu'hier, l'hôpital a vocation à développer une activité hors du soin, alors même qu'il est conforté dans cette démarche par un contexte institutionnel et législatif favorable, mais qu'il rencontre des problèmes institutionnels et pratiques dans sa mise en oeuvre. (1)

Ce mémoire s'attachera dans un deuxième temps à présenter, à travers l'exemple de l'hôpital Renée SABRAN (HCL), la conduite d'une politique d'activité hors soin, valorisée par un fort engagement institutionnel, illustrée par de nombreuses déclinaisons opérationnelles sur le terrain, et un projet de partenariat attrayant. (2)



16. GIENS — Hôpital Renée-Sabran - Lancement du « Neptune »

Cliché E. Yargoz

1 Aujourd'hui plus qu'hier, l'hôpital a vocation à développer une activité hors du soin, conforté par un contexte institutionnel et législatif favorable, mais qui n'est pas sans poser de multiples problèmes.

L'histoire de l'hôpital remonte à une époque où le soin était quasiment cantonné à sa dimension de confort. Dans ce contexte l'activité hors soin prenait une place non négligeable. Au fil du temps, et alors que la médecine s'affermie et explore la dimension curative, l'activité hors soin s'efface pour renaître à la fin du 20^e siècle, à l'apogée de la médecine, grâce à une volonté institutionnelle et juridique forte, et alors que les attentes des citoyens se transforment. Pour autant, si cette nouvelle donne renforce l'activité hors soin, elle met également en lumière de nombreux problèmes liés à l'immaturation du concept, autant que les réticences qu'il induit.

1.1 L'activité hors du soin, une spécificité ancrée dans l'histoire, en plein renouvellement depuis la fin du 20^e siècle.

Depuis vingt à trente ans, un intérêt particulier est porté par la plupart des établissements hospitaliers sur l'activité non en lien avec le soin. Qu'il s'agisse de l'ouverture de commerces de services, de l'émergence de politiques culturelles ou sportives, ou de la place laissée aux associations qui n'ont jamais autant fleuri, l'hôpital recompose le paysage qu'il offre aux usagers.

Pour autant, ce phénomène prend ses racines à des époques où la médecine n'avait pas encore les moyens de guérir les malades, voire même n'existait pas encore.

1.1.1 L'activité hors du soin existait déjà aux premières heures de l'hôpital, renforcée par sa fonction asilaire, et alors même que le soin balbutiait.

A) L'hôpital a vocation à favoriser la solidarité envers les démunis dès le moyen âge.

En 549, Childebert inaugure le 1^{er} hôpital lyonnais, Notre Dame de la Saulnerie, destiné à recevoir les malades, pèlerins et indigents⁸. L'hôpital apporte soutien moral et matériel aux corps mais prie aussi pour les âmes. Les mécènes y sont nombreux, qui donnent aux pauvres via les institutions, espérant gagner leur billet vers le ciel. C'est ainsi que se constitue en partie le patrimoine immobilier des établissements hospitaliers français⁹. Le lien entre l'église et l'hôpital très fort jusqu'à la montée en puissance de la médecine

⁸ SIRMONT J., 1649, *Concilia Antiqua Galliae*, tome I, p. 277, édition microfilm, Cambridge: Omnisys, 722p. (Tiré du 15^e canon du concile d'Orléans, 28 octobre 549.)

thérapeutique, ne cesse de perdre ensuite du terrain alors que la société devenue laïque se détourne du catholicisme¹⁰. C'est aussi depuis la Moyen Age, et par vague successive que l'art et la culture s'immiscent dans les couloirs des hôpitaux, d'abord avec le soutien de l'église, puis de façon plus indépendante. À la Renaissance, l'église commande des œuvres aux plus grands artistes de l'époque, placées dans les salles communes, afin de fonder l'espoir aux mourants qu'ils accèderont au paradis (Rogier Van Den Weyden, Matthias Grünwald...) ¹¹

Au 18^e siècle, alors que naît « le grand enfermement » l'art et la culture continuent de se décliner, sur les façades et dans les cours des établissements, avec une architecture aujourd'hui souvent classée, mais aussi dans les salles communes, avec des mobiliers recherchés. En Europe et en France, les musiciens se produisent et éduquent les orphelins et les malades à la musique ou la danse¹².

Ces traditions culturelles se pérennisent au fil des ans avec l'apparition de bibliothèques hospitalières dans les années 1930¹³, encadrée par des directives publiques.

Si le lien entre la culture et l'hôpital est ancien, le lien entre culture et santé l'est encore plus. Le Professeur Didier Sicard, président du Comité national consultatif d'éthique rappelle qu'il existe un lien mystérieux entre santé et art dans toutes les sociétés premières, dans la mesure où l'art a fonction de découverte de tout ce qui ne peut être exprimé par des mots scientifiques. Par conséquent, il est systématiquement utilisé en thérapie, par exemple, chez les mélanésiens comme lien entre la folie et le réel. Dans de nombreuses sociétés premières et sur plusieurs continents, le même mot désigne uniformément art ou beau et santé¹⁴.

B) L'hôpital est par ailleurs historiquement un lieu d'échange de marchandises.

Avant que n'apparaissent les sociétés de service avec lesquelles l'hôpital signe des contrats d'occupation du domaine public, c'est l'hôpital lui-même qui produit et gère ses productions, qu'il destine aux hospitalisés autant qu'aux villageois et personnels. Dès le

⁹ BOUCHET A., MORNEZ R., GIMENEZ D., avril 2004, « Les Hospices Civils de Lyon : Histoire de leurs hôpitaux. La naissance des Hospices civils de Lyon, extraits choisis par les auteurs », Revue de la Société française d'histoire des hôpitaux, n°116, pp. 24-28.

¹⁰ MARTINEAUD J.P., 2002, Les ordres religieux dans les hôpitaux de Paris : les congrégations hospitalières dans les hôpitaux de l'Assistance publique à Paris : des fondations à la laïcisation, 1^e édition, Paris : L'Harmattan, 430p.

¹¹ BOUILLOT M.C., 2003, « La mise en oeuvre d'un projet culturel dans un établissement hospitalier : l'exemple du Centre Hospitalier de Macon. », Mémoire de Directeur d'Hôpital : ENSP Rennes, 79 p.

¹² BARBIER P., 2002, La Venise de Vivaldi, musique et fêtes baroques, 1^e édition, Paris : Grasset et Fasquelle, 291p.

¹³ DUTON F., COBOLET G., 2006, La lecture à l'hôpital : état stationnaire, critique ou convalescent ?, 1^e édition, Villeurbanne : Presses de l'Enssib, 73p.

¹⁴ BAROU J.-P., CROSSMAN S., 2005, Les clés de la santé indigène, 1^e édition, Montpellier : Balland, 143p.

Moyen Age, les domaines fonciers produisent vins (hospices de Beaune¹⁵), fruits et légumes, viandes et poissons. Le patrimoine foncier d'hôpitaux comme ceux de Rouen est important. En 1195, Richard Coeur de Lion fait don des premières terres¹⁶. Ce patrimoine couvre 1500 hectares en 1699, composé de terres céréalières, moulins, fermes, étables, boulangeries, brasseries cidreries... Les fermages, produits de basses-cours, ou de brasserie sont comptabilisés dans les recettes. F. Hue note en 1699 : « *la Dame Bigue, supérieure, vendait... les volailles, cochons et vaches nourris dans l'hôpital et gardait l'argent pour l'achat de linge...* »¹⁷. Dans les villes, les marchandises consommées sont également vendues autour ou même dans l'hôpital, vers lequel convergent les habitants. Jusque sous Napoléon III, le marché de Beauce, situé sur l'île de la Cité à Paris, couvre la place du parvis de Notre Dame et l'actuelle rue de la Cité qui jouxte l'Hôtel Dieu¹⁸.

Les commerces privés se développent également par la suite. Vers 1890, le Café de la Cloche, situé dans l'enceinte de l'hôpital de la Charité à Lyon, vend des boissons et des accessoires pour les malades et les médecins. Lorsqu'une urgence se présente, on avertit les praticiens à l'intérieur du café, grâce à un système de "boule" que l'on fait pivoter du côté rouge¹⁹.

C)Le lien entre sport et médecine est encore plus ancien et puise ses racines dans l'antiquité grecque :

En effet, sport et santé sont associés par Hippocrate puis Galien, tous deux à l'origine de l'approche médicale en éducation physique. Le terme de gymnastique médicale apparaît. « *Dans certains cas, le médecin prescrira le saut ou la lutte, le bain, pratiqué sous toutes ses formes, la rétention du souffle, ou bien encore la promenade, exercice souverain dans l'art hippocratique* »²⁰.

Le lien entre sport et santé persiste de façon plus ou moins marquée au fil des siècles, s'inscrivant la plupart du temps dans une vision hygiéniste²¹, revêtant parfois des caractères eugénistes²² lorsqu'il est prôné par les nazis. Pour autant l'hôpital ne s'approprie que tardivement et timidement le sport, comme le précise M. François

¹⁵ MOINE H., 1997, Un quart de siècle de vente des vins aux Hospices de Beaune, 1^o édition, Paris : Assimil, 180p.

¹⁶ BOULANGER M., 1988, Les Hôpitaux de Rouen : une longue et attachante histoire des origines à nos jours, 1^o édition, Luneray : Bertout, 154p.

¹⁷ HUE F., 1903, Histoire de l'Hospice Général de Rouen 1602-1840, 2^o édition, Rouen : Lestringant, 187p.

¹⁸ FIERRO A., 1996, Histoire et dictionnaire de Paris, 2^o édition, Paris : Robert Laffont, 1580p.

¹⁹ MICHEL A., mars 2003 « Café de la cloche, une fresque pour mémoire », le Progrès, n°18486, p.13

²⁰ LEBLEU B., octobre 2004, «Le sport durable, Hippocrate et Galien», Agora, vol.10, n°4, pp. 2-8.

²¹ THERET T., 2004, Histoire du sport en Europe, 1^o édition, Lyon : l'Harmattan, 270p.

²² REDEKER R., Conférence donnée au colloque Sport, religion et laïcité, « Le sport ou la revanche de l'eugénisme », 1^{er} octobre 2005, Paris.

DANTOINE à la direction de la Jeunesse et des Sports, et encore, il est indifféremment revendiqué comme une activité de loisir ou comme un soin.

1.1.2 La renaissance de l'activité hors du soin, à l'apogée de la médecine.

Les activités hors du soin renaissent véritablement voilà une trentaine d'années. Un changement de paradigme social, sociétal, économique, technologique, associé à une rationalisation des dépenses hospitalières, puis l'émergence de processus qualités, conduisent les hôpitaux à s'affranchir d'une approche où prime la dimension curative, alors même que la médecine thérapeutique est à l'apogée de sa science²³. C'est justement parce qu'enfin, après des siècles de tâtonnements homicides, les médecins soignent et guérissent en masse, que l'hôpital peut poursuivre sa quête d'excellence en explorant d'autres voies²⁴. Il revient naturellement à ses convictions profondes, alors même que notre société s'individualise et consomme de plus en plus²⁵.

A) L'offre de service se rationalise vers les années 1975 dans les hôpitaux.

Comme le constate Mme MATHIEU, AAH responsable des services économiques de l'hôpital SABRAN, au cours des trente dernières années, l'offre de services s'étaye. D'une part apparaissent des sociétés type Relais H, ou Médiance, qui s'implantent sur le marché hospitalier à gros volume, d'autre part, les petits hôpitaux ne disposant que rarement de structures commerciales de ce type, organisent la vente de produits de première nécessité (journaux, savon, biscuits...) avec des associations de bénévoles et sans faire de bénéfices. Néanmoins quelle que soit la configuration, l'hôpital encourage une offre de proximité dans la mesure où elle répond à un besoin et à une attente des malades.

M. Jean Luc CHAPPAZ, directeur de la communication de société Relais H reprend : « Les petits commerces traditionnels présents dans les hôpitaux et les cliniques perdent progressivement leur place, au profit de structures plus modernes en pleine ascension. C'est en 1975 que naît Relais H, issu de l'entreprise Hachette. Le premier kiosque apparaît à l'hôpital Charles Nicole de Rouen, suivi de la première cafétéria au CHU de Reims. L'objectif initial est de copier ce qui se fait dans les gares en proposant un livre, un magazine et un café ou un sandwich simultanément. La société de consommation naissante encourage largement l'essor de ces structures. C'est aussi un lieu convivial où l'on retrouve sa famille lorsqu'on est hospitalisé, hors des murs de la chambre. Le personnel et les usagers s'y rencontrent. »

²³ LOMBART J., VANDEWALLE B., 2007, Philosophie de l'hôpital, 1^o édition, Paris : l'Harmattan, 163p.

²⁴ POIRIER J., SALAUN F., 2001, Médecin ou malade, la médecine au 19^o et 20^o siècle, 1^o édition, Paris : Masson, 321p.

²⁵ CONTANDRIOPOULOS A.-P., 1996, L'hôpital stratège, 1^o édition, Paris : John Libbey Eurotext, 317p.

Des magasins de fleurs apparaissent également dans certaines maternités, ainsi que des boutiques d'abonnement à la télévision. Progressivement, vers les années 1985, l'offre s'uniformise. Les boutiques diverses disparaissent pour laisser la place aux chaînes qui vont accaparer le marché. Relais H, puis Médiance, sont aujourd'hui indissociable du paysage hospitalier.

D'autres offres de service plus artisanales restent implantées de façon confidentielle dans les établissements, comme les coiffeuses en chambres. Après avoir encouragé ces activités voire même les avoir financées, les établissements soumis à la rationalisation de leurs dépenses préfèrent louer les locaux initialement prêtés, et réclamer le reversement d'une partie du chiffre d'affaire, ce qui accélère la disparition des ces petits commerces.

B) La renaissance de la culture date de cette même période.

De 1975 à 1999, des projets culturels non coordonnés vont être menés par des établissements précurseurs, engagés dans un processus de « réhumanisation », avec l'aide d'équipes d'animation²⁶, d'associations, de partenaires institutionnels. M. Didier SICARD, professeur de médecine interne à l'hôpital Cochin et Président du Comité Consultatif National d'Éthique participe à ce phénomène par des prises de positions tranchées. Il stigmatise la « *décoration contrôlée de Kodakchromes, torrents, bois, biches et autres pics enneigés, d'un kitsch abouti, dont la banalité et la médiocrité confine à l'obscène, repoussant l'art hors de l'hôpital, accentuant l'enfermement du malade, qui face à ce monde pseudo-paradisique, se sent encore plus mis à l'écart de la société en bonne santé*²⁷. » Selon lui, toujours « *la technicité ne supporte pas l'imaginaire, et l'espace de liberté qui interroge l'individu dans son angoisse existentielle*²⁸, alors même que l'art consacre la subjectivité qui permet de mieux affronter la froideur du monde technologique. Seul l'artiste est source de ressourcement pour l'humanité. Les architectes, précise-t-il, sont au croisement de l'art et de la culture. Que serait l'hôpital Robert Debré sans l'architecte P. Riboulet ? »

M. Jean-Jacques ROMATET, directeur général du CHU de Toulouse complète : « La culture, quel que soit son lieu d'existence ou d'expression, est considérée comme un élément essentiel de la vie et représente un droit pour tous. Les adultes et les enfants malades, ont plus que quiconque besoin de garder un lien avec la vie quotidienne, pour éviter l'isolement et le sentiment d'exclusion. La culture à l'hôpital, symbolise donc ce lien qui relie la personne malade à la vie sociale, qui peut aider à retrouver sa dignité et gravir plus facilement le chemin de la guérison. Par là même, les responsables politiques et les

²⁶ AUGUSTIN J.-P., GILLET J.-C., 2000, L'animation professionnelle – Histoire, acteurs et enjeux, 1^o édition, Paris : l'Harmattan, 188 p.

²⁷ SICARD D., Premières rencontres européennes de la culture à l'hôpital « La médecine au risque de la culture : Un état d'esprit », 5 février 2001, Strasbourg.

²⁸ SICARD D., 1999, Hippocrate et le scanner, réflexion sur la médecine, 1^o édition, Paris : Desclée de Brouwer, 171 pages.

dirigeants hospitaliers considèrent qu'ils doivent faciliter son accès pour permettre au plus grand nombre d'en bénéficier, notamment les jeunes les plus démunis, mais aussi ceux qui sont momentanément privés de leurs habitudes de vie quotidiennes.»

Mme Julie LETEURTRE, chargée des affaires culturelles au service de la communication du CHU de Nice²⁹ rajoute : « l'hôpital doit relever des enjeux humains forts. Les hospitalisés sont confrontés à des problèmes graves et des tabous. Les traitements sont organisés, rationalisés, intellectuels. La culture permet l'expression de la sensation, de l'émotion, de la sensibilité. »

De fait, les associations, en plein essor dans les années 1975-1990 permettent à la culture de pénétrer au cœur des hôpitaux. Les services de pédiatrie sont une des premières cibles. Ainsi, le Rire Médecin³⁰ naît en 1988 à New York et s'exporte en France rapidement. Des troupes de clowns interviennent auprès d'enfants malades et remportent un vif succès qui va faire des émules. Les services de psychiatrie se tournent également vers la culture, suivis des services de gériatrie avant qu'elle ne concerne tous les malades, familles et visiteurs qui le désirent. Rapidement la question de l'impact thérapeutique est évacuée. Il s'agit bien d'une démarche culturelle qui n'a pas vocation à soigner souligne M. Philippe BOUTELOUP, président de l'association « Musique et Santé³¹ », visant à favoriser le développement des actions musicales dans les hôpitaux. « Nous ne faisons pas d'arthérapie. Nous tentons juste de rendre le sourire aux personnes âgées, aux malades mentaux, aux enfants. » Cette distinction sémantique n'obère pourtant pas les faits : une manifestation culturelle a des effets réels sur le moral des malades constate le Dr. FOURNIER, chef du service de gériatrie à l'hôpital Renée SABRAN.

Conjointement aux troupes de clowns qui redynamisent les services de pédiatrie³² et aux bibliothèques hospitalières qui n'ont jamais cessé de fonctionner, apparaissent des ateliers d'artistes (Hôpital psychiatrique Montperrin, Aix en Provence, 1982-1983), des expositions d'art contemporain, des représentations théâtrales. Progressivement, la culture s'institutionnalise, se professionnalise et l'hôpital se l'approprie, tout comme le fait la société, lorsque naissent les manifestations culturelles grand public comme « la fête de la musique » (1981) ou « lire en fête » (1988). Dès 1995, des établissements notamment psychiatriques contractualisent avec les DRAC ou des associations culturelles.

Comme le précise M. Xavier COLLAL, responsable au ministère de la culture des programmes culturels dans les établissements hospitaliers, la place qu'occupe progressivement la culture dans les établissements pousse les ministères de la culture et

²⁹ CHU NICE. Politique culturelle. Disponible sur Internet :

http://www.chu-nice.fr/site_CHU/site/afficherRub.php?menu=1&idRub=58

³⁰ LE RIRE MÉDECIN, disponible sur Internet : http://www.leriremedecin.asso.fr/pages/asso_historique.php

³¹ MUSIQUE ET SANTÉ. Accueil. Disponible sur Internet : <http://www.musique-sante.org/>

³² Santé et culture, février 2004, « Les clowns de l'espoir : pour supporter l'hôpital », Contact Santé, n° 190, p. 10.

de la santé à se rapprocher à travers la rédaction d'une convention signée par M. KOUCHNER et Mme TRAUTMANN le 4 mai 1999³³ (annexe 2). Trente ans de projets se concrétisent par la formalisation d'une politique interministérielle. Cette convention a pour objet de favoriser le développement d'activités culturelles dans les hôpitaux, sans caractère obligatoire. Elle définit un programme national « culture à l'hôpital³⁴ » dont l'objectif est d'inciter acteurs culturels et directeurs d'établissement de santé à construire ensemble une politique culturelle, inscrite dans un projet d'établissement et adaptée aux besoins. La convention stimule le rapprochement entre les DRAC et les ARH, poussant les régions à s'engager dans le processus. Pour sa mise en œuvre, l'hôpital est appelé à se rapprocher de son réseau culturel de proximité, dont les associations, intégrées au projet. Comme le précise M. Philippe BOUTELOUP, (association Musique et Santé), « les deux ministères nous sollicitent beaucoup depuis le conventionnement de 1999. Notre expérience, notre singularité artistique, notre leadership dans le secteur et la qualité de nos équipes techniques sont reconnus. De plus, nous favorisons l'intervention d'artistes locaux, ce qui s'intègre totalement dans la régionalisation du processus. » Mme Elisabeth de la JENARDIÈRE, présidente de l'association « Tournesol », créée en 1990 et qui vise au développement des opérations culturelles au sein des hôpitaux français, renchérit : « Au début, seuls les CHU s'approprient les projets. Strasbourg, Paris, Marseille, Nice... puis progressivement, des structures plus modestes mettent en place des projets culturels mutualisés grâce à des budgets fléchés. »

Si la culture apparaît progressivement comme une évidence pour les décideurs hospitaliers, elle est aussi un outil de communication. Elle s'accompagne d'une volonté de s'ouvrir sur la cité, les hôpitaux ne souhaitant plus être considérés comme lieu de réclusion. Des projets commencent à naître, visant à créer des hôpitaux totalement ouverts. Le projet de reconstruction de l'hôpital Corentin-Celton (APHP) date de 1989. Il s'appuie sur la volonté de faire entrer la ville dans l'hôpital comme jadis³⁵. D'ailleurs aujourd'hui, un marché se tient devant l'entrée trois fois par semaine.

C) Les associations n'interviennent pas uniquement dans le domaine de la culture.

1985 voit avec l'apparition du SIDA, la naissance d'associations de malades militants. Les associations de paralysés, de maladies orphelines se mobilisent, alors que les médias relaient les combats (Téléthon rapporté des USA en 1986). Ces associations occupent une place de plus en plus importante dans les hôpitaux par leur engagement, leurs attentes³⁶. Cela pousse, comme nous le verrons par la suite, le législateur à encadrer l'activité. Cela pousse également l'hôpital à mettre en place une politique de

³³ MINISTÈRE DE LA CULTURE ET DE LA COMMUNICATION. Convention du 4 mai 1999 « La culture à l'hôpital »

³⁴ MINISTÈRE DE LA CULTURE ET DE LA COMMUNICATION. La culture à l'hôpital. Disponible sur Internet : <http://www.culture.gouv.fr/culture/politique-culturelle/hopital/index.htm>

³⁵ APHP. Historique de l'hôpital Corentin Celton. Disponible sur Internet : http://corentincelton.aphp.fr/corentin/06_video.html

conventionnement rigoureux afin de favoriser l'activité des associations, de se prémunir des abus éventuels. Certains établissements créent des postes de responsables en lien avec ces dernières. Mme Marie-Hélène SORIANO, chargée des relations avec les usagers et les associations de malades à l'hôpital Raymond POINCARÉ de Garches (APHP) constate : « L'hôpital cordonne et évalue l'action de plusieurs dizaines d'associations. Nous conventionnons toutes celles qui interviennent sur demande ou non des malades. Nos missions ont été redynamisées par la loi du 4 mars 2002³⁷, mais nous jouons ce rôle depuis plusieurs années ».

Les associations interviennent également dans le champ sportif, en proposant plusieurs manifestations. Elles favorisent l'achat de matériel sportif pour personnes handicapées, des rencontres handisport au sein des établissements... Pour autant, on le constate, le sport n'a pas connu la même envolée que la culture dans les hôpitaux entre les années 1975 et 2000. L'activité sportive reste plus confidentielle. Comme l'explique M. François DANTOINE, chargé de mission au bureau DSB2 à la direction de la Jeunesse et des Sports, « depuis bien longtemps, les deux ministères s'ignorent », et les deux disciplines ont du mal à s'interpénétrer³⁸. « Aujourd'hui avec la fusion des deux ministères, on imagine que les choses puissent changer. Sur le terrain pourtant, certaines DRJS et DDJS se sont rapprochées des ARH. C'est le cas en région Bretagne, Midi-Pyrénées, ou Champagne Ardennes. Mais on est loin de ce qui se fait au Canada ou en Allemagne, où le sport et la santé donnent lieu à la mise en place et la déclinaison de projets institutionnels communs.»

1.2 Une phase récente de formalisation ministérielle, institutionnelle et législative clarifie, renforce et diversifie l'activité hors du soin.

La culture et dans une moindre mesure, le sport poursuivent leur développement au sein des hôpitaux depuis 2000. Les procédures ministérielles et institutionnelles, les modalités d'application et les financements encadrant l'activité hors du soin s'organisent, se rationalisent. De surcroît, la législation s'étaye. De nouveaux textes rendent les malades acteurs de leur santé, leur donnant des droits et un statut qu'ils ne connaissaient pas jusqu'alors. La place des associations se clarifie et se renforce. Cette réorganisation institutionnelle et réglementaire pousse les établissements à adapter leurs activités hors du soin afin de la rendre plus cohérente.

³⁶ MOSSE P., septembre 1997, « Une analyse socio-économique des frontières de l'hôpital : Le cas des associations et du bénévolat », *Gestions Hospitalières*, n°368, pp. 505-511.

³⁷ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. *Journal Officiel* n° 54 du 5 mars 2002, page 4118.

³⁸ DEVAILLY A., mars 1996, « Sport et santé : des rapports conflictuels », *Espace Social Européen*, n°325, pp. 12-15.

1.2.1 L'engagement ministériel renforce le cadre institutionnel alors que les modalités pratiques se clarifient, les déclinaisons régionales se développent, et les financements s'étayent : L'exemple de la culture à l'hôpital, applicable au sport ?

A) Depuis la signature de la convention de 1999³⁹ entre ministères de la culture et de la santé, et la rédaction d'une circulaire ministérielle idoïne⁴⁰, les établissements de soins s'inscrivent volontiers dans ce protocole.

La convention permet en pratique de mener une politique de formation de responsables culturels. À ce jour, plus de 450 personnes ont été formées, qui interviennent au sein des hôpitaux, notamment en tant que chargée des affaires culturelles⁴¹. Une fiche métier a été éditée par le Ministère de la Santé (annexe 4). Cette convention débouche également sur la ratification de nombreux partenariats régionaux entre ARH et DRAC (21 à ce jour, la région Poitou-Charentes ne l'ayant pas encore signée), ainsi que de nombreux projets. La politique institutionnelle mise en œuvre, et les attentes des établissements sont par ailleurs évaluées⁴². Pour exemple, en 2003, l'ARSEC Rhône Alpes est chargée de créer, distribuer et exploiter une enquête intitulée « Culture à l'hôpital » en vue de préparer des séminaires sur le thème⁴³. Et de fait, séminaires nationaux et internationaux se succèdent à partir de 2000 et contribuent à affermir le processus (janvier 2002⁴⁴ et mars 2004⁴⁵ à Paris, septembre 2002 à Florence⁴⁶...)

Cette politique se concrétise par un protocole d'accord signé le 10 janvier 2006⁴⁷ (annexe 3) entre le ministre de la culture et de la communication, le ministre de la santé, et le

³⁹ MINISTÈRE DE LA CULTURE ET DE LA COMMUNICATION. Convention du 4 mai 1999 « La culture à l'hôpital »

⁴⁰ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE, Secrétariat d'État aux Personnes Handicapées. Circulaire DHOS/FH3/DDAT n° 2000-418 du 24 juillet 2000 relative au développement des activités culturelles dans les établissements de santé. Bulletin Officiel n° 2000/36 du 4 septembre 2000.

⁴¹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE, Secrétariat d'État aux Personnes Handicapées. Circulaire DHOS/P2 délégation au développement et à l'action territoriale n°2001-386 du 1^{er} août 2001 relative à la formation sur le thème de la culture à l'hôpital. Bulletin Officiel n° 2001/43 du 22 octobre 2001.

⁴² MINISTÈRE DE LA CULTURE ET DE LA COMMUNICATION, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS, Enquête nationale menée auprès des chefs d'établissements et des responsables culturels des établissements de santé, « Culture et Hôpital : des compétences, des projets de qualité », septembre 2003, Lyon, disponible sur Internet :

http://www.sante.gouv.fr/html/dossiers/culture_hopital/enquete2003/enquete_2003.pdf

⁴³ ARSEC, Enquête « Culture à l'hôpital », janvier à décembre 2003, disponible sur Internet : <http://www.arsec.org/>

⁴⁴ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS, Séminaire de travail DHOS « Quelle politique culturelle dans les établissements de santé », 24-25 janvier 2002, Paris,

⁴⁵ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS, Séminaire de travail DHOS – Ministère de la Culture, « Culture et Hôpital », 30-31 mars 2004, Paris

⁴⁶ FONDATION MEYER, Colloque « Musica et salute », 27-28-29 septembre 2002, Florence

⁴⁷ MINISTÈRE DE LA SANTÉ. Signature du protocole d'accord du 10 janvier 2006 « Culture à l'hôpital ».

cercle des partenaires. Il apparaît comme une chance de dynamiser les jumelages entre les établissements de santé et les équipements culturels et de soutenir les partenariats DRAC ARH⁴⁸. Le cercle des partenaires, constitué de fondations d'entreprises (Air France, Electricité de France, Carrefour, France Telecom, Ronald MacDonald, Suez, GlaxoSmithKline, Roche, Sanofi Aventis...) participe au financement des projets.

En pratique le financement des opérations devient plus lisible : Les budgets de financement de projets sont versés par les fondations dans un pot commun géré par le Ministère, puis sont rétrocédés paritairement aux ARH et DRAC, qui sous réserve de présentation de projet culturel pertinent, le valident aux regard de ses qualités (notamment artistiques), des disponibilités budgétaires, et des priorités ministérielles. (En 2007, l'accent est porté sur la lecture. Une étude éditée par le Ministère de la Santé, est à paraître en novembre). Après validation, les instances reversent aux établissements un financement qui peut couvrir 30 à 60% du montant du projet. Le coût d'un jumelage peut être évalué à environ 15 000 € par an. Cette somme permet la rémunération des artistes, l'achat des fournitures, les déplacements, les frais de communication...

Outre les financements DRAC et ARH, des financements propres à chaque établissement interviennent car ils leur permettent de s'approprier le projet et d'y être plus attentifs selon M. Xavier COLLAL. En pratique, les MIGAC n'interviennent pas vraiment dans ce financement, (même si la culture est sensée être financée par l'aide à la contractualisation). Il s'agit plus exactement d'enveloppes annuelles votées, prélevées sur le budget général de l'établissement, en référence au projet culturel. Des mécènes, des associations ou autre peuvent également être sollicités pour le financement, comme nous le verrons par la suite.

Sur le plan régional, Mme Patricia VALLU-LYNCH, correspondante dans la mise en œuvre des programmes culturels au sein des établissements hospitaliers à la DRAC PACA⁴⁹ précise : « La région PACA est une des premières à s'engager dans un protocole. L'ARH et la DRAC signent une première convention en mai 2001, aux objectifs généreux, déclinés de la convention nationale. La convention 2003/2006 apparaît comme une convention de moyen. La convention 2007/2010 définit un comité de pilotage, et des appels à projets diffusés par les ARH dans les hôpitaux dès le mois d'octobre de chaque année. Formulaire, dossiers de candidature et guides méthodologiques de montage de projets sont créés. Pour exemple, en 2000, 10 projets sont présentés contre 60 en 2007. 31 projets ont été retenus cette année par la commission (12 membres dont des directeurs d'hôpital). Sur le plan financier, la DRAC et l'ARH PACA disposent en 2007

⁴⁸ BONHOMME C., février 2006, « Culture à l'hôpital : un nouveau protocole d'accord », Revue Hospitalière de France, n°508, pp. 71-73.

⁴⁹ MINISTÈRE DE LA CULTURE ET DE LA COMMUNICATION. DRAC PACA. Disponible sur Internet : <http://www.culture.gouv.fr/paca/>

d'un budget paritaire de 232.000€. Ces fonds public ministériels ont doublé en 8 ans ». Mme Valérie BOYER, député des Bouches du Rhône, chargé de mission à l'ARH PACA, responsable de la mise en œuvre des programmes culturels à l'hôpital, son homologue renchérit : « Le budget de l'ARH PACA est paritaire, mais en Rhône Alpes, l'ARH profite de budgets bien plus importants que la DRAC, et donc finance bien plus. Tout dépend de la convention régionale signée. Cette année, la population cible définie en PACA est la personne âgée. Notre priorité reste néanmoins de toucher les établissements isolés de l'arrière pays. Nous pouvons également être sollicités par des établissements dès leur construction afin que le projet culturel soit intégré aux plans ; c'est par exemple le cas de l'hôpital Pasteur 2 au CHU de Nice. D'autre part, nous faisons appel à des associations et des professionnels locaux pour la mise en oeuvre des projets. De nombreux professionnels sont en PACA formés et encadrés par Musique et Santé, historiquement implantée dans la région, depuis des travaux menés avec Marcel RUFFO, à l'hôpital de la Timone. Les professionnels sont également formés par les ADDMT 13, 83, et 06, Association Départementale de Danse, de Musique et de Théâtre. Les financements enfin, peuvent être réorientés vers les ADIAM, associations qui jouent le rôle de déclinaisons départementales des DRAC, ce qui a pour intérêt de toucher des hôpitaux isolés (05 et 04 en PACA) ».

Sur le plan international, l'accent est mis sur l'exportation du modèle français. Les premières rencontres européennes de la culture à l'hôpital se déroulent à Strasbourg en février 2001, et témoignent que cette démarche est déjà largement amorcée en Europe⁵⁰. Des associations comme Musique et Santé sont missionnés par les ministères pour porter le projet « Culture à l'Hôpital » au niveau européen. M. Philippe BOUTELOUP souligne : « En avril 2007, les ministères nous ont confié la mission de développer les échanges européen, favorisant un transfert de compétence. Des budgets sont débloqués dans ce but. » Et de fait, de nombreux pays européen copient depuis plusieurs années la convention de 1999, et ses déclinaisons régionales : Bulgarie, Roumanie, Italie, Royaume Uni, Portugal, Grèce s'engagent depuis plusieurs années dans un processus similaire. Un réseau européen naît à Strasbourg en 2007.

Si l'insertion des établissements dans le cadre conventionnel s'est étoffée, il faut néanmoins souligner que de nombreux projets culturels, voient le jour hors du cadre, à travers l'engagement d'associations, de fondations, de mécènes locaux. Pour exemple, la Fondation des Hôpitaux de France est sollicitée de façon indépendante pour financer des projets culturels, grâce aux pièces jaunes : (financement de minibus pour des sorties culturelles, ateliers de peinture...)

⁵⁰ CHU TOULOUSE. Politique culturelle. Disponible sur Internet : <http://www.chu-toulouse.fr/spip.php?rubrique278>

B) Le développement du sport à l'hôpital ne peut, quant à lui, s'appuyer sur une démarche aussi structurée, les liens entre les deux directions ministérielles restant à bâtir.

Pour autant, le message considérant aujourd'hui que sport et santé vont de pair est inscrit dans la plupart des plans ministériels (PNNS⁵¹, bien vieillir^{52 53}, sport et handicap, lutte contre l'ostéoporose, lutte contre l'obésité...), et il est relayé en boucle par les médias. De plus, la fusion des deux ministères s'y prête aujourd'hui plus que jamais. Alors pourquoi le sport n'aurait-il pas sa place à l'hôpital, qu'il s'agisse d'une démarche thérapeutique ou non ? » De fait, le nombre de parution sur le sujet est important (cf. bibliographie)^{54 55 56}.

En effet, reconnaît M. Jacques PRUVOST, médecin du sport, conseiller à la DRJS PACA, « même si aujourd'hui le ministère préfère intervenir auprès des fédérations sportives nationales, afin qu'elles agissent elles mêmes auprès des populations malades et handicapées, les choses commencent à bouger. » Un cadre conventionnel local se met timidement en place, depuis 1999. (Convention de partenariat⁵⁷ entre le conseil général du Val-de-Marne et l'université Paris XII, dont l'objectif est de diffuser des informations sur les liens entre sport, santé et préparation physique.) Par ailleurs, reprend M. PRUVOST, « des partenariat se sont mis en place entre DRASS DDASS et CoDES départementaux et régionaux afin de favoriser des projets de formation destinés aux personnes susceptibles d'intervenir auprès de populations cibles. »

Il existe, en outre, constate Mme Sophie CHAILLET, chef du bureau DSB2 visant la promotion du sport et de la santé, à la direction de la jeunesse et des sports, des déclinaisons régionales des GRSP au sein des DRJS, qui participent au développement de projets ou de réseaux de prise en charge. On retrouve ces déclinaisons dans les PRSP ainsi que dans les conférences régionales de santé. Dans certaines régions de surcroît, les DRASS ne disposant pas de médecins, des missions communes sont déléguées aux médecins des DRJS. »

⁵¹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ. 2^e programme national Nutrition Santé 2006 2010. Disponible sur Internet : http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/pnns_060906/plan.pdf

⁵² MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS. Plan national « Bien vieillir » 2007-2009. Disponible sur Internet :

http://www.personnes-agees.gouv.fr/point_presse/d_presse/bien_vieillir_240107/presentation_plan.pdf

⁵³ URCAM. Bien vieillir. Disponible sur Internet : <http://recherche.assurance-maladie.fr/cgi-bin/findall?RECMS=PORTAIL&REWEB=PORTAIL&C=123&REFERER=http%3A%2F%2Fwww.urcam.assurance-maladie.fr&ALLCMS=on&ALLWEB=on&URCAM=on&ALLURCAM=on&WEBREGION=on&ALLSITE=on&NEWWINDOW=&X=27&UID=&KEYWORDS=bien+vieillir&x=13&y=2>

⁵⁴ BENATTAR F., juillet 2006, « Activité physique, sport et santé : à la recherche de l'équilibre ». Contact Santé, n°217, pp. 8-15.

⁵⁵ VUILLEMIN A., janvier 1998, « L'OMS émet des principes pour promouvoir l'activité physique chez les personnes âgées », Gérontologie, n°105, pp. 44-49.

⁵⁶ Sport, activités physiques et santé, novembre 2004, Vecteur Santé, n°13, pp. 2-10.

⁵⁷ Conseil Général 94. Le projet sport, santé et préparation physique. Disponible sur Internet : <http://www.cg94.fr/node/1039>

D'autre part surenchérit M. Jean-Luc GRILLON, médecin du sport, conseiller à la DRJS de Champagne-Ardenne⁵⁸, chargé du pôle sport et santé, « des liens divers se nouent entre structures pour favoriser la synergie du sport et de la santé, notamment à l'hôpital. Des syndicats de médecins du sport (généralistes et médecins contrôleurs), tiennent régulièrement des réunions dans plusieurs hôpitaux français, (récemment à la Pitié Salpêtrière), au cours desquels sont évoqués de nombreux sujets d'application pratiques qui lieraient le sport à l'hôpital notamment dans le domaine du loisir. Par ailleurs, des conférences de consensus sont menées au niveau européen, dans lesquels sont croisées des dimensions du sport et de la santé, et ce dans le cadre d'une approche de la pathologie. La France tente de s'en inspirer. De surcroît, le PNNS étant le document phare en la matière, l'HAS a décidé de se pencher en 2008 sur l'offre de service des kinésithérapeutes, et d'autres offreurs de soins, visant un objectif thérapeutique ou non. Enfin il existe également depuis peu, des moniteurs ou éducateurs sportifs, qui commencent à être employés par de nombreux établissements hospitaliers. » En effet, reprend Mme Hélène VANDRO, médecin responsable du programme de médicalisation du système d'information à l'hôpital Renée SABRAN, « leur fiche métier (annexe 5) a été réalisée par le Ministère de la Santé dans le cadre du recensement des métiers de l'hôpital, et leur activité identifiée n'est pas en lien avec le soin. Pour autant, ils sont affiliés à des intervenants de rééducation réadaptation dans le guide méthodologique de production des résumés hebdomadaires standardisés du volet PMSI de soins de suite et de réadaptation, et par conséquent peuvent saisir des codes CdARR⁵⁹ (Catalogue des Activités de Rééducation Réadaptation). Pour autant, il s'avère que peu d'établissements utilisent cette cotation à ce jour, car elle n'est pas vraiment valorisée. Cela renvoie également à la porosité de certaines missions dévolues aux catégories de personnels socio-éducatifs ou d'animation, confinées aux limites du soin.

Pour ce qui est des clubs sportifs, complète M. GRILLON, interface avec le monde des malades et des handicapés, leurs dirigeants sont déjà très mobilisés pour favoriser l'accès de ces personnes, notamment grâce à la rédaction de convention locales qui lient les hôpitaux et les clubs d'une zone géographique donnée. De plus, en ce qui concerne le handicap, ces clubs bénéficient d'enveloppes spécifiques débloquées par le Ministère depuis la loi du 11 février 2005⁶⁰, visant à rendre accessibles les équipements.

⁵⁸ DRJS CHAMPAGNE ARDENNES. Pôle Santé. Disponible sur Internet : <http://www.drdjs-champagne-ardenne.jeunesse-sports.gouv.fr/>

⁵⁹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE, Secrétariat d'État aux Personnes Handicapées. Circulaire DHOS/PMSI n° 2001-105 du 22 février 2001 relative aux évolutions du programme de médicalisation des systèmes d'information pour l'activité de soins de suite ou de réadaptation (PMSI/SSR) des établissements financés par dotation globale. Bulletin Officiel n° 2001/11 du 12 mars 2001.

⁶⁰ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Journal Officiel n° 36 du 12 février 2005, page 2353, texte n° 1

« Le handicap, » puisqu'il en est question, poursuit M. Pierrick GIRAUDEAU, chargé de mission, correspondant national sport et handicap, à la direction de la jeunesse et des sports au ministère de la santé, de la jeunesse et des sports « est un domaine dans lequel l'activité sportive est bien développée⁶¹. S'il n'a jamais vraiment été question jusqu'alors de sport à l'hôpital, comme on entend parler de culture, en revanche les choses diffèrent dans certains établissements sociaux et médico-sociaux, et cette activité a vocation à contaminer les hôpitaux, au moins pour ce qui concerne les services de rééducation réadaptation. Les associations sportives d'handicapés intervenants dans les hôpitaux sont très actives et la diversité de l'offre est réelle.

Des délégations de service public ont été opérées vers 3 fédérations nationales qui gèrent le handicap : Handisport pour les handicapés moteurs et sensoriels, la Fédération Française de Sport Adapté et la Fédération des Sourds de France. Ces trois fédérations ont des déclinaisons régionales et départementales au sein des DRJS et DDJS et sont très en lien avec les associations sportives.

Par ailleurs, les moyens financiers dont dispose le ministère pour mener à bien des missions locales, sont importants et en augmentation (+ 40% depuis 2001). Ces budgets sont gérés de façon paritaire par le ministère et les CNDS. Les DRJS et DDJS ont pour mission de coordonner les actions que ces budgets financent, et de relayer les informations, auprès des institutions, dont l'hôpital, et des associations, afin de favoriser le développement des projets sportifs. Le projet du ministère vise actuellement à favoriser une activité en lien avec les sports de nature. »

1.2.2 Un cadre législatif qui se consolide, visant à répondre aux évolutions de la société, favorisant l'intervention des associations comme acteurs du système de santé, définissant les conditions d'installation des offreurs de services, restructurant la place des aumôniers au sein de l'hôpital.

Si sur le plan institutionnel, les procédures se renforcent et parfois se clarifient, sur le plan juridique, plusieurs lois viennent redéfinir le cadre légal dans lequel les activités hors du soin sont sensées se dérouler depuis le début du 21^e siècle.

⁶¹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS. Espace jeunesse, sports et vie associative. Disponible sur Internet : http://www.jeunesse-sports.gouv.fr/sports_1/acces-au-sport-pour-plus-grand-nombre_32/sport-handicaps_50/sport-handicaps_582.html

A) La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé⁶², redéfinit les droits fondamentaux des malades.

Elle fait suite aux états généraux de la santé et à l'évolution de notre système de santé. Outre sa volonté d'affirmer de grands principes concernant la solidarité, la démocratie sanitaire⁶³, ou la qualité du système de santé et d'en décliner les modalités applicables, elle a pour objet de recadrer la participation des associations au fonctionnement du système de santé⁶⁴.

L'article 17 précise que les établissements de santé doivent faciliter l'intervention d'associations de bénévoles, apportant un soutien aux personnes accueillies dans l'établissement, sous réserve de la signature d'une convention⁶⁵, ou développer des activités au sein de l'établissement. L'article 20 concerne les agréments^{66 67} et sera repris en 2005 et 2006 par décret⁶⁸ et arrêté⁶⁹. Ainsi, les associations ont une activité officialisée et encouragée. De nombreux établissements vont à la suite de cette loi, créer des postes de coordonnateurs en lien avec les associations, rattachés ou non aux directions des usagers. C'est le cas de l'APHP, des HCL, mais aussi d'établissements plus modestes comme le CH de Blois. Les établissements y voient une chance supplémentaire de s'ouvrir sur la ville, (corroborée par la présence des représentants d'usagers dans les Conseils d'Administration). La prise en charge holistique du patient; suggère que l'hôpital ne peut pas à lui seul accompagner les patients. Les associations ont vocation à améliorer la prise en charge globale et à favoriser l'expression des malades au sein du système de soins. À Blois, comme ailleurs, les associations s'engagent sur une charte définissant un cadre, des conditions d'intervention, une qualité d'interventions⁷⁰. L'hôpital en retour, s'engage à reconnaître le rôle et la place des associations. Pour Mme Michèle

⁶² Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal Officiel n° 54 du 5 mars 2002, page 4118.

⁶³ GUILLAUME-HOFMUNG M., février 2003, « Droits des malades : vers une démocratie sanitaire ? », Problèmes Politiques et Sociaux, n°885, p.122.

⁶⁴ EVIN C., 2003, Petit dictionnaire des droits des malades, 2° édition, Paris : Seuil, 308p.

⁶⁵ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE, Secrétariat d'État aux Personnes Handicapées. Circulaire DHOS/SDE/E1 n° 2004-471 du 4 octobre 2004 relative à la convention définissant les conditions d'intervention des associations de bénévoles dans les établissements de santé et comportant une convention type. Bulletin Officiel n°2004/43 du 19 octobre 2004. Disponible sur Internet :

<http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2004/04-43/a0432842.htm>

⁶⁶ MINISTÈRE DE LA SANTÉ. Liste des associations agréées au niveau national. Disponible sur Internet :

http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/asso_malades/liste_national.pdf

⁶⁷ MINISTÈRE DE LA SANTÉ. Liste des associations agréées au niveau régional. Disponible sur Internet :

http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/asso_malades/liste_regional.pdf

⁶⁸ MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS, DE LA SANTÉ ET DE LA FAMILLE. Décret n° 2005-300 du 31 mars 2005 relatif à l'agrément des associations représentant les usagers dans les instances hospitalières ou de santé publique. Journal Officiel n° 76 du 1 avril 2005, page 5875, texte n° 26.

⁶⁹ MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS, DE LA SANTÉ ET DE LA FAMILLE. Arrêté du 11 août 2006 portant agrément national des associations et unions d'associations représentant les usagers dans les instances hospitalières ou de santé publique.

⁷⁰ CH BLOIS. Associations. Disponible sur Internet : <http://www.ch-blois.fr/site/default.php>

HERPIN, directeur des relations avec les usagers au CH de Blois, « L'hôpital est un lieu de vie, d'équité, où la culture a sa place parce que la vie continue. Les associations sont des partenaires privilégiés qui oeuvrent en ce sens. »

Des conventions sont signées qui encadrent les engagements mutuels entre hôpitaux et associations. Pour Mme Christine FABRY, directeur aux Hospices Civils de Lyon chargée des relations avec les usagers « la difficulté consiste à faire correspondre les rôles et les missions des associations avec la politique institutionnelle de l'établissement, et les attentes des malades. Pour cela les activités associatives sont encadrées par une convention type (annexe 6).»

Les raisons qui ont favorisé la naissance de ces textes réglementaires renforçant le rôle du monde associatif à l'hôpital sont détaillées par Mme Roselyne BACHELOT en octobre 2001, à la conférence de la Fédération des Établissements d'Hospitalisation Privés à but lucratif⁷¹. Elle y souligne que les associations de malades, initialement purement philanthropiques, chargées de collecter l'argent pour des patients démunis et passifs, sont devenues des structures revendiquant des droits aux malades ; le président de AIDS, au début des années 1980 avait intitulé la conférence qu'il animait : « le malade, ce réformateur social ». Cette transition remonte aux années 30 et à la constitution des Alcooliques Anonymes qui participaient à un mouvement « self help ». Il s'agissait d'opposer le fonctionnement contesté du système de santé à la conception psychiatrique de l'époque qui imputait la responsabilité et la prise en charge de l'alcoolisme au seul niveau de l'individu, en ignorant son environnement et son histoire. Dès lors, et au fil du temps, l'exemplarité du parcours des malades ou handicapés leur a conféré une légitimité permettant de partager leur vécu avec d'autres malades, notamment au sein d'associations, mais aussi d'être considérés comme des interlocuteurs à part entière. Ces associations ont participé à la généralisation du savoir médical et ont permis aux malades de s'interroger sur ses cheminements thérapeutiques. Elles ont intégré au débat des constantes psychologiques, sociales, économiques. Elles ont favorisé l'émergence de nouveaux questionnements à l'hôpital, permettant l'introduction d'indicateurs quantifiés sur les délais d'attente, œuvrant pour le développement des soins palliatifs, la mise en place de démarche qualité. En résumé, la rédaction de textes réglementaires encadrant l'activité associative était indispensable, car elle répondait aux besoins d'une société qui les avait, dans les faits et comme souvent, anticipés⁷². »

⁷¹ BACHELOT R., Conférence de la Fédération des établissements d'hospitalisation privés à but lucratif (FIEHP), « Le rôle des associations dans le fonctionnement de l'hôpital. », 16 octobre 2001, Paris. Disponible sur Internet :

<http://perso.orange.fr/paradigme.sante/HTML/conference/C3P/Bachelot%201.pdf>

⁷² BRUN N., LASCOUMES P., février 2002, « Le monde associatif et l'hôpital. Les grands secteurs associatifs à l'hôpital. L'action des usagers et de leurs associations : nouveau facteur de qualité ? », Revue Hospitalière de France, n°484, pp. 14-17.

Ce renforcement législatif se retrouve dans la loi 2002-2 de modernisation de l'action sociale et médico-sociale⁷³ et l'apparition d'un « projet de vie » ou dans la loi du 11 février 2005 pour l'Egalité des Droits et des Chances, la participation et la Citoyenneté des Personnes Handicapées⁷⁴ qui introduit un Service d'Accompagnement à la Vie Sociale dont la vocation est de contribuer à la réalisation d'un projet de vie pour les personnes handicapées. Par ailleurs, hors du champ sanitaire et social, et de façon plus générale, la loi n° 1^o août 2003 relative au mécénat, aux associations et aux fondations⁷⁵ a également vocation à redéfinir et renforcer le rôle et l'exercice des mécènes, associations ou fondations.

B) Pour autant si le secteur associatif profite d'une réglementation favorable pour asseoir sa légitimité dans l'hôpital, consécutivement à l'évolution des attentes de la société, d'autres secteurs d'activités hors du soin profitent également, et dans la même optique, de la volonté du législateur de rendre le fonctionnement hospitalier le plus transparent possible, intégrant la démarche qualité, rationalisant les pratiques, s'inscrivant dans une logique financière adaptée au contexte économique de la santé et de l'hôpital.

C'est entre autre le cas de l'activité d'offre de services, régit depuis 2001 par trois codes de marchés publics successifs (2001⁷⁶, 2004⁷⁷, 2006⁷⁸). Leur objectif était entre autre, de garantir aux établissements hospitaliers, et à ses usagers, un bon usage des deniers publics en termes de probité, de réactivité, de raccourcissement de délais, d'adaptation des prix et prestations au contexte juridique, ainsi qu'une simplification de la commande publique. La mise en concurrence d'offres de services à travers la passation d'appels d'offres bien mieux formalisée qu'avant 2001, ainsi que la possibilité de choisir non plus le moins mais le mieux offrant, permet à certaines sociétés d'offres de services de poursuivre leur implantation progressive mais durable sur le marché hospitalier et par conséquent de fidéliser la clientèle des usagers du service public hospitalier.

M. Denis CHABRIOL, responsable commercial de la région sud-est à la société Relais H constate : « Les petits commerces indépendants présents dans les hôpitaux jusque dans les années 1980 connaissent des difficultés pour s'adapter aux procédures des marchés

⁷³ Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Journal Officiel n°2 du 3 Janvier 2002, page 00124.

⁷⁴ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Journal Officiel n° 36 du 12 février 2005, page 2353, texte n° 1.

⁷⁵ Loi n° 2003-709 du 1^o août 2003 relative au mécénat, aux associations et aux fondations. Journal Officiel n° 177 du 2 août 2003, page 13277.

⁷⁶ MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE, DES FINANCES ET DE L'INDUSTRIE. Décret n° 2001-210 du 7 mars 2001 portant code des marchés publics. Journal Officiel n° 571 du 8 mars 2001, page 37003.

⁷⁷ MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE, DES FINANCES ET DE L'INDUSTRIE. Décret n° 2004-15 du 7 janvier 2004 portant code des marchés publics. Journal Officiel n° 6 du 8 janvier 2004, page 37003, texte n° 2.

⁷⁸ MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE, DES FINANCES ET DE L'INDUSTRIE. Décret n° 2006-975 du 1^{er} août 2006 portant code des marchés publics, applicable au 1^o septembre 2006. Journal Officiel n° 179 du 4 août 2006, page 11627, texte n° 20.

publics et finissent, suite à des appels d'offres infructueuses, par s'effacer du paysage hospitalier au profit de sociétés plus grosses. Les sociétés d'offres de service à but lucratif doivent, pour s'intégrer dans l'environnement hospitalier, se plier aux réglementations en vigueur, alors même qu'elles évoluent sans arrêt. Au niveau des HCL, après passation d'une appel d'offre sur laquelle nous sommes retenus, l'établissement nous propose un contrat d'occupation du domaine public, s'il s'agit de proposer une structure physique à type de cafétéria, kiosque à journaux, distributeurs de boissons, ou bien une délégation de service public pour ce qui est de l'abonnement à la télévision. L'hôpital loue ou prête le local selon les cas. Relais H reverse 10 à 15% du chiffre d'affaire à l'établissement selon sa taille, sachant que notre bénéfice est surtout réalisé sur la restauration. Le bénéfice pour l'établissement est relativement maigre par rapport à son budget global, mais il rentabilise des locaux parfois inutilisés et répond surtout à une demande qui va croissante de la part des familles et des malades. »

C)Le cas des cultes à l'hôpital, procède de la même logique aux yeux du législateur.

En effet, malgré la perte de vitesse de la religion dans la société française, et des valeurs morales et religieuses non uniformément partagées auxquelles elle renvoie, l'hôpital conserve avec les aumôneries un lien particulier. En effet, dès la loi du 9 décembre 1905⁷⁹ concernant la séparation des églises et de l'État, et notamment son article 2 concernant les dépenses hospitalières relatives aux services d'aumôneries, l'hôpital aménage à l'église un environnement plus favorable que celui qu'elle connaît ailleurs dans la société, eu égard à son histoire, à la place que les congrégations religieuses y occupent jusque dans les années 1970, et à sa mission. (Il faut rappeler que la loi de 1905 ne s'applique pas à l'Alsace Moselle où le régime concordataire est de vigueur). De fait, ce lien historique, mais aussi la mission toute particulière dévolue à l'hôpital qui est de traiter la souffrance, de préserver de la mort ou d'accompagner les mourants, favorise en parallèle l'accomplissement des missions dévolues à l'église.

Le ministère de la santé, s'appuyant sur la liberté d'exercer un culte, confirme dans une circulaire datée du 20 décembre 2006⁸⁰ (en annexe 7) son attachement à la place des aumôneries de toutes confessions au sein des établissements. Cette circulaire est consécutive à la demande émanant de plusieurs établissements de santé, visant à clarifier les modalités de recrutement des aumôniers. Elle rappelle que les aumôniers doivent être rémunérés en qualité de contractuels (agents de catégorie C) ou bien employés bénévolement. Ils ne sont par ailleurs pas soumis aux règles d'exclusivité de la

⁷⁹ Loi du 9 décembre 1905 concernant la séparation des Eglises et de l'Etat. Journal Officiel du 11 décembre 1905.

⁸⁰ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE, Secrétariat d'État aux Personnes Handicapées. Circulaire DHOS/P1 n°2006-538 du 20 décembre 2006 relative aux aumôniers des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. Bulletin Officiel n°07/02 du 15 mars 2007.

fonction publique. Pour nécessité absolue de service, ils peuvent être logés gratuitement, et doivent pouvoir bénéficier d'un local de permanence.

Mme Anne HUMEAU, aumônier national catholique des établissements de santé, conseiller à la conférence des évêques de France précise en outre : « La circulaire vise à clarifier les réponses des services d'aumônerie, aux besoins spirituels des patients et résidents. L'exercice d'un culte étant considéré comme une réponse possible aux besoins de la personne, il participerait donc à la prise en charge globale de cette dernière.

Malgré l'évolution sociale, qui a souvent relégué l'exercice du culte à la sphère privée, la position du législateur facilite l'exercice des aumôniers dans les hôpitaux. Dans la mesure où ils n'interviennent qu'à la demande des intéressés, ou bien qu'ils se situent dans une information donnée aux patients et familles, la mission des aumôniers à l'hôpital est reconnue et ne soulève globalement pas trop de débats chez les soignants, médecins ou administratifs. La collaboration entre soignants et service d'aumônerie gagnerait à être la règle sur le terrain. Néanmoins, la communication apparaît limitée, même si les aumôniers se tiennent au fait des procédures en lien avec la nouvelle gouvernance ou la certification, à laquelle d'ailleurs un certain nombre participent à leur manière.

Par ailleurs, les aumôniers catholiques ont le souci d'une concertation avec leurs homologues laïcs ou d'autres cultes (affichage commun, aménagement de lieux de recueillement et de prière...), ce qui facilite la transmission de l'information et la cohérence des missions. L'attente des malades et résidents reste quant à elle importante, et l'hôpital y répond dans l'ensemble assez correctement.

Enfin, et dans un autre domaine, outre les responsabilités de l'hôpital concernant le salariat des aumôniers, celui ci peut également avoir à charge l'entretien des lieux de culte situés en son sein, l'entretien des bâtiments érigés avant 1905 étant quant à lui, à la charge de l'Etat. »

La place des aumôneries, comme celle des offres de services ou celle des associations, a bénéficié d'un renouveau juridique qui clarifie la mise en œuvre d'une politique d'activités hors du soin dans les établissements, et qui s'attache à en définir les caractéristiques financières, qu'il s'agisse de dépenses ou de recettes. Pour autant, ces clarifications ne règlent pas tous les problèmes que la gestion de l'activité hors du soin soulève.

1.3 Malgré la volonté affichée de développer l'activité hors soin, des problèmes se posent, découlant tant du manque de coordination des divers représentants de l'État que des réticences de terrain.

Malgré le fait que l'activité hors du soin apparaissent historiquement consubstantielle à l'activité hospitalière, malgré le fait que l'arsenal juridique se soit renforcé ces dernières années afin de créer un environnement favorable à son développement, malgré la volonté affichée des ministères et de leurs services déconcentrés de s'engager dans cette voie, et le désir non moins fort des établissements de valoriser ces activités, plusieurs problèmes viennent impacter les bénéfices attendus du développement de l'activité hors soin, qu'il s'agisse de difficultés structurelles ou pratiques.

1.3.1 Le peu de priorité donnée aux activités hors du soin et le manque de coordination entre les ministères concernés, leurs services déconcentrés, et les partenaires institutionnels, rendent l'état des lieux souvent illisible.

Face aux priorités que sont la conduite d'une politique de nouvelle gouvernance au sein des établissements hospitaliers, l'accompagnement de la montée en charge de la tarification à l'activité et de la nécessaire médicalisation du système d'information qu'elle suggère, face à l'aménagement d'une politique de certification ou encore face aux urgences sanitaires qui se succèdent, la place donnée aux activités hors du soin au ministère de la santé et chez ses partenaires reste confidentielle, et par conséquent de nombreux problèmes sont en attente de solutions.

A) Mme Danielle WOLGEMUTH, chargée du droit des usagers et du fonctionnement des établissements de santé, responsable de la mise en œuvre du programme culturel dans les hôpitaux au Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports souligne :

« Les finances de l'hôpital sont mauvaises. Dans ce contexte, le développement de la culture à l'hôpital n'est pas une priorité. La culture passe bien après les nombreuses réformes dont l'hôpital a besoin. Ce n'est pas le premier objectif du ministère, même si son développement concourt à améliorer la qualité de la prise en charge. » Cette vision est corroborée par M. Xavier COLLAL, son homologue au ministère de la culture, qui remarque la pauvreté du soutien politique dans les faits, malgré un affichage volontaire, et le manque de financements alloués à cette mission malgré les demandes. La convention pousse à la mise en place de jumelages, mais aucun financement n'est prévu à cet effet. Effet d'annonce donc ? Pas tout à fait répond Mme Patricia VALLU-LYNCH, à la DRAC PACA : « Le ministère s'est engagé sur de nombreux projets en même temps. La culture à l'hôpital est un projet qui n'est ni essentiel, ni urgent, et qui passe souvent au deuxième plan. Mais il existe et vit. Pour autant, ses déclinaisons régionales connaissent également des problèmes : Les lenteurs administratives impactent la bonne réalisation de projets qui s'étalent dans le temps et finissent par se diluer alors que les interlocuteurs changent souvent, qu'ils s'agissent des responsables hospitaliers, des responsables de projets, des référents associatifs, des représentants des Fondations. Ceci sans compter que dans les

DRAC, les correspondants responsables du développement des missions culturelles à l'hôpital ne sont aujourd'hui plus remplacés lorsqu'ils partent en retraite. Par ailleurs, le manque de communication et de concertation reste problématique. Mettre en place un projet culturel nécessite de connaître l'existence de la convention de 1999⁸¹, et ce alors que le ministère communique assez peu sur le sujet. Cela nécessite également de connaître les circuits de financement régionaux, ce qui n'est pas le cas de tout le monde. De plus, la validation par les DRAC et ARH de projets culturels est compliquée, assujettie à la rédaction d'un projet formel et cadré. De nombreux projets sont rejetés pour la simple raison que leur présentation ne correspond pas aux critères requis. Là encore, il s'agit d'un manque de communication qui préoccupe les DRAC et ARH et autour duquel nous avons travaillé en créant des guides méthodologiques. Si les CHU ont aujourd'hui connaissance des procédures en vigueur, les établissements plus isolés ne les maîtrisent pas. De fait, même si elle s'améliore chaque année, la répartition de l'offre n'est pas bonne aujourd'hui. Le manque de communication se ressent également entre les DRAC, les autres services déconcentrés ou les élus, traditionnellement impliqués dans le financement de projets locaux hors du cadre conventionnel et qui pourraient intervenir dans le financement de projets que nous menons, mais aussi dès la genèse du projet, sa maturation, ou sa mise en œuvre. »

M. Philippe BOUTELOUP renchérit : « La validation de projet des DRAC et ARH est tellement spécifique et compliquée que ces dernières peuvent être amenées à valider des projets sans avoir de budgets ou au contraire invalider des projets alors qu'il existe des fonds. De surcroît, les ARH et DRAC ne financent que les activités non affiliées à du soin. Or, la limite est parfois ténue entre l'arthérapie et l'art. Par conséquent les ARH et DRAC en sont réduits à utiliser les CV et parcours des artistes intervenants. Elles rejettent les projets portés par les équipes qui font traditionnellement de l'arthérapie, même si précisément le projet n'en est pas, et vice versa. Par ailleurs, il est arrivé que certains directeurs d'hôpital « trafiquent » des projets thérapeutiques pour en faire des projets artistiques, et ce, afin de bénéficier de financement. Dans la même veine, certains médecins utilisent ou non les mêmes subterfuges pour bénéficier de financements, mais selon l'aura du médecin concerné, le projet peut être validé alors qu'il s'agit d'arthérapie ; de façon général, les médecins ont d'ailleurs souvent plus de poids pour faire aboutir un projet que les directeurs d'hôpital. »

Un des autres problèmes importants qui se pose aujourd'hui est le non renouvellement du cercle déjà restreint des partenaires privés engagés par le protocole d'accord du 10

⁸¹ MINISTÈRE DE LA CULTURE ET DE LA COMMUNICATION. Convention du 4 mai 1999 « La culture à l'hôpital »

janvier 2006⁸², selon M. Benoît GUILLEMON, chargé des programmes culturels auprès des établissements de santé à la Direction Régionale des Affaires Culturelles de la région Rhône-Alpes. « Cette situation est en lien avec des problèmes de communication, des raisons politiques, des questions d'image. Ceci pose d'une part le problème de l'essoufflement des bonnes volontés et à terme de la pérennité du système. En contre partie, ces Fondations étant les seules, leur pouvoir se renforce et les remises en causes des choix, des priorités qu'elles arrêtent sont plus difficiles. »

Par ailleurs, l'intervention de certaines Fondations interroge dans la mesure où l'association de leur nom à la notion de santé est, pour eux, une formidable opération de communication, visant à redorer leur image. C'est par exemple le cas de la Fondation Ronald Mac Donald, très décriée depuis le film « Super size me » de Morgan Spurlock, sorti en 2004 qui dénonce la « malbouffe ». Cette dernière se retrouve associée à des projets artistiques à destination des malades obèses ou diabétiques. L'intervention de cette Fondation dépasse le cadre de l'accompagnement de projets culturels avec le financement de maison des parents^{83 84}, et de plusieurs autres projets notamment en pédiatrie⁸⁵.

Mme Christine VILLE, chargée de communication à la Fondation Ronald Mac Donald, refuse de rentrer dans la polémique mais rappelle que « la Fondation soulage des parents à un moment de leur vie où ils ont besoin d'aide. » La fondation Mac Donald, c'est près de 2 Milliards d'euros de budget annuel, émanant des tirelires situées dans chaque restaurant.

B) Les problématiques qui tournent autour de la mise en place d'une offre d'activité sportive au sein des hôpitaux sont encore plus flagrantes.

Cette activité est très récente, commence tout juste à se structurer, surtout en local, et ne bénéficie pas d'un arsenal juridique comme d'autres secteurs d'activité hors soin. Le seul texte récent concernant santé et sport traite, comme une réplique de textes plus anciens⁸⁶, le cas des populations de malades et d'handicapés de façon confidentielle⁸⁷.

M. Jacques PRUVOST, médecin du sport, à la DRJS PACA, le constate. « Aujourd'hui la Direction de la Jeunesse et des Sports continue prioritairement de s'intéresser au sport de

⁸² MINISTÈRE DE LA SANTÉ. Signature du protocole d'accord du 10 janvier 2006 « Culture à l'hôpital ».

⁸³ FONDATION RONALD MAC DONALD. Maison des parents. [Visité le 17 juillet 2007], disponible sur Internet : <http://www.ronaldmcdonald-house.ch/fr/default.htm>

⁸⁴ DESNOS N., décembre 2005, « Hôpital entreprise : vers un nouveau partenariat. Maisons de parents Ronald MacDonald. Le maintien du lien familial », Revue Hospitalière de France, n° 507, pp. 16-18.

⁸⁵ FONDATION RONALD MAC DONALD. Accueil. [Visité le 17 juillet 2007], disponible sur Internet : <http://www.mcdonalds.fr/fondation/qui-sommes-nous/fondation-mcdonald.html#>

⁸⁶ Loi n° 99-223 du 23 mars 1999 relative à la protection de la santé des sportifs et à la lutte contre le dopage. Journal Officiel n°70 du 24 mars 1999, page 4399.

⁸⁷ Loi n° 2006-405 du 5 avril 2006 relative à la lutte contre le dopage et à la protection de la santé des sportifs. Journal Officiel n° 82 du 6 avril 2006, page 5193, texte n° 2.

haut niveau alors même que la pratique sportive de loisir explose. De son côté, la Direction de la Santé a du sport, une vision réductrice, marquée par les années « body-building ». Par conséquent, la prise de conscience reste limitée de part et d'autre, des bénéfices qu'un vrai partenariat pourrait générer, notamment au sein des hôpitaux. Même le PNNS qui est sensé être un document phare est simplificateur à l'extrême. »

De surcroît déplore M. Pierrick GIRAUDEAU, correspondant national sport et handicap à la direction de la jeunesse et des sports, la communication est mauvaise. L'offre sportive adaptée aux personnes handicapées passe mal auprès des intéressés et des institutions qui, comme l'hôpital, devraient être des relais essentiels.

Un des problèmes aigu qui touche directement l'hôpital et qui doit être réglé rapidement selon Mme Sophie CHAILLET, chef de bureau à la direction de la Jeunesse et des Sports, concerne les STAPS, à formation universitaire, issus de la filière éducation nationale. Ces derniers n'ont absolument aucune reconnaissance de la direction de la santé pour pouvoir exercer dans les établissements hospitaliers. Aucune convention collective n'a été signée. La santé ne reconnaît que les DEFA, diplôme d'état aux fonctions d'animations, mis en place par les DDASS et la filière jeunesse et sports, et reconnu bac+2.

Par ailleurs des paramédicaux interviennent également auprès de malades et handicapés pour leur faire pratiquer une activité sportive sans avoir véritablement de statut officiel. Quid du régime de responsabilité ? De fait la cohérence n'existe pas encore.»

« Le sport à l'hôpital, ajoute M. Jean-Luc GRILLON, médecin du sport et conseiller à la DRJS de Champagne-Ardenne, est un bassin d'emplois potentiels, nécessitant d'uniformiser les formations. Les STAPS ont les trois niveaux de qualification LMD, avec une formation plutôt scientifique, alors que la filière jeunesse et sport n'en connaît qu'un, plutôt pratique. L'objectif est de rédiger un référentiel de compétence commun, et à terme de fusionner les diplômes en se calant sur le modèle LMD. »

Le corps des masseurs kinésithérapeute réagit assez violemment à cela car il ne faut pas oublier qu'avant la création de ce métier en 1947, les STAPS avaient leurs fonctions. Depuis, les kinésithérapeutes ont pris la relève et affichent la volonté d'accompagner la pratique sportive de loisir des malades et handicapés. Ils lorgnent sur le statut des kinésilogues, métier créé voilà vingt ans au Canada. Ce métier, déclinaison du métier de kinésithérapeute, et dont la vocation est similaire à celle de nos éducateurs sportifs, s'est totalement implanté dans l'univers hospitalier québécois. En 1978, le gouvernement du Québec lance officiellement le programme Kino-Québec, géré conjointement par les ministères de l'Éducation du Loisir et du Sport, et de la Santé, a pour mission de promouvoir un mode de vie physiquement actif pour contribuer au mieux-être de la

population québécoise⁸⁸. La frontière entre sport de loisir ou thérapeutique est dans ce cas floue.

Par ailleurs, en ce qui concerne les montages financiers visant à favoriser l'activité sportive au sein des établissements publics, notamment concernant les projets à destination des handicapés, la lisibilité est quasi nulle et le ministère perd la main sur les projets qu'il veut voir conduire. En effet, malgré les crédits importants du CNDS, dans la mesure où ceux-ci sont communs aux mouvements sportifs nationaux, régionaux ou locaux, aux élus, et aux institutions, chacun renâcle à valider les projets de l'autre puisqu'ils obèrent ses propres marges de financement. »

On le voit, l'activité hors du soin est loin d'être facilitée par le contexte structurel et politique ainsi que les priorités ministérielles concernant l'hôpital. Les incohérences, retards, difficultés de lisibilité, mauvaises volontés sont multiples et rendent le paysage accidenté. Cet état de fait se surajoute aux difficultés pratiques que rencontrent et parfois même favorisent les hôpitaux sur le terrain.

1.3.2 Les hôpitaux ne sont pas épargnés par les difficultés de mise en œuvre d'une politique d'activité hors du soin, que doit orchestrer sur le terrain le directeur et ses nombreux partenaires.

L'application sur le terrain d'une politique d'activité hors du soin n'est en effet pas chose aisée. Elle dépend de la façon avec laquelle le directeur priorisera et hiérarchisera les problèmes à gérer. Elle se heurtera aux réticences diverses, à commencer le cas échéant par les siennes. Ces difficultés sont à mettre en lien avec les problèmes structurels évoqués précédemment. Elles sont aussi le fait d'habitudes, de ressentis, de non remise en question, d'enjeux de pouvoirs, de craintes de la part des équipes et des décideurs.

A) Dans les hôpitaux pas moins qu'au Ministère, la priorité est donnée à la mise en œuvre de la nouvelle gouvernance, à la montée en charge de la T2A, à la certification, à la gestion de la pénurie de personnels...

La place de l'activité hors du soin dans le calendrier du directeur d'hôpital dépend en grande partie de sa perception des choses, et de la prépondérance qu'il y accorde. En cela, les gros établissements sont privilégiés dans la mesure où les subdivisions des directions centrales (direction de la communication, des affaires juridiques, de la qualité, des relations avec les usagers...) sont plus à même de gérer ces dossiers. Dans les établissements plus petits, tout dépendra de l'engagement du directeur à cet égard.

⁸⁸ KINO QUÉBEC, accueil, disponible sur Internet : <http://www.kino-quebec.qc.ca/>

Outre ces réserves, le directeur devra lutter contre les freins et réserves que pourront générer certains personnels, l'activité hors du soin n'étant pas le coeur de métier de l'hôpital. La mise en place d'une telle politique se heurte parfois à la non appropriation du projet par les soignants, les syndicats, qui voient les effectifs se réduire par manque de moyens, alors que les enveloppes pour la culture, le sport, sont conséquentes. La méconnaissance des circuits de financements, la peur de manquer de temps, la perte de sens au travail dont certains souffrent, représentent des obstacles en débouchant sur des non investissements. Ainsi, pour mener à bien une telle politique, le directeur devra non seulement être lui-même convaincu, mais aussi motiver ses équipes et communiquer autour de la valeur ajoutée du projet, recentrer les personnels sur le sens de leur action. En ce qui concerne la culture à l'hôpital précisément, parmi les débats suscités, l'un d'eux porte sur le thème de l'élitisme de la démarche. Que ce soient des personnels de l'hôpital qui reprochent aux responsables culturels de se faire plaisir avec des initiatives incompréhensibles, ou que ce soient quelques responsables culturels eux-mêmes qui déplorent la conception intellectualiste des animateurs régionaux du programme, ces remarques sont récurrentes. Le projet culture à l'hôpital, supposé interroger ce dernier dans ses frontières, ses crispations identitaires, sa « lutte des places »⁸⁹, se trouve, lui-même, soupçonné d'introduire de nouvelles formes de distinctions⁹⁰.

Si les projets sont portés par des équipes d'animation, le directeur devra par ailleurs lutter contre l'antagonisme qui les oppose aux soignants. Mme Catherine SORNAY, éducatrice spécialisée et animatrice dans le service de lutte contre la mucoviscidose de l'hôpital Renée SABRAN raconte : « Il y a peu de volonté créatrice chez la plupart des soignants, néanmoins il semble qu'ils ressentent de la jalousie à notre égard. Même s'ils sont forcés de reconnaître l'impact de mon travail, ils ne participent à rien, voire même, mésestiment mes besoins. Ils oublient, relativisent mes priorités. Par ailleurs, sortir des enfants de l'établissement nécessite des garanties en terme de responsabilités. Par conséquent, la lourdeur des formalités administratives induit un manque de réactivité dans la conduite des projets. » Au niveau institutionnel, l'antagonisme est corrélé par une dépendance fonctionnelle mais non hiérarchique des personnels éducatifs au coordonnateur de soins.

B) Outre ces acteurs incontournables qu'il faudra convertir à l'activité hors du soin, le directeur devra par ailleurs traiter avec les partenaires institutionnels : élus, société civile, associations, mécènes locaux (banques ou assurances).

Ainsi, pour en revenir à l'art, la part des projets culturels mis en œuvre à l'hôpital, financée par les Fondations dans le cadre de la convention nationale est minoritaire. Une partie des financements proviennent d'autres sources, à commencer par les établissements

⁸⁹ GAULEJAC (DE) V., TABOADA LEONETTI I., 1994, La lutte des places, 1^o édition, Paris : Desclée de Brouwer.

⁹⁰ HERREROS G., Étude de la convention ARH Rhône-Alpes DRAC, décembre 2004, Lyon 2.

eux-mêmes. Les hôpitaux font également appel aux entreprises privées au titre du mécénat, aux associations, aux fondations, aux collectivités locales, à la société civile ou à certains partenaires publics liés à la santé (CPAM, CAF ou DRASS). Ensembles, ils représentent jusqu'à 70% du financement global.

Par ailleurs, les projets intégrant le cadre conventionnel national ne représentent que 10% à 30% de l'ensemble des projets culturels qui sont menés dans le pays. Pour 70% des projets restants, ce sont les mêmes sources que citées précédemment qui alimentent les financements, hors du cadre et de l'intervention des tutelles. Il en va d'ailleurs de même pour le financement de l'activité sportive. Dans ces cas, ces projets inscrits ou non dans les projets des établissements respectifs, sont évalués pour leur qualité et leur impacts potentiels par les financeurs, mais les évaluations ne présentent pas les mêmes caractères formalisés que lorsqu'elles sont réalisées par les tutelles. En d'autres termes, selon Mme Elisabeth de la JENARDIÈRE, (association Tournesol), d'aucuns se plaignent que si les DRAC et ARH sont souvent rigides, en revanche les autres financeurs sont parfois beaucoup moins regardants, et leurs motivations diverses.

Ainsi, comme le raconte un interlocuteur en « off » à la fin d'un entretien, et sous couvert d'anonymat, « plusieurs projets émergent hors du cadre institutionnel, parfois peu encadrés, ou ne répondant pas forcément aux priorités locales ou nationales, ni aux besoins réels des populations, visant juste à satisfaire les exigences d'une catégorie d'utilisateurs ou de malades, de surcroît valorisés par des élus clientélistes ou des associations qui répondent à des injonctions quelquefois plus émotionnelles que rationnelles, et qui dans certains cas se transforment en groupes de pression. » Un autre interlocuteur poursuit : « Certains médecins instrumentalisent volontairement les associations d'utilisateurs et de malades pour appuyer n'importe quelle demande auprès des directeurs, faisant parfois intervenir la presse locale pour avoir gain de cause. » Parfois au contraire, ce sont les associations de parents ou de malades qui instrumentalisent les équipes médicales pour voir leurs projets aboutir⁹¹.

M. Daniel BARBAROUX, conseiller général UMP du département du Var et conseiller municipal à la mairie de Hyères chargé de l'aménagement du territoire et de la politique de la ville confirme : « Le Conseil Général du Var ou la Mairie peuvent être saisis par des représentants associatifs pour financer des projets à destination des malades. Cela peut concerner l'animation, la culture, le sport... Ce qui nous motive à choisir tel ou tel projet est prioritairement la capacité du porteur de projet à le valoriser, à donner envie. C'est aussi la charge émotionnelle qui nous est propre, et que peuvent corroborer les besoins

⁹¹ DONADIEU J., janvier 2003, « Les associations de parents, richesses et limites », *Enfances et Psy*, n°21, pp. 93-98

ressentis dans tel ou tel domaine. Nous favorisons les projets qui nous semblent les plus pertinents. Ensuite, les demandes sont appuyées en commission par les élus, avant analyse, puis votées en AG. Lorsque un projet est présenté par les régions, les départements, les communes ou l'État, les structures partagent les frais sans faire intervenir des considérations politiques et ce afin de privilégier le l'intérêt collectif.

Par ailleurs, les élus aux Conseil Général bénéficient à titre personnel, d'un budget qu'ils emploient à discrétion, pour valoriser des activités d'animation à destination des handicapés, des personnes âgées... Chaque département fixe le montant de ce budget au cours du débat d'orientation budgétaire. Mais il n'existe pas de règles claires au niveau national. Chaque département fait un peu ce qu'il veut, ce qu'il juge important. »

Les projets choisis sont les plus pertinents ? Budget employé à discrétion ? Les considérations politiques s'effacent au profit de l'intérêt collectif ? Pas de règles ? Chacun fait ce qu'il veut ? M. le Professeur Jean Pierre GIRAN, député de la même majorité présidentielle du Var, conseiller municipal à la mairie de Hyères fulmine : « C'est du clientélisme organisé ! Les élus locaux se servent de ces budgets pour assurer leur réélection. Il n'y a pas de règles en terme d'utilisation ni d'évaluation alors que dans le Var, ce budget représente près de 50.000€. Ils financent les projets qui leur tiennent à cœur sans transparence. Quant à considérer que l'intérêt public garantit l'harmonie entre les partis politiques, c'est encore faux !

Le parlement au contraire bénéficie d'une réserve parlementaire mobilisable par les élus pour financer des projets collectifs ou associatifs. Il s'agit de projet d'intérêts publics notamment orientés vers des publics cibles comme les enfants handicapés (séances d'animations, clowns, goûter, chants...), A titre personnel, je préfère les manifestations locales aux nationales qui versent parfois dans le voyeurisme le plus outrancier. Les délibérations et les évaluations des projets que finance le parlement sont rendues publiques, ce qui garantit beaucoup plus de transparence qu'en local. » Au sein d'une même majorité, les élus n'hésitent pas à se brocarder. Ainsi se dessinent les contours de la place et l'investissement des politiques dans le financement et l'accompagnement d'une activité hospitalière hors le soin.

C)Par ailleurs, comme le précise Mme Emmanuelle VALEMBOIS, directeur aux HCL, chargée de la communication et du projet culturel de l'établissement, « la politique culture à l'hôpital aux HCL se décline en trois axes, dont l'un concerne l'ouverture sur la ville.

Cet axe permet par exemple l'intervention d'artistes extérieurs, la participation à des manifestations nationales comme la fête de la musique, les journées du patrimoine etc., mais pose de nombreux problèmes. Tout d'abord, il est difficile de concilier la sécurité d'un établissement avec l'arrivée massive de personnes externes. Les journées du patrimoine attirent près de 3000 personnes chaque année, ce qui donne lieu à des

dégradations diverses, et beaucoup de bruits que les malades tolèrent mal. Par ailleurs, les artistes qui interviennent sont choisis selon la procédure des marchés publics, ce qui n'autorise pas beaucoup de réactivité. Ensuite, et dans un autre champ, les établissements glisse d'une logique de culture à une logique de communication, à cause de la diminution de la DMS. Ceci nous pousse à redéfinir nos objectifs et nos missions en permanence. Toutes ces activités sont légitimes, mais nous n'avons que peu de solutions à proposer, sinon nous adapter. »

D) Comme nous l'avons vu précédemment, des difficultés d'ordre culturel et identitaire se posent pour valoriser l'activité hors soin dans le domaine de la culture à l'hôpital, auprès des personnels de soins. Ces mêmes réserves se posent lors de l'intervention des aumôniers sur le terrain.

Mme Dominique CAILLE, déléguée au diocèse de Toulon Hyères, membre de la pastorale de santé relate : « Le problème principal que l'on perçoit chez les aumôniers est leur sentiment d'isolement. Les textes leur apportent une reconnaissance, mais celle-ci n'est pas toujours répercutée sur le terrain. Ils ont généralement des rapports corrects avec le personnel soignant, les médecins ou l'administration. Mais la communication est limitée. Ils se sentent isolés. Leur intervention auprès des patients qui le désirent dépend de la bonne volonté des personnels, et dans la mesure où ces personnels ne voient pas cela comme une priorité, c'est aux aumôniers de faire le tour de l'hôpital très régulièrement pour évaluer les besoins. Ils font de leur mieux mais passent parfois à côté des demandes urgentes. Ils hésitent à se plaindre et leur engagement les porte à se satisfaire d'un contexte parfois douloureux. De surcroît, il existe un hiatus entre la perception que les aumôniers ont de leurs missions, caractérisée par une démarche globale d'accompagnement au cours de la période difficile de l'hospitalisation, et celle des soignants, qui les cantonnent à la « gestion » du mourant. Les aumôniers ont du mal à faire évoluer cette représentation que l'hôpital, miroir de la société, a d'eux-mêmes. »

M. Toumy OUAHNAS, secrétaire de l'association des musulmans de Hyères et M. Ahmed SOUTI, imam par délégation, et président de l'association des musulmans de Hyères renchérissent : « les aumôniers musulmans ne sont absolument pas structurés par rapport aux catholiques. Il n'existe pas même de liste des aumôniers musulmans intervenants dans les hôpitaux ! Même si nous sommes en lien avec les catholiques, le manque de communication entre les aumôniers musulmans et avec l'institution hospitalière est inquiétante. De surcroît, tous ceux qui interviennent dans les hôpitaux ne sont pas qualifiés pour le faire. Sans compter que sur le terrain, nos pratiques culturelles sont inconnues, ce qui rend nos exercices difficiles. »

E) Dans le domaine de l'offre de services, des difficultés réelles sont recensées.

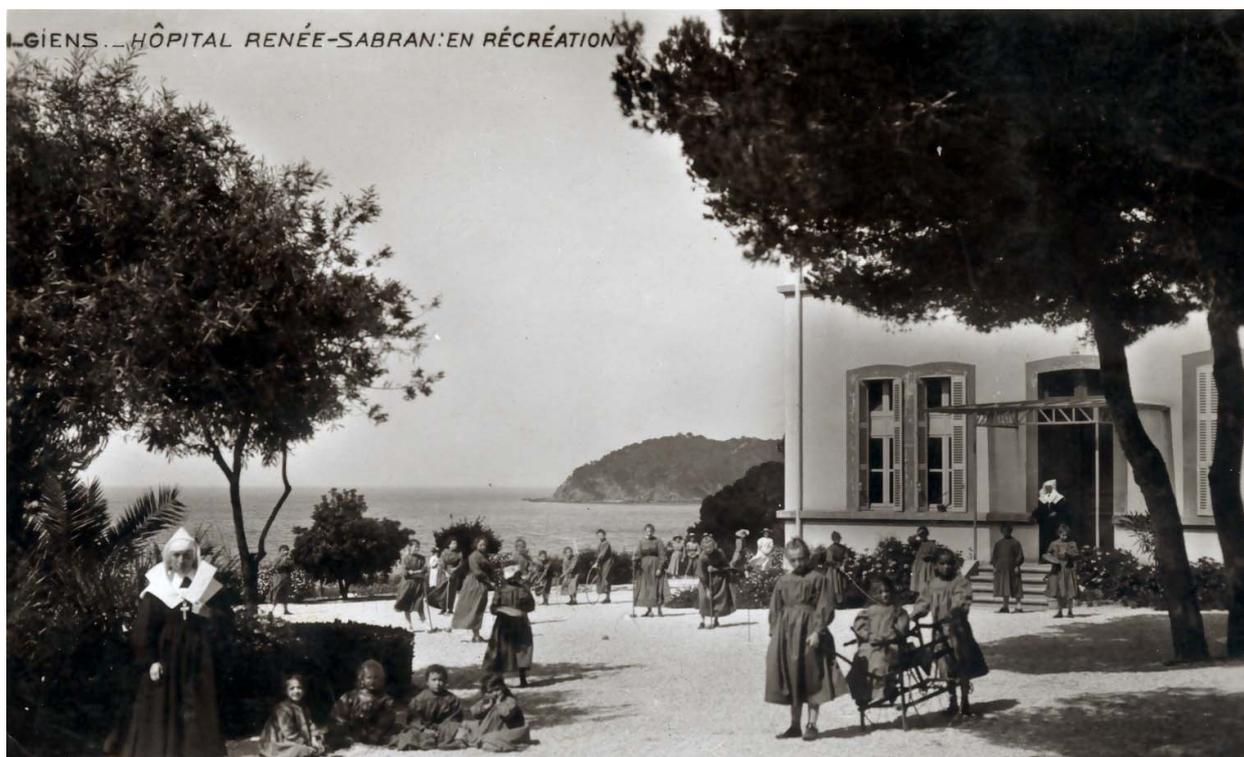
Selon M. Denis CHABRIOL (société Relais H), « l'offre de service se renouvelle peu alors que la demande des patients est forte. Le positionnement des directeurs d'hôpital est fondamental. Ces derniers n'ont pas toujours la volonté de favoriser l'attractivité de leur établissement par le développement de ces activités. Par conséquent, la place qu'occupent les offres de services dans les halls des établissements est à géométrie variable. Cela peut être, bien évidemment, en lien avec le potentiel de l'établissement (ratios calculés, type d'architecture en monobloc ou non, nombre de lits, consultations...) mais pas seulement. Des établissements à fort potentiel ne mettent pas de locaux adaptés à notre disposition. Certains établissements, dès leur conception font néanmoins appel à nous pour nous intégrer dans le projet architectural. C'est le cas de l'Hôpital Georges Pompidou, ou de l'hôpital Sainte Luce à Toulon. Pour autant, les contraintes nombreuses auxquelles doivent répondre les décideurs et architectes font que la convivialité que nous apportons reste in fine modeste. Outre ces problèmes d'espace, on constate parfois une certaine frilosité de la part des établissements pour tout ce qui est innovant, comme la mise en service de distributeurs automatiques, la location d'ordinateurs, la mise en place d'épicerie... Nous avons engagé un partenariat avec la société Casino pour proposer des concepts de superettes dans les établissements. Des études sont actuellement menées dans des sites pilotes comme le CHU de Rouen. Parallèlement, l'hôpital d'Arras s'est engagé sur une expérimentation de nouvelles offres de service comprenant distribution automatique de musique, jeux vidéo, films, télévision, ordinateurs, téléphones, room service, salon de coiffure, pressing, fleurs... Cette logique est pour l'heure expérimentale, et les candidats ne se bousculent pas. Pour autant, elle est vouée, nous l'espérons, à se développer par contamination, mais il faudra s'adapter à chaque hôpital, et prendre le temps. De fait, les choses avancent, c'est ce qui compte.»

F) Hormis tous les problèmes spécifiques à chaque domaine d'activité hors du soin, auxquels le directeur doit faire face, ce dernier a par ailleurs le devoir de se pencher sur la question de la responsabilité juridique des intervenants.

En effet, quid d'une séance de cuisine au cours de laquelle se brûle une personne âgée ? Quid d'un accident de la route avec la navette de l'hôpital, d'un spectacle qui tourne mal, d'un accident dans l'enceinte du relais H, ou d'un simple incident lors d'une coupe de cheveux ? Ces risques participent pour partie, à la réticence de certains décideurs à valoriser l'activité hors du soin et le manque de lisibilité sur la question génère de nombreuses interrogations.

Comme nous le verrons par la suite, les réponses juridiques sont diverses, qu'il s'agisse de personnels de l'établissement, ou de personnels extérieurs à l'établissement.

Ainsi donc, pour assurer le développement d'une politique d'activité hors du soin, le directeur d'hôpital, assisté par tous ses partenaires institutionnels ou non, doit tenter de faire face à une multitude de problèmes d'ordre très divers, à commencer par les réticences que les projets génèrent. Pour autant, il semble inimaginable qu'au vu des enjeux de pouvoirs, des montants en jeu, des impacts en terme de santé publique et de qualité du service public hospitalier, et des responsabilités engagées, il puisse perdre la main sur la mise en œuvre de cette politique, ainsi que le contrôle des circuits de financement qu'elle engage, et ce au profit d'autres structures.



2 L'hôpital Renée SABRAN (HCL), s'inscrit dans une dynamique d'activité hors soin, proposant des solutions à étayer face aux problèmes posés, de nombreuses déclinaisons opérationnelles, et un projet de partenariat attrayant dans le domaine du sport.

Des propositions peuvent être avancées pour résoudre les problèmes évoqués précédemment. L'exemple de l'hôpital Renée SABRAN, intégré aux HCL, illustre quelques modalités de réponses possibles. Bien que les solutions appliquées sur le site ne soient pas exhaustives, l'expérience riche de l'hôpital Renée SABRAN, et son expertise en matière d'activité hors du soin, apparaissent comme un modèle déclinable à

d'autres établissements. La place du sport revêt une importance toute particulière dans ce cadre et c'est la raison pour laquelle, les travaux préliminaires à l'élaboration de ce mémoire ont permis de mettre en oeuvre des projets en lien avec le sport, qui s'inscrivent dans le cadre de la politique institutionnelle de l'établissement.

2.1 Face aux problèmes posés, les directeurs des HCL et de l'hôpital Renée SABRAN amènent des éléments de réponses, susceptibles d'être étoffés.

Face aux problèmes exposés précédemment, les HCL et l'Hôpital Renée SABRAN ont développé sur le terrain des stratégies diverses, et des solutions pertinentes. Renée SABRAN profite pour cela de son rattachement aux HCL qui disposent de directions centrales compétentes sur ces sujets. Il dispose également de caractéristiques spécifiques en terme d'offre de soin, et d'une volonté forte de la part des décideurs, ce qui facilite une appropriation particulière du sujet par les équipes. D'autres solutions pourraient également voir le jour, qui seraient transposables à la plupart des établissements.

2.1.1 Le directeur d'hôpital, intervient comme un moteur aux HCL et à l'hôpital René SABRAN, dans l'optique de renforcer l'activité hors du soin.

A) L'hôpital Renée SABRAN est un établissement rattaché aux Hospices Civils de Lyon. Les HCL ont depuis des années, marqué leur engagement à conduire une activité hors du soin, dressant une politique visant à limiter les problèmes que cette dernière génère.

De nombreuses directions centrales accompagnent la mise en oeuvre de ces activités. Ainsi la direction de la communication a en charge les dossiers culturels, la direction des affaires juridiques contrôle et valide les conventions et jumelages signés avec les nombreux partenaires institutionnels, locaux, associatifs etc., la direction de la qualité veille à évaluer les besoins des usagers et à orienter les programmes d'amélioration de la qualité vers les domaines nécessaires ou attendus, la direction des relations avec les usagers et les associations visent à mettre en oeuvre les textes concernant les associations, et coordonner leurs rôles et leurs missions. La taille des HCL leur permet de disposer d'équipes capables d'appréhender les problématiques que soulève l'activité hors soin, ce qui n'est pas, il est vrai, le cas de tout établissement.

Mme Emmanuelle VALEMBOIS, directeur aux Hospices Civils de Lyon, chargée de la communication et du projet culturel de l'établissement⁹² (en annexe 9) précise : « La

⁹² HCL. Accueil des usagers. Projet culture et animations. Disponible sur Internet : http://www.chu-lyon.fr/internet/accueil_usagers/accueil_animations/sommaire_accueil_animations.html

politique institutionnelle en matière de culture, découle du projet d'établissement et concerne tous les projets d'animation culturels. La distinction entre animation et culture n'existe pas vraiment, si bien que les animateurs s'occupent autant d'animation que d'animation culturelle. Pour exemple, « la caravane des dix mots » s'inspirant du programme national « les dix mots de la langue française » mêle des ateliers musicaux, des animations, des ateliers d'écriture. Ceci nous autorise plus de liberté dans la conduite des projets. » Ce choix n'est pas fait partout. En effet, Mme Julie LETEURRE, chargée des affaires culturelles au service de la communication du CHU de Nice, précise : « Il faut différencier clairement les démarches d'animation, de culture et d'arthérapie qui n'ont ni les mêmes vocations, ni les mêmes ressorts. »

Aux HCL, des référents culturels et animateurs porteurs de projets, sont présents sur chaque site coordonnant les actions. Sur l'hôpital Renée SABRAN, Mme Béatrice FILLETTE, a pour mission de décloisonner les services en y apportant des projets correspondants au projet institutionnel de l'établissement, ou en lien avec les différents programmes nationaux comme « lire en fête ». Dans ce cadre, elle a la charge des différentes bibliothèques de l'hôpital Renée SABRAN. Une partie de son temps de travail est par ailleurs dévolu à l'animation du CRCM.

Mme VALLEMBOS poursuit : « Le financement des projets est assuré par la convention ARH/DRAC Rhône-Alpes (bien que la DRAC PACA ait également fait une offre de partenariat au cours des entretiens menés), une enveloppe HCL de 30.000 €, et l'intervention de partenaires traditionnels (mécènes, élus...) Ces derniers sont soumis à une étude de contexte en matière d'éthique afin d'obtenir le maximum de garanties sur le plan déontologique, et d'encadrer les risques inhérents à la sollicitation externe.

Nous cherchons par ailleurs à déployer des conventions de partenariats et des jumelages, afin d'encadrer l'intervention de nos partenaires, et de clarifier les missions respectives, les procédures de suivi, de financements et d'évaluation des projets. Nous avons contractualisé récemment avec la Mairie de Lyon, afin de bénéficier des équipements lyonnais dans le cadre d'un programme d'art local.

Quant aux différents axes du programme « culture à l'hôpital » aux HCL, on en compte trois. L'ouverture sur la ville, comme nous l'avons signalé est le premier. Elle se justifie par la volonté des établissements de se désenclaver, et d'extraire les malades de leur condition d'hospitalisé en créant du lien social, ceci afin de favoriser l'égalité entre les citoyens. Elle requiert une capacité d'adaptation permanente, des mesures de sécurité particulière » : filtrage des entrées, fouilles éventuelles, consignes à respecter pour les visiteurs. « L'ouverture à la ville requiert également une vigilance accrue dans le domaine de la communication⁹³. En l'occurrence, les deux directions culture et communication

⁹³ Dossier, avril 2006, « Communication, hôpital et médias », JADH le journal de l'association des directeurs d'hôpital, n°2, pp. 12-33.

sont, aux HCL comme dans la plupart des établissements des directions rattachées (CHU Nice, CHU Toulouse...). Le deuxième axe concerne les personnels, qu'ils soient acteurs ou spectateurs, et notre vœu est de les intégrer au maximum dans les projets afin qu'ils se les approprient. Le troisième axe qui concentre 50% de notre temps, concerne les patients, familles, visiteurs, et les nombreux projets qui leurs sont destinés. » Pour illustration, les projets actuellement menés sont « dessine moi un hôpital », animé par des artistes et l'écrivain Eric Emmanuel Schmitt⁹⁴, (très investi dans l'hôpital), auprès des enfants cancéreux et leucémiques, l'olympique lyonnais à l'hôpital Debrousse avec la présence du Docteur Clown, ou une exposition au Grand Dôme sur la médecine du 19^e siècle.

Par ailleurs conclue Mme E. VALEMBOIS, « il existait jusqu'à il n'y a pas si longtemps une politique sportive institutionnelle qui a été abandonné depuis. Cela ne nous empêche pas de mener différentes manifestations, notamment organisées par les animateurs culturels, comme très récemment une sortie en karting pour les enfants. Ces pratiques doivent également être encadrées par des procédures conventionnelles et des garanties déontologiques. »

Mme Christine FABRY, directeur aux Hospices Civils de Lyon chargée des relations avec les usagers, complète : « Notre mission, essentielle depuis la loi du 4 mars 2002, est de faire l'interface entre usagers, institution et professionnels, afin de répondre aux attentes des patients. Nous traitons, en partenariat avec la Direction de la qualité, les questionnaires de satisfaction des patients. Nous gérons la relation client, et communiquons beaucoup, notamment pour sensibiliser le personnel sur le rôle des associations afin que ces derniers se sentent impliqués dans les projets. Nous avons rédigé une charte des associations en 2006, afin de clarifier les missions de chacun. Nous avons également agréé à ce jour soixante-douze associations qui agissent aux HCL. Ces dernières se regroupent à l'heure actuelle en syndicats, afin d'acquérir plus de légitimité et de cohérence. »

B) En complément des solutions avancées par les HCL, l'hôpital Renée SABRAN propose également sa propre grille de lecture.

Au regard des spécialités présentes sur le site, qu'il s'agisse comme nous le verrons par la suite, de l'activité du CRCM, des rééducations fonctionnelles adulte et pédiatrique, ou du service de gériatrie, autour desquelles l'activité hors soin s'est établie depuis de nombreuses années, répondant à un besoin évident en moyen et long séjour, l'hôpital Renée SABRAN a développé une expertise particulière. Sa volonté de poursuivre cette

⁹⁴ SCHMITT E.-E., 2002, Oscar et la Dame rose, 1^e édition, Paris : Albin Michel, 100p.

offre hors le soin le conduit à identifier les réponses susceptibles de pouvoir débloquent certains problèmes évoqués précédemment.

Pour ce qui touche au manque de communication et de coordination entre ministères, services déconcentrés, partenaires institutionnels, et établissements, la lisibilité ne peut, semble-t-il, venir que de la constitution de véritables réseaux auxquels les directeurs, mais aussi les animateurs culturels, sportifs... doivent s'atteler afin de poursuivre les programmes. Dans la mesure où la communication descendante est mauvaise, la volonté naît sur le terrain, à travers un scrupuleux recueil des besoins des populations, organisé chez les associations de malades, et les malades eux-mêmes. Ces informations sont acheminées vers les instances par l'institution et les intéressés, qui se chargent de localiser les bons interlocuteurs. Mme Béatrice FILLETTE, référent culturelle à l'hôpital Renée SABRAN, mais aussi M. Thibault BARROIS, moniteur et éducateur sportif et président de l'association « Roue Libre », ou M. Hubert TOURNEBISE, rééducateur et médecin du sport, chef du service de rééducation fonctionnelle adulte, tentent de s'inscrire dans cette démarche depuis des années, et aboutissent sur certains projets en favorisant la création de réseau et en développant les contacts auprès des services déconcentrés, les partenaires officiels, les élus, afin de pérenniser l'activité hors soin. Pour exemple, l'information sur l'offre sportive adaptée aux personnes handicapées a été non seulement diffusée aux intéressés, mais également utilisée par l'établissement pour se constituer un maillage de partenaires sportifs locaux pouvant recevoir des handicapés dans leurs structures. Ainsi plusieurs fois par semaine, en plus des manifestations sportives qui existent déjà sur le site de l'hôpital, celui dernier propose aux handicapés para ou tétraplégiques, hospitalisés au pavillon Kermès, des sorties karting, ping-pong, basket, cyclisme, voile et autre. Les objectifs sont divers : Pousser les personnes handicapés à se réapproprier leur corps, favoriser le développement de l'autonomie afin de préparer la sortie, leur redonner confiance par de nouvelles perspectives de vie, créer du lien avec les associations existantes et les handicapés plus anciens, qui par leur conseils sont une précieuse aide. Nous serons amenés à revenir par la suite sur les actions concrètes qui se développent à l'hôpital Renée SABRAN, et qui intègrent la sphère de l'activité hors soin.

C) Les critiques des personnels, face à la volonté de l'institution de développer l'activité hors soin ne sont pas particulièrement véhémentes à l'hôpital Renée SABRAN dans la mesure où l'établissement s'est depuis fort longtemps inscrit dans cette démarche, qu'il pérennise aujourd'hui encore, en favorisant le développement de nombreuses manifestations annuelles auxquelles sont conviés personnels, malades et société civile. Ainsi, la fête patronale de la Saint Renée existe quasiment depuis la création de l'établissement en 1889, et recrée le lien social régulièrement. La fête des enfants, organisée chaque année le premier jour de l'été y participe également, tout comme de nombreuses autres manifestations, dont l'arrivée du cirque l'hiver prochain. L'objectif de maintenir le lien social se heurtent néanmoins au désinvestissement des jeunes générations de soignants notamment par rapport à leur outil de travail. Cet état de fait est à mettre en lien avec une individualisation de la société, corrélée par le fantasme d'une qualité au travail perdue. Cette représentation des choses, antagonisée par l'arrivée des 35 heures hebdomadaires, nécessite l'application de règles en lien avec le management durable, recentrant les personnels sur le sens de leur action. C'est ce que tente d'insuffler l'hôpital Renée SABRAN.

Le constat qu'aucun changement ne s'introduit sans alliance locale, les oppositions étant un invariant de toutes les situations de changement dans les organisations, a été fait. De même, les critiques émises ne devant pas entraver la conduite d'un projet, un accompagnement de projet, tout au long de son déroulement, à travers une campagne d'information et de promotion active, permet d'aboutir en temps voulu à des réalisations concrètes. Des procédures d'évaluations rationnelles (et non pas émotionnelles), sont alors menées jusqu'à terme de façon systématisée, et sont communiquées au sein de l'établissement. A titre d'exemple, le questionnaire de sortie de l'hôpital Renée SABRAN (en annexe 8) tentent d'identifier les besoins en lien avec la qualité de l'offre d'activité hors du soin et donnent lieu à des exploitations dont les résultats sont communiqués aux intéressés.

Une méthodologie stricte à type de méthode projet, est respectée au cours d'un déroulement de projet, quel qu'il soit. Elle est définie en cinq phases : état des lieux, définition ou redéfinition des objectifs, modalités de programmation organisationnelle et phasage, mise en oeuvre des actions, évaluation et communication. Cette méthodologie stricte, appliquée au sein des groupes de travail en lien avec les programmes d'amélioration de la qualité, précédant les visites des experts visiteurs des V1 et V2 a été acquise par les nombreux personnels qui participaient aux groupes de travail. Cette méthodologie s'est ensuite disséminée dans l'établissement au point qu'elle garantit au moins en partie aujourd'hui, la pérennité de la vie d'un projet jusqu'à son évaluation.

D)En ce qui concerne les réponses juridiques aux problèmes évoqués précédemment, l'hôpital Renée SABRAN, s'est positionné en lien avec la direction concernée aux HCL.

Les réponses sont diverses, qu'il s'agisse de personnels de l'établissement (animateurs, moniteurs sportifs, responsables culturels, aumôniers...), ou de personnels extérieurs à l'établissement. Pour les premiers, comme partout, la responsabilité de l'hôpital est engagée au titre de la faute de service. S'il s'agit en revanche d'une faute personnelle, c'est la responsabilité de l'agent qui est mise en jeu.

Pour les personnes extérieures, morales ou physiques, (associations, moniteur de sport externe, coiffeurs et offreurs de service divers...), les conventions ou contrat d'occupation du domaine public qu'ils signent les engagent vis-à-vis de l'établissement. Un article fait référence au régime de responsabilité, qui désengage l'hôpital en cas d'accident. L'offreur devra également présenter des garanties en terme d'assurance souscrites pour encadrer tout dommage, accident, incendie ou autre.

Ainsi donc, pour mener à bien une politique d'activité hors soin, le directeur doit-il être lui-même convaincu du bien fondé de la chose, tout comme les personnels qui ont la charge de porter ces activités. Ensembles, ils doivent réussir à transmettre leur motivation, trouvant les leviers pour tenter d'engager plus encore les équipes, communiquant autour de la valeur ajoutée des projets, recentrant les personnels sur le sens de leur action, générant une dynamique qui s'institutionnalise en quelque sorte.

Des pistes de réflexion complémentaires existent par ailleurs qui peuvent être indifféremment utilisées dans les établissements de santé.

2.1.2 Des pistes de réflexions complémentaires, débouchant sur des perspectives d'avenir, peuvent renforcer la démarche du directeur d'hôpital, afin de faire face aux problèmes que soulève la mise en œuvre d'une politique d'activité hors du soin.

Outre les solutions mises en avant par l'hôpital Renée SABRAN et les HCL, d'autres propositions sont évoquées, que peuvent tenter d'utiliser l'hôpital Renée SABRAN, comme la plupart des établissements s'inscrivant dans une démarche d'activités hors du soin, et ce afin de lever un certain nombre de verrous.

A)En matière de culture, les établissements devraient tenter de se coordonner.

Ils pourraient ainsi réclamer une amélioration de la communication émanant des DRAC et ARH, sous-tendue par un assouplissement du cadre formel de rédaction des projets. La convention 2010/2013, restant à définir, pourrait, par exemple, prévoir une simplification de la procédure que préciseraient des guides méthodologique plus concis. Dans ce cadre,

les directeurs d'établissement pourraient proposer leur expertise. Cela passerait également par une clarification de la limite entre la thérapie, et ce qui n'en est pas.

L'amélioration des circuits de communication entre les établissements et les services déconcentrés, mais aussi les collectivités territoriales et les élus, semble incontournable : Les DRAC et ARH, et leur commission régionale gagneraient à s'appuyer sur des commissions territoriales au sein desquelles un porte-parole jouerait le double rôle de conseiller technique local et de relais d'informations ascendantes et descendantes. Ce type d'organisation permettrait de renforcer les partenariats locaux, mutualisant les atouts de chacun⁹⁵. Là encore, les établissements pourraient ensemble porter un cahier des charges aux instances afin qu'elles définissent des objectifs en lien avec les besoins.

B)Face aux interrogations que soulèvent les mécènes, illustrées par le cas de la Fondation Ronald Mac Donald, le pragmatisme semble de rigueur, de façon à éviter de se priver de financement supplémentaires dans la mise en oeuvre de projets.

Une procédure de contractualisation semble être opportune entre fondations, mécènes et établissements hospitaliers, ce qui clarifierait les domaines qui justifieraient de l'être.

Par ailleurs précise Mlle Jeanne SABRAN, arrière petite nièce de M. SABRAN, donateur du site où fut construit l'hôpital, mécène pour l'hôpital Renée SABRAN, « Il ne faut pas oublier que l'acte de mécénat autorise un abattement fiscal, ce qui peut être un argument utile pour les directeurs d'hôpital. »

C)Dans le domaine du sport, un vrai projet de convention nationale avec déclinaisons entre les ARH et les DRJS pourrait apporter plus de lisibilité, dans la mesure où l'offre d'activités sportives coordonnée et pilotée n'existe pas encore.

M. François DANTOINE, à la direction de la jeunesse et des sports souligne qu'en Allemagne ou en Suisse, sports et santé sont regroupés depuis longtemps.

Au cours des entretiens menés auprès des responsables ministériels, (Mme Sophie CHAILLET, chef du bureau promotion du sport et de la santé, M. François DANTOINE, ou M. Pierrick GIRAudeau, correspondant national sport et handicap à la direction de la jeunesse et des sports) auxquels a été soumise la convention liant les Ministères de la Culture et de la Santé, la volonté de s'inscrire dans une démarche similaire a été diversement perceptible. M. GIRAudeau, considérant que cette convention pouvait être un outil efficace et servir de support pour la rédaction d'une convention type entre les directions sports et santé, a décidé de prendre contact avec la DHOS, et ses homologues aux Ministère de la Santé (Mme WOLGEMUTH) et de la Culture (M. COLLAL) afin d'entamer une réflexion sur le sujet.

⁹⁵ CHANTE A., 2000, 99 réponses sur la culture et la médiation culturelle, 1^o édition, Montpellier : Centre Régional de Documentation Pédagogique du Languedoc-Roussillon 99 p.

Une telle convention permettrait au niveau régional et local de rendre plus cohérentes les actions menées auprès des établissements hospitaliers par les DDJS et DRJS. M. Jean-Luc GRILLON, (DRDJS Champagne-Ardenne), M. Guy LAURENT, conseiller technique et pédagogique supérieur, chargé des activités physiques et de la surcharge pondérale à la DDJS du Var ou M. Jacques PRUVOST, (DRJS PACA), considèrent qu'elle apporterait de une valeur ajoutée dans ce domaine. Nous avons, reprend M. Jacques PRUVOST, en région PACA un budget s'élevant à 40.000€, visant à promouvoir les différents plans nationaux (Bien vieillir, PNNS, PRSP). Ce budget n'est quasiment pas utilisé par manque d'information chez les professionnels de la santé. Récemment une association de malades psychiatriques marseillaise a pu mener 40 personnes aux sports d'hiver avec ces budgets. Mais nous ne sommes pas la région la mieux dotée puisqu'il n'y a pas de demande, notamment de la part des hôpitaux. Champagne-Ardenne (120.000€) ou Midi-Pyrénées sont bien en avance sur nous. » En cela, les expériences régionales les plus avancées pourraient être utilisées comme supports par les directeurs de la région PACA. De même, le domaine social et médico-social, plus avancé sur la question⁹⁶, pourrait être de bon conseil pour le secteur sanitaire.

M. GRILLON ajoute : « En plus des 120.000€ alloués pour développer les programmes nationaux, il existe en Champagne-Ardenne comme dans certaines régions, un budget BOP de 20.000€ (budget opérationnel de programme) destiné à promouvoir la santé par le sport, alloué aux associations de patients extrahospitalières et hospitalières, susceptible de pouvoir favoriser les projets sportifs, et auxquels les directeurs peuvent faire appel. »

Comme le constate par ailleurs M. Jacques PRUVOST, la moyenne d'âge de la population relativement élevée en PACA, a déjà poussé de nombreuses villes de la région à s'inscrire dans le programme « Bien vieillir ». Néanmoins, les impacts dans les établissements hospitaliers restent confidentiels. Un vrai programme de partenariat local, impliquant Conseils Général et Régional, Mairies, DRASS voire Mutuelles et les hôpitaux, pourrait impacter l'activité hospitalière des établissements de moyen et long séjour très nombreux dans le département du Var. Les projets de partenariat locaux et nationaux doivent ainsi se poursuivre de façon plus générale afin de densifier le maillage. »

In fine, et afin de développer la place du sport à l'hôpital, le directeur devrait pouvoir bénéficier des informations en lien avec les nombreux projets gouvernementaux, en s'inscrivant dans un partenariat avec les DDJS et DRJS. Il devrait également pouvoir proposer son expertise de terrain, au même titre que les équipes médicales concernées auprès des services déconcentrés, voire des ministères, afin de rédiger une grille de besoins. En cela, il deviendrait un partenaire incontournable, s'inscrivant dans les projets et réseaux qui restent à construire.

⁹⁶ MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, octobre 2005, Activité physique et santé. Arguments scientifiques, pistes pratiques, 1^o édition, Paris : Ministère de la Santé, 55 p.

De même, en ce qui concerne les STAPS, non destinés aujourd'hui à prendre en charge les malades, un travail devrait être mené pour aboutir à une cohérence entre les formations de professionnels du sport et une équivalence des diplômes, ce qui permettrait au directeur de recruter indifféremment dans l'une ou l'autre des filières, comme cela se produit déjà dans certains PSPH. Des établissements hospitaliers ou médico-sociaux, d'ailleurs encouragés par le ministère, se sont d'ores et déjà inscrits, et ce depuis trois ou quatre ans dans un processus d'expérimentation : des travaux ont été menés visant à permettre l'accueil de STAPS par des médecins et soignants engagés pour développer la pratique d'activités sportives au sein des hôpitaux, notamment les kinésithérapeutes.

Ceci étant, une participation de directeurs d'hôpital au groupe de travail qui se penche sur la question de l'harmonisation des diplômes pourrait également être bienvenue. Là encore, il ne semble pas que les utilisateurs que sont les directeurs d'hôpital, participent au programme de réflexion.

Les réseaux existants doivent par ailleurs pouvoir s'étayer au fil des besoins, intégrant des partenaires institutionnels non encore investis de façon coordonnée dans l'activité hors du soin. M. Pierre BUTTET, chargé de mission à l'INPES, responsable de la mise en œuvre des programmes de prévention et d'éducation à la santé au sein des établissements hospitaliers, constate : « Il existe des projets nationaux mais aussi régionaux de prévention qui ont des impacts dans les hôpitaux, en lien avec les programmes « Bien vieillir », sport et santé, mangez bougez. Notre intervention, dans le cadre d'un réseau de santé pourrait être étudiée. Nous disposons de financements à destination des personnels de santé et des hôpitaux, afin de valoriser les douze programmes nationaux (nutrition, alcool, tabac...) » M. Jean-Marie LEFORESTIER, expert de l'hospitalisation publique à la CRAM Sud Est⁹⁷ reprend : « Il nous est possible d'allouer des subventions pour des actions gérontologiques à initiative locale, ainsi que des prêts gratuits pour améliorer les conditions d'équipement à destination des personnes âgées. » Les CRESS pourraient également intervenir en tant que soutien méthodologique^{98 99}.

D)L'offre de services doit, quant à elle, pouvoir s'inscrire aisément dans les processus expérimentaux qui sont menés dans divers établissements, et pour lesquels les concepteurs cherchent des sites pilotes.

Les directeurs doivent pouvoir s'inspirer des divers projets expérimentaux qui sont menés sur le territoire afin d'importer les idées pouvant s'appliquer sur site, améliorant la qualité

⁹⁷ CRAM SUD EST. Nos missions. Disponible sur Internet : <http://www.cram-sudest.fr/nosmissions1.htm>

⁹⁸ CRESS PACA. Accueil. Disponible sur Internet : <http://www.cres-paca.org/>

⁹⁹ CRESS PACA. Les 6 CODES de la région PACA. Disponible sur Internet : <http://www.cres-paca.org/presentation/6codes-paca.htm>

de vie des malades. Une bourse d'échange de concepts pourrait ainsi être mise en ligne afin de généraliser les innovations pertinentes (ateliers de beauté pour personnes âgées par exemple, proposée par une association parisienne)¹⁰⁰

Par ailleurs, les partenaires offreurs de services, peuvent s'avérer être des mécènes, qui participent aux animations de l'établissement. Médiance, Relais H, Sodexho, proposent volontiers leur soutien afin de financer et participer aux projets « le printemps des poètes » « la fête de la musique » ainsi que des programmes d'animation auprès des personnes âgées, des enfants (arbre de Noël, concours de jeux vidéos...) Des projets institutionnalisés mettant en lien offreurs de services, et responsables culturels et sportifs permettrait de fournir à l'activité hors du soin une cohérence et une dynamique globale.

E) En ce qui concerne les aumôniers, qu'ils soient catholiques ou non, le directeur doit pouvoir s'assurer de la bonne entente et de la qualité de communication qui règne entre les confessions, comme cela est précisé dans la circulaire du 20 décembre 2006¹⁰¹.

Il peut s'appuyer sur la structuration catholique, et la présence de nombreuses associations culturelles qui l'entoure, pour favoriser l'intégration de confessions moins représentées au sein de son établissement. Il doit également pouvoir informer les intéressés et les équipes, afin que chacun trouve sa place¹⁰². La participation des aumôniers à différents groupes de travail peut déboucher sur l'amélioration du partenariat par un changement de regard et une levée des a priori.

F) De façon plus générale, la communication doit être poursuivie en interne dans toutes les directions dans lesquelles le besoin est ressenti, qu'il s'agisse de faire accepter un projet culturel, de favoriser l'intervention d'un aumônier, ou autre.

Cette communication doit se mettre en place, non pas tant en terme de passage d'informations, mais d'évaluation de l'information reçue, ce qui en garantit la pérennité. La mise en œuvre passe aussi par une communication externe, en direction des médias, qui prendra en compte le risque de « voyeurisme » évoqué par M. GIRAN, dans le cas de projets médiatisés visant des populations atteintes de pathologies particulièrement invalidantes.

De manière tout aussi globale, toute initiative concourant à densifier le maillage entre les différents acteurs impliqués dans les programmes, paraît mériter l'attention. Évidemment,

¹⁰⁰ BONHOMME C., Mai 2007, « Cultures et cités : la vie plus belle... », Revue Hospitalière de France, n°516, pp. 72-73.

¹⁰¹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE, SECRETARIAT D'ÉTAT AUX PERSONNES HANDICAPÉES. Circulaire DHOS/P1 n°2006-538 du 20 décembre 2006 relative aux aumôniers des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. Bulletin Officiel n°07/02 du 15 mars 2007.

¹⁰² MARTZ F., septembre 1996, « L'aumônerie d'hôpital, à l'interface entre médecine globale et religions. », Gestions Hospitalières, n°358, pp. 507-510.

quelles que soient les orientations retenues, c'est de la discussion par les protagonistes du programme concernés dont dépend leur pertinence. Face à la nécessité de trouver de nouvelles coopérations, de dessiner de nouvelles pratiques, de penser l'activité hospitalière depuis des conceptions non strictement techniques, l'approche que le directeur peut avoir du développement de l'activité hors du soin n'est in fine, guère différente de celles qu'introduisent les questions relatives à la qualité, à la maîtrise des coûts, à la gouvernance¹⁰³.

Par ailleurs, en interne, c'est-à-dire au sein de chaque établissement engagé dans les actions culturelles ou sportives, on pourrait envisager qu'une commission d'établissement soit créée, ou encore, afin d'éviter la multiplication des instances, que les instances classiques de l'organisation (CA, CME, CHSCT, CLIN, organisations syndicales...) soient invitées régulièrement à débattre de l'orientation des projets. En d'autres termes, multiplier les scènes de discussion (voire de controverses) à propos des orientations des politiques culturelles, sportives, associatives, ou autre, permettrait aux différents professionnels de l'hôpital d'appréhender les questions de santé via d'autres cheminements que ceux classiquement empruntés. Il permettrait aux personnels de s'approprier les sujets, de les dépassionner le cas échéant, et d'en cerner les bénéfices.

L'activité hors du soin n'est pas prioritaire, comme nous l'avons vu, mais elle participe du rayonnement de l'institution et par conséquent, de sa propension à augmenter sa zone de chalandise. Un hôpital qui attire des visiteurs par son offre d'activité hors du soin, qui s'ouvre à la ville¹⁰⁴ à travers des manifestations spécifiques est un hôpital qui investit pour l'avenir¹⁰⁵.

Tous les champs d'application de l'activité hors du soin se caractérisent par ce qu'ils sont le fait de volontés individuelles et d'initiatives locales, soumises à des aléas institutionnels et financiers qui les rendent relativement fragiles. Un véritable système de coordination et d'évaluation s'avère nécessaire. Par conséquent les établissements hospitaliers doivent chercher la mise en place de projets dans le cadre de réseaux afin de favoriser coordination et coopération.

¹⁰³ HERREROS G., Étude de la convention ARH Rhône-Alpes DRAC, décembre 2004, Lyon 2.

¹⁰⁴ Personnes âgées, février 2003 « Restaurer le lien social. A Bretonneau, la culture ouvre les portes de l'hôpital », la Santé de l'Homme, n°363, pp. 20-21.

¹⁰⁵ BURGARELLA D., CHOSSAT P., décembre 2005, « Hôpital entreprise : vers un nouveau partenariat. Assistance publique Hôpitaux de Marseille. Ouvrir l'hôpital sur la cité », Revue Hospitalière de France, n°507, pp. 26-29.

2.2 Grâce à une politique d'activités hors soin traditionnellement menée par l'hôpital Renée SABRAN, les déclinaisons de cette dernière sur le terrain sont importantes, tout comme l'engagement associatif qui la soutient.

Malgré le fait que les solutions précédemment proposées ne soient pas toutes appliquées ou applicables aux HCL et à l'hôpital Renée SABRAN, ces derniers ont su, grâce à leur expérience de terrain, à leur motivation et à celle des associations, développer une multitude de projets en lien avec l'activité hors soin, au fil des ans. Ce paragraphe n'a pas vocation à les lister de façon exhaustive (ce qui serait inutile et surtout infaisable étant données la quantité des actions menées, ne serait-ce qu'à Renée SABRAN), mais à illustrer par l'exemple ce que peuvent être les activités hors du soin sur le terrain, leurs impacts, les espoirs qu'elles alimentent chez les malades, résidents, et familles, et l'engagement associatif qui les supporte. Il a également vocation à montrer en quoi cette activité, reste difficilement évaluable sur le plan financier, qu'elle génère des bénéfices ou des dépenses.

Le sport, historiquement implanté à l'hôpital Renée SABRAN, répond à une politique institutionnelle qui bâtit l'épanouissement et la réinsertion des résidents et des patients de moyen séjour notamment, sur l'initiation à la pratique d'un sport. Le sport n'est néanmoins pas, et de loin, la seule activité hors du soin qu'on y propose.

2.2.1 Le sport à l'hôpital Renée SABRAN est une activité ancienne, qui favorise l'épanouissement et la réinsertion des patients et résidents, pour la plupart atteints de lourds handicaps, et dans laquelle le tissu associatif est dense.

A) Le Centre Hospitalier Renée SABRAN est un établissement pavillonnaire, localisé sur la commune de Hyères, dans le Var.

Il s'étend sur une superficie de 35 hectares plantés de pinèdes, en bord de mer, sur la presqu'île de Giens. Bien que son déploiement opérationnel s'inscrive dans le SROS 3 PACA, il dépend administrativement et financièrement des Hospices Civils de Lyon, comme nous l'avons dit. Il emploie plus de 550 ETP et possède une autorisation de 299 lits et places. Deux pôles d'activités médicales ont été définis : l'un en chirurgie orthopédique, dont le projet médical vise à conforter l'activité, à la recherche de nouvelles organisations, suite à de lourds travaux.

Le deuxième est un pôle de médecine. On y trouve une unité de rééducation fonctionnelle adultes, qui tend à conforter son activité par la formalisation de filières et réseaux ; une unité de rééducation fonctionnelle pédiatrique dont l'activité est réorientée vers la réhabilitation respiratoire de l'enfant ; une unité de pédiatrie spécialisée ayant l'activité

d'un CRCM ; une unité de réadaptation cardiaque formalisant les filières de recrutement hospitalières ; une unité de gériatrie qui s'inscrit dans un rééquilibrage de ses activités entre les secteurs d'hospitalisation (CS, MS, LS), privilégiant l'activité de moyen séjour.

Le mois de mai 2007 a vu la venue des experts visiteurs de la certification, qui ont rendu un rapport satisfaisant.

B)Étant donné les spécialités présentes sur le site, l'activité sportive existe à Renée SABRAN depuis de nombreuses années.

Elle répond à des besoins identifiés en terme d'amélioration de la qualité de vie et de développement d'aptitude à se réinsérer pour les patients, et ce depuis la création de la plupart des unités. Par conséquent, les associations sportives y sont très représentées. Pas moins de trois d'entre elles ont élu leur siège social dans l'établissement, alors que tous les bénévoles y oeuvrant sont des personnels de l'établissement.

Le pavillon de rééducation fonctionnelle adulte est, de tous les pavillons concernés par cette politique active de développement du sport, le plus impliqué, grâce notamment à l'investissement de son chef de service M. Hubert TOURNEBISE, rééducateur et médecin du sport. L'association Roue Libre y est rattachée, de même que le moniteur sportif de l'établissement qui en est le président, M. Thibault BARROIS.

Dès la création du pavillon Kermès en 1976, et sa spécialisation en rééducation fonctionnelle, le sport s'est développé concomitamment. Les infrastructures sportives présentes sur le site ont été entretenues afin de pouvoir recevoir les patients qui le désiraient. A ce jour, l'hôpital Renée SABRAN compte un stade de football, un terrain polyvalent de basket et handball, une terrain de beachvolley, deux cours de tennis, des chemins forestiers aménagés, une plage dotée d'un accès à la mer aménagé pour les personnes handicapées grâce à un ponton d'accès et un fauteuil hydraulique. L'ensemble de ces infrastructures est diversement utilisé, avec une prépondérance marquée, surtout l'été, pour les sports nautiques qui sont nombreux : Bateau, canoë kayak, natation, voile, jet ski, pédalo, catamaran, initiation à la plongée sous-marine... La totalité de ces activités sont encadrées par l'institution qui les supervise, et qui finance pour sa part, le salaire du moniteur sportif et celui de quelques autres professionnels à temps partiel (maître nageur l'été, animateur d'ateliers, moniteur de voile...)

C)Cependant, la plupart des activités sportives sont proposées, et surtout financées par les associations sportives de l'hôpital.

Ainsi le ponton a été financé par l'association « un fauteuil à la mer », association spécialement créée pour l'occasion et présidée par M. Thierry ORTEGA, manipulateur de radiologie à l'hôpital Renée SABRAN. Il est une parfaite illustration d'un projet d'envergure mené à terme, répondant aux besoins des populations, première étape d'une suite de projets en gestation, qui consisteront, dans un deuxième temps, à faire réaliser

un catamaran équipé pour recevoir des patients polyhandicapés. Le coût du ponton, couplé à la création d'une rampe d'accès plage, de douche et sanitaires aménagés, d'un espace restauration et détente accessible aux handicapés s'élève à 800.000€. Quant au coût prévisionnel du catamaran, il s'élève à près de 350.000€.

Ce projet de ponton a débouché grâce à la volonté des bénévoles, à l'engagement institutionnel qui s'est porté garant de la cohésion du projet, aux nombreuses institutions et mécènes qui ont participé à l'élaboration, au financement et à la médiatisation du projet (Mairies de Hyères et dix-sept autres communes, Communauté d'agglomération de Toulon-Hyères, Conseil Général, Conseil Régional, Assemblée Nationale, Sénat, CPAM, HCL, Mécènes privés, Fondations, Caisse d'épargne, LCL, Société Générale...). Ce projet a été inauguré en présence du premier ministre en 2005.

L'exemple de ce projet illustre ce qui peut être favorisé et coordonné par un directeur d'hôpital, en lien avec les personnels socio-éducatifs, les moniteurs, et les équipes médicales, sans financement fléché, uniquement grâce à l'intervention d'associations. Cela renforce l'image de l'institution tout en dotant son patrimoine (puisque les associations font généralement dons de ces types d'installations aux établissements.) Dans un contexte de pénurie budgétaire, il est un épiphénomène encourageant, transposable à d'autres établissements, à condition que le directeur s'en donne les moyens, en favorisant l'éclosion des associations et les intégrant au projet institutionnel jusqu'aux limites de ce qui est autorisé par le cadre légal, identifié précédemment.

Outre l'intervention de l'association « Un fauteuil à la Mer », d'autres associations internes, toujours coordonnées entre elles, mènent à bien divers projets pour les enfants et les adultes handicapés. Notamment « Roue Libre », association agréée par la direction de la jeunesse et des sports, et affiliée à la Fédération Française de Handicap, a vocation à récolter des fonds auprès de financeurs privés (Caisse d'épargne...) afin de financer des matériels visant à la pratique du sport chez les handicapés physiques et visuels. Il s'agit précisément de l'achat de fauteuils adaptés au basket, à la randonnée, à la course...

De nombreuses manifestations se déroulent très régulièrement sur le site de l'hôpital ou bien à l'extérieur, qui permettent aux handicapés anciens et à ceux encore hospitalisés après un accident, de se rencontrer, d'échanger, de trouver de nouvelles sources de satisfaction à travers le sport. Là encore, le directeur autorise et encadre ces activités hors du soin, qui participent à la réputation de l'établissement.

M. Thierry ORTEGA, également président de l'association « Entraide » à l'hôpital Renée SABRAN, propose par ailleurs des activités et animations sportives quasi mensuelles impliquant handicapés et valides, personnalités, société civile, médias...dans l'enceinte de l'hôpital ou à l'extérieur, auxquelles est conviée la ville entière. Cette ouverture à la cité

relayée fréquemment par les médias, est une des sources constantes qui alimentent la qualité de l'image de l'hôpital. Là encore, le directeur œuvre pour accompagner les projets qui lui sont proposés par les associations, dans l'intérêt collectif.

M. ORTEGA, qui grâce à sa crédibilité et son ancienneté dans l'engagement associatif réalise des levées de fonds étonnantes souligne : « Le plus difficile est d'acquérir la crédibilité initiale. Avec l'expérience, nous finissons par être reconnus. Nous devenons également des experts pour rédiger des dossiers de demandes de financement, forts de nos réussites passées. »

De surcroît, de nombreuses autres associations sportives, externes à l'hôpital, ont signé une convention de partenariat avec l'établissement, afin de proposer des actions sportives sur site, ou dans le cadre d'un partenariat. (Voile au large...)

Hors du cadre du handicap, plusieurs associations dont la vocation n'est pas uniquement sportive, ont ratifié des conventions de partenariat avec l'établissement, ce qui donne lieu à des projets sportifs. Pour exemple, les Mucobattants, association nationale de lutte contre la mucoviscidose, rattachés au CRCM, proposent, entre autre, des sorties randonnées ou voiles, aux adolescents malades.

D)M. Thibault BARROIS, outre ses activités associatives gérées hors de son temps de travail, (mais à son bureau), a, comme nous l'avons dit, pour mission de favoriser la réinsertion des patients, à travers l'apprentissage d'une pratique sportive.

Ceci permet aux malades et handicapés de se réapproprier leur nouveau schéma corporel, de retrouver des sources de valorisation personnelle... À cet effet, il conduit activement les patients qui le désirent, après les avoir démarchés, à participer quotidiennement à des initiations, des entraînements, des matchs... auxquels il invite des malades et handicapés extérieurs. Le réseau local de partenariat qu'il a établi avec la ville de Hyères permet par ailleurs aux hospitalisés de bénéficier de l'ensemble des infrastructures sportives de la ville, le trajet restant à la charge de l'hôpital grâce à une navette équipée pour les handicapés. Ainsi les patients de Renée SABRAN pratiquent le ping-pong, le handivélo...

Pour M. Thibault BARROIS, les activités hospitalières et associatives ne peuvent qu'être imbriquées, suivant un cadre conventionné avec l'établissement. En effet, ne disposant pas de budgets de financement propres pour remplir sa mission, l'imbrication de ses deux activités favorise la continuité de la prise en charge.

Historiquement, à travers son engagement sportif depuis 1976, le pavillon Kermès a pu transmettre à certains patients de nouveaux objectifs de vie, dès l'annonce de leur handicap. Quelques anciens hospitalisés de l'hôpital Renée SABRAN se sont, à partir de ce moment, à tel point investis dans le sport, que certains ont été sacrés champions du

monde ou champions paralympiques dans les catégories de handicap qui les concernait (basket, ping-pong...)

E) Par ailleurs, et toujours hors du cadre associatif, les activités sportives sont également portées par d'autres professionnels.

En lien avec M. BARROIS, d'autres pavillons de l'établissement ont également investi ce domaine. Ainsi, le pavillon de gériatrie propose une activité dite sportive, aux patients et résidents hospitalisés. Mme Sylvie FOURNIER, chef du service de gériatrie à l'hôpital Renée SABRAN constate : « l'activité sportive auprès des personnes âgées dégradées est très limitée et n'a rien à voir avec le programme « Bien Vieillir », qui ne s'étend pas sur la question des quatrième et cinquième âges. Ces catégories de populations, très fragiles, sont plutôt dans une démarche de préservation. Par conséquent, notre animatrice propose des séances de mobilisation actives des membres, et des mouvements de yoga adaptés aux personnes âgées en fauteuils roulants. Ceci revêt un intérêt tant thérapeutique qu'occupationnel.

Dans le même ordre d'idée, Mme Cathy SORNAY, animatrice au CRCM, s'attache à favoriser les pratiques sportives auprès des adolescents hospitalisés au CRCM. « Ces adolescents sont une population fragile. Ils se considèrent souvent sursitaires face à une maladie induisant une espérance de vie courte, sans greffe pulmonaire. Par conséquent la plupart de ces adolescents n'ont pas de véritable hygiène de vie. La pratique du sport apparaît dans ce contexte essentielle, car elle les occupe et leur procure un cadre auquel il peuvent se référer. »

Dans le service de réadaptation cardiaque, le programme sportif est inhérent au traitement thérapeutique. C'est la raison pour laquelle il est mené par des soignants, kinésithérapeutes, qui se sont formés aux techniques de relaxation et Shi Qong. À nouveau dans ces cas, la frontière poreuse entre soin et non soin est franchie.

Ainsi le sport à l'hôpital Renée SABRAN est implanté grâce à la volonté de l'institution, autant que celle des associations, domaine dans lequel les personnels sont très engagés. Cela leur permet, entre autre, de se réapproprier différemment leur outil de travail en s'investissant dans des missions annexes. Cela enrichit leur travail et les valorise à titre individuel et collectif. Cela autorise encore, la création d'une cohésion d'ensemble entre les équipes. En résumé, cela semble prendre le contre-pied d'une idée reçue qui voudrait que les personnels se désengagent progressivement de l'hôpital. L'activité hors du soin semble leur permettre au contraire de revisiter leurs missions en la complétant par une démarche associative.

D'autres secteurs d'activités hors du soin sont tout autant représentés à l'hôpital Renée SABRAN, là encore en partie grâce au tissu associatif.



2.2.2 L'hôpital Renée SABRAN est attaché au développement de nombreuses autres activités hors du soin, dans lesquelles les associations gardent une place prépondérante.

L'activité hors du soin à l'hôpital Renée SABRAN ne concerne pas uniquement le sport. Les dimensions en lien avec l'animation, la culture, les offres de service, sont également représentées.

A) L'offre de services à l'hôpital Renée SABRAN profite d'une configuration spécifique :

L'hôpital, excentré par rapport au centre ville de Hyères, situé à proximité d'un village dont il concentre une bonne part de l'activité, disposant de surcroît d'une plage publique et d'un cadre particulièrement beau, est marqué par son ouverture à l'extérieur, a fortiori en été. Cette configuration a participé à la volonté de l'hôpital, de mettre à disposition un local depuis une quinzaine d'années, pour l'ouverture d'une cafétéria, point presse, dont Relais H détient aujourd'hui la redevance.

Comme le souligne M. Denis CHABRIOL, responsable commercial de la région sud-est à la société Relais H, « l'hôpital Renée SABRAN est caractérisé par une population captive et saisonnière qu'il faut respecter. Par conséquent, les tarifs appliqués aux consommateurs dans l'enceinte de l'établissement, se révèlent être meilleur marché qu'en centre ville

(café à 0,85 centimes). Seules la presse et la librairie ont des tarifs fixes. Pour le reste, les prix sont adaptés à chaque établissement. Respecter cette population captive, c'est aussi pour les partenaires que nous sommes, s'inscrire dans la durée. »

Face au surcroît d'activité estivale, l'établissement a également mis à disposition de l'entreprise, une paillote sur la plage, à proximité des aménagements de l'association « Un fauteuil à la mer ». La densification de la population circulant dans l'hôpital en été, en raison de la plage, mais aussi de l'importante activité nautique organisée par les associations, a favorisé l'ouverture d'un snack du type de ceux qui se trouvent sur toutes les plages du littoral. Il s'agit d'un concept original, au vu de l'activité traditionnelle de Relais H. « En cela, reprend M. CHABRIOL, le projet est innovant, intéressant, et rentable mais peu transposable. Néanmoins, l'expérimentation est concluante. Les malades ou handicapés, familles, visiteurs, personnels ou simples touristes se croisent en maillot de bain, dans une ambiance estivale, ce qui désacralise la maladie pour les hospitalisés. Nous évaluons, ici comme ailleurs, notre activité tous les deux ans, en distribuant aux consommateurs une carte T, afin qu'ils s'expriment sur la qualité du service et des produits, ainsi que sur leur ressenti. Nous évaluons également l'accueil réservé à la clientèle deux fois par an, de façon aléatoire, en envoyant des visiteurs mystères. »

L'hôpital et son directeur, ont là encore vocation à superviser les activités en question, à valoriser les expériences répondant aux besoins spécifiques, et à les contrôler afin de préserver les usagers d'éventuels abus.

D'autres offreurs de service interviennent également pour proposer des distributeurs automatiques de boissons, la télévision, ou une coupe de cheveux. L'hôpital s'est, voilà vingt ans, proposé de financer les interventions de la coiffeuse auprès des résidents de gériatrie et des enfants du service de moyen séjour. Ceci a perduré dans le temps malgré les restrictions budgétaires, et est accueilli par les familles de façon très enthousiaste.

B) Les activités hors du soin, à type d'animations, menées dans les services de l'établissement sont riches, et tentent de pallier la sensation d'enfermement de certains patients, présents sur le site de l'hôpital depuis plus de vingt ans.

Là encore l'objectif est de créer du lien, de s'ouvrir vers l'extérieur et vers les autres patients, afin de favoriser la prise en charge la plus globale, précise Mme Christiane MILLOT, éducatrice, animatrice au pavillon gériatrie de l'hôpital Renée SABRAN. « Certains patients sont enfermés dans leur monde et n'en sortent qu'occasionnellement, notamment au cours des activités collectives qui sont présentées. Nous proposons des ateliers mémoire pour les personnes âgées, des jeux de société, des projections vidéo, des rencontres avec les enfants de la crèche de l'établissement (avec interrogations sur le plan de l'hygiène), la visite de maîtres chien, des ateliers cuisine... Nous disposons pour cela d'un petit budget hospitalier et de financements associatifs. Ces animations satisfont

les familles et les patients qui, pour certains, ont connu d'autres institutions, et savent à quel point c'est un luxe. Mais c'est un des prix à payer pour réhumaniser les hôpitaux. Pour autant, la plupart des patients restent passifs, non pas qu'ils se moquent de tout cela, mais plutôt parce qu'ils s'inscrivent dans un processus de régression, vraisemblablement potentialisé par une institution qui les infantilise, malgré sa bonne volonté. »

Toutes ces animations interrogent notamment, comme nous l'avons signalé, sur le plan juridique. De même, on flirte là encore, avec la dimension thérapeutique, dans la mesure où certaines actions sont mal définies. Par exemple, la présence de maître chien est vécue comme une animation par les patients, alors que certains médecins considèrent cela comme de la caninothérapie. Le fait qu'une activité, quelle qu'elle soit, revête une dimension thérapeutique renforce aux yeux de ces derniers le poids d'un projet, alors que ce n'est pas forcément l'attente de l'institution. Pour autant, et malgré ces remarques, il ne semble pas pertinent de cesser ces activités d'animation car elle rythme la vie de résidents qui n'ont plus de repères spatio-temporels.

Les séances d'animations inter services existent également, mais doivent respecter des consignes d'hygiène particulières, et prendre en considération le ressenti des patients, auprès desquels les personnes très handicapées génèrent parfois angoisse agressivité... (Phénomène de miroir, ou à l'inverse trop grande empathie). Des artistes locaux interviennent pareillement auprès des malades, afin d'animer des séances artistiques à type d'ateliers peinture, (réalisation de fresque exposée dans le hall d'un des services de l'établissement), sculpture, dessin, ceci financé par les HCL ou certaines associations. Enfin il faut constater que là encore, ces séances d'animation ne donnent pas lieu à une cotation PMSI, ce qui permettrait aussi de reconnaître le travail effectué par ces professionnels.

C) L'accueil des familles est également privilégié, dans la mesure où l'hôpital Renée SABRAN touche un bassin de population régional voire national en période de congés.

Ainsi depuis des dizaines d'années, un bâtiment appartenant aux HCL, constitué d'une quinzaine de chambres et extérieur à l'établissement, a été aménagé pour recevoir des familles. (Chambres avec sanitaires, douche, TV, coin repas). Ces dernières financent pour partie leur séjour (environ 40€ par semaine), en complément du financement HCL (20€). L'entretien est effectué par le personnel de l'établissement. Ce type d'activité hors soin n'est pas rentable, au vu des coûts inhérents à l'entretien d'un tel bâtiment, mais participe du rayonnement de l'institution et renforce son attractivité, ce qui impacte indirectement ses financements T2A, ou budget global. Comme le précise Mme Arlette MEURIOT, attachée d'administration hospitalière et responsable des services financiers à l'hôpital Renée SABRAN, « il est relativement facile de savoir ce que coûte cette activité

hors du soin, comme la plupart des activités comparables, mais il est quasiment impossible d'en évaluer les impacts en terme de bénéfices qui, s'ils existent sans doute, sont dilués dans la masse. Il n'existe aujourd'hui aucun indicateur fiable permettant de flécher les bénéfices d'une telle activité, sinon la satisfaction des usagers. » Ces projets de maison des parents, même s'ils ont un coût de fonctionnement élevé, sont néanmoins valorisés par les HCL, qui inaugureront prochainement « le petit monde » dont les travaux se terminent au mois d'octobre à Lyon.

L'accueil des familles est également encouragé par l'institution, dans le cadre de mises en situation de sorties de patients handicapés. Un studio aménagé en complète autonomie, permet aux familles de retrouver leur proche dans un environnement comparable à celui du domicile. Les équipes médicales tentent par ce biais d'évaluer le degré d'autonomie du patient, mais également de lui fournir un lieu discret et tranquille dans lequel il peut retrouver un semblant d'intimité et de normalité.

D) Dans le domaine de la culture, l'hôpital Renée SABRAN a créé un poste de référent en 1998, dès les frémissements du phénomène culturel à l'hôpital, dans la continuité d'un emploi jeune, et cela afin de favoriser le décloisonnement des services.

Mme Béatrice FILLETTE, a obtenu son DEFA, grâce à un financement hospitalier. Elle a aujourd'hui comme tâche d'organiser et coordonner l'ensemble des actions culturelles menées sur site, qu'elles soient d'initiatives locales ou nationales. Elle relate : « Il est difficile d'appréhender toutes les dimensions de cette mission, tant le champ des possibles est élevé, et tant le nombre d'intervenants potentiels est grand. Dans le cadre de manifestations nationales (lire en fête, la fête de la musique...), je dois relayer l'information, tout en proposant des déclinaisons locales, qu'il s'agisse de produits finis ou de projets à mener. Pour autant, les fonds dont je dispose pour mener à bien ces missions sont nuls. Je m'inscris donc dans un partenariat associatif. »

E) Les associations sont, comme nous l'avons vu pour le sport, tout aussi nombreuses à œuvrer dans le domaine de la culture et dans les divers domaines que couvre l'activité hors du soin dont l'animation.

Plusieurs associations sont domiciliées à l'hôpital et animées par des personnels dans quasiment chaque service, chacune ayant signé une convention de partenariat, validée par la direction des HCL.

« L'APAPA », association pour la promotion de l'animation chez les personnes âgées, créée suite à une grosse donation a pour mission de développer les animations du pavillon de gériatrie. Là encore, les budgets hospitaliers étant faibles, « l'APAPA » recueille des fonds au cours des animations organisées.

L'association « Entraide » tente également d'améliorer la qualité de vie des patients, et son activité couvre, chose rare, le court séjour, puisque les malades opérés à l'hôpital

disposent d'un équipement musical et d'un casque pendant les interventions. Il s'agit aussi de financer sorties cinéma, restaurant... pour les malades voire leur famille, ou d'améliorer la convivialité des salles d'attente de l'établissement.

« Entraide » s'investit également dans plusieurs hôpitaux du département, en mutualisant les matériels et les moyens, offrant des places de cirque dans les hôpitaux de la région, finançant l'aménagement d'appartements plein pied pour les handicapés. Son intervention au-delà des frontières de Renée SABRAN est en terme d'image une opportunité pour l'établissement.

Des associations nationales sont également impliquées sur site, notamment dans le domaine de la mucoviscidose. Ainsi, « Vaincre la muco », qui vise à améliorer la qualité de vie des malades, propose des dons en matériel médical, en ameublement paysagés, du temps en personnels. L'association « muco battants » quant à elle, finance des activités d'animations.

L'hôpital Renée SABRAN sait gré aux nombreuses associations de leur investissement auprès des malades et des dons qu'elles proposent. Pour leur rendre hommage, un film a été réalisé en 2006, en partenariat avec la direction de la communication des HCL, dans lequel chaque association locale présente son travail. Ce film a été diffusé lors de la fête patronale de l'établissement, en présence de la direction des HCL, et des personnalités locales. La valorisation que l'hôpital confère aux associations est garant de la continuité de leur action, et marque l'engagement de l'établissement en la matière.

On le constate de façon concrète, l'activité hors du soin est un poumon à l'hôpital Renée SABRAN, bien que les budgets alloués par ce dernier soient maigres. Les associations jouent dans ce domaine un rôle fondamental, que le directeur entretient et valorise. C'est un outil de communication, un objet de satisfaction pour les patients et une source de financement parallèle.

La politique menée dans le cadre de l'activité hors du soin est réelle et marquée par son efficacité. Ces expériences, susceptibles d'être reproduites à l'envi, nécessite néanmoins de la part du directeur une réelle motivation qu'il devra transmettre aux personnels, à moins que ce ne soit le contraire ?...

Afin de souscrire à l'engagement institutionnel en matière d'activité hors du soin, le travail mené autour de ce mémoire a débouché sur quelques projets concrets plus précisément dans le domaine du sport, qui vont être présentés dans les paragraphes suivants.

2.3 La réflexion menée autour de ce mémoire a donné lieu à la mise en place de différents projets sportifs, s'inscrivant dans la politique institutionnelle de l'hôpital Renée SABRAN.

La place que les activités sportives occupent à l'hôpital Renée SABRAN, l'investissement des personnels et associations qu'elles génèrent, le type de population que l'hôpital traite, et l'attente des patients en la matière, a fortiori l'été, ont orienté ce mémoire vers la mise en œuvre d'un projet à caractère sportif.

Ce projet vise plus particulièrement les accidentés et handicapés du pavillon de rééducation fonctionnelle adulte de l'hôpital Renée SABRAN.

Un état de lieux des besoins et des infrastructures sportives présentes sur l'hôpital Renée SABRAN, des interviews et entretiens effectués auprès du chef de service du pavillon de rééducation fonctionnelle adulte et du moniteur sportif de l'établissement, ainsi qu'auprès des responsables nationaux et locaux en charge du sport dans les institutions publics, ont permis de faire émerger une réflexion aboutissant à la mise en œuvre d'un partenariat dont devraient découler de nouveaux projets, visant notamment à réhabiliter certaines installations sportives, existantes sur le site, mais également à améliorer la qualité des prestations sportives proposées.

2.3.1 La volonté d'améliorer les infrastructures sportives existantes sur l'hôpital Renée SABRAN donne lieu à une demande auprès de la Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, et auprès du comité paralympique français.

La rédaction de ce mémoire a nécessité une phase d'exploration dans laquelle les possibilités d'action du directeur d'hôpital, visant à favoriser l'amélioration de la qualité du séjour des patients et résidents, ainsi que l'ouverture de perspectives d'avenir pour eux, à travers la pratique d'un sport, ont été évaluées.

A)La volonté du législateur, affichée dans la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées¹⁰⁶, notamment dans son article 41, était de favoriser l'aménagement de l'accessibilité des installations des établissements publics, à destination des personnes handicapées. Des budgets sont prévus afin de mener à bien les restructurations sous dix ans.

L'entretien mené auprès de M. Pierrick GIRAUDEAU, (correspondant national sport et handicap, ministère jeunesse et sports) le confirme : « Pour ce qui est de l'aménagement

¹⁰⁶ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Journal Officiel n° 36 du 12 février 2005, page 2353, texte n° 1.

de l'accessibilité des installations sportives aux handicapés dans les établissements publics, et notamment dans les établissements hospitaliers qui en détiennent, un budget annuel, géré par le CNDS, a été débloqué par le ministère. L'instruction 05-087JS du 8 avril 2005 précise les modalités de gestion de l'enveloppe « accessibilité ». Ce budget n'a été utilisé qu'à hauteur de 40% en 2006, soit deux millions d'euros sur les cinq millions prévus. Le déficit de projets est tel qu'il nous est nécessaire de lancer une nouvelle campagne d'informations auprès des directions départementales et régionales jeunesse et sports à compter d'octobre 2007, afin qu'elles relayent l'information auprès des utilisateurs, des associations et des institutions et mairies. Au total, les 96 DDJS et les 22 DRJS nationales vont être sollicitées, soit près de 120 responsables sur le territoire qui vont transmettre l'information. En 2006, sur toute la France, seuls 57 dossiers ont été déposés, dont 80% ont été validés.

Ces projets peuvent concerner l'adaptation des revêtements sportifs sur des terrains de baskets, des cours de tennis, comme à Sophia Antipolis, dans les Alpes Maritimes, projet dont le montant avoisinait les 13.000€, la création de rampe d'accès ou d'ascenseur, la mise en service de sanitaires adaptés, la construction de chalets destinés à recevoir des skieurs handicapés, comme à Embrun. Pour exemple, sur le département du Var, le déficit de projet en 2006 est quasi-total.

M. AUBERGER, président de la commission nationale handisport et du comité paralympique français est en charge de ce dossier avec le CNDS. Les projets d'adaptation ou de rénovation des infrastructures sportives, doivent être montés par des associations locales, puis transmis à la commission nationale handisport. Les projets sont validés directement par le ministère via le CNDS et le comité paralympique sans intervenants locaux ou régionaux. »

Outre les informations collectées auprès du ministère, une étude de besoins a été réalisée concomitamment, au cours d'entretiens menés auprès de M. Hubert TOURNEBISE (chef de service de rééducation fonctionnelle adulte) et de M. Thibault BARROIS (moniteur sportif, président de l'association « Roue Libre » à l'hôpital Renée SABRAN). Ces derniers ont pointés des besoins concernant, entre autre, la réhabilitation des cours de tennis dont dispose l'hôpital Renée SABRAN. En effet, ces deux cours sont excentrés par rapport au coeur de l'hôpital, situés à une des extrémités du parc (de 35 hectares) et peu accessibles pour des handicapés puisque la voie d'accès est un chemin forestier. De surcroît, l'accessibilité au cours lui-même est mauvaise et nécessiterait une rampe d'accès. Enfin, le revêtement des cours est endommagé et non adapté à la pratique du handitennis.

De surcroît, M. Hubert TOURNEBISE a lié des contacts avec la Direction départementale de la jeunesse et des sports du Var, dans l'objectif de pouvoir obtenir des informations sur un éventuel financement dans ce cadre.

Par conséquent, au vu de l'analyse des attentes et besoins locaux et des budgets nationaux susceptibles de pouvoir les financer, M. Thibault BARROIS, dans le cadre de ses activités associatives s'est proposé pour dresser un dossier préliminaire de demande de subvention auprès du ministère, qui donnera lieu, dans un deuxième temps, à la rédaction d'un projet formalisé de demande de subvention, incluant selon les besoins : les statuts de l'association « Roue Libre », l'extrait du journal officiel attestant de la déclaration de l'association, le récépissé de la dernière déclaration en préfecture, la liste des membres du conseil d'administration de l'association, le procès verbal de la dernière assemblée générale et le rapport moral et d'activité approuvé, le budget prévisionnel annuel, et le bilan et compte de résultat du dernier exercice clos adoptés, une fiche de situation au répertoire SIRENE, un état des lieux des infrastructures en place avec photos, une fiche projet incluant l'objet et le descriptif détaillé du projet, une analyse des besoins en terme de travaux et aménagement, différents devis d'entreprises locales ainsi que l'extrait du conseil d'administration adoptant le budget prévisionnel de l'activité à financer, la finalité du projet et l'utilisation qui en sera faite, un programme prévisionnel des actions envisagées, un relevé d'identité bancaire.

Si le projet en question est susceptible de survivre à la rédaction de ce mémoire, il ne peut, en l'état actuel d'avancement des négociations et vu le temps nécessaire à réunir les documents, être détaillé plus avant. Il semble néanmoins qu'une nouvelle dynamique ait été enclenchée et qu'elle autorise à présager de résultats.

Nonobstant les résultats, la démarche semble transposable à d'autres établissements, et ce au cours des huit prochaines années au moins, c'est-à-dire, jusqu'à l'aboutissement des projets de mises aux normes d'accessibilités des infrastructures sportives pour les personnes handicapées, au sein des hôpitaux.

Ces financements, permettant des mises aux normes, en lien avec la loi du 11 février 2005, peuvent également s'appliquer à d'autres domaines de compétences hospitalières que le sport et être transposables.

B) Dans un autre champ d'action, M. Pierrick GIRAUDEAU a également avancé l'hypothèse de financement pour diversifier ou améliorer les infrastructures et les matériels sportifs dont dispose l'hôpital Renée SABRAN, et ce hors du champ de la loi du 11 février 2005.

En effet, les demandes de financement de projets locaux, émanant d'établissements publics, et visant à rénover des infrastructures ou à acheter du matériel sportif à destination des personnes handicapées, peuvent être acheminées au pôle ressources national sport et handicap du CREPS de Bourges¹⁰⁷, établissement public national du ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, qui recense les initiatives locales visant à l'adaptation des locaux et qui travaille sur le développement de conventions d'objectifs entre les partenaires des projets. Ce dernier saisira le CNDS afin de statuer sur le financement du projet.

Comme nous l'avons vu, les moyens visant à financer les actions locales sont importants et en augmentation, provenant entre autre, des droits télévisuels du football, des gains du loto sportif... Pour autant, comme nous l'avons également identifié, les problèmes que soulève ce type de financement risquent de compromettre l'aboutissement du projet à travers des contingences externes.

En outre, ces projets pour aboutir, doivent revêtir un minimum de conditions : l'équipement doit avoir un intérêt qui dépasse le strict niveau local. Il doit permettre d'accueillir des compétitions et manifestations sportives de portée départementale. Il doit également s'intégrer au dispositif des filières d'accès au sport de haut niveau. Enfin, l'équipement doit être inscrit dans un contrat.

Néanmoins, M. Thibault BARROIS, dans le cadre de son activité hospitalière, a été missionné sur le projet, qu'il tentera de faire aboutir afin de débloquent des financements pour l'acquisition de handibikes supplémentaires, ainsi que de fauteuils tout terrain.

2.3.2 La mise en œuvre d'un partenariat entre la DDJS du Var, la DRJS PACA et l'hôpital Renée SABRAN, permettra de mener à bien, coordonner et financer un projet à caractère sportif

Outre ces projets pilotés par le ministère, en partenariat avec le Comité paralympique ou le CREPS, ce mémoire a également pu aboutir à la création d'un groupe projet visant à mettre en place un partenariat entre les DDJS du Var, la DRJS PACA, et l'hôpital Renée SABRAN.

Là encore, au cours de la collecte des informations nécessaires à la rédaction de ce mémoire, les besoins exprimés et des moyens existants ont été mis en convergence.

¹⁰⁷ CREPS RÉGION CENTRE. Présentation. [Visité le 20 juillet 2007], disponible sur Internet : <http://www.creps-centre.jeunesse-sports.gouv.fr/>

A) Lors des entretiens menés, M. Thibault BARROIS, a déploré le fait qu'afin de pouvoir organiser des sorties en mer, l'hôpital Renée SABRAN était obligé de faire appel à un moniteur de voile, diplômé d'état.

Non seulement, l'intervention de ce moniteur a un coût pour l'établissement qui finance la prestation, mais de surcroît, il ne peut être sollicité que sur la période estivale. Par conséquent, l'hypothèse de former M. Thibault BARROIS au monitorat de voile, sanctionné par un brevet d'état, a émergé. Ceci lui permettrait d'acquérir une connaissance théorique et pratique du handisport concerné, et il pourrait, par conséquent, encadrer seul les populations de patients concernées. Cela permettrait également à l'établissement d'organiser des sorties en mer toute l'année, et éviterait le surcoût lié à l'emploi d'un moniteur saisonnier.

De la même façon, l'établissement emploie ponctuellement un moniteur de kayak de mer, afin de permettre des sorties malades et handicapés sécurisées. Une formation de moniteur de kayak de mer délivrée à M. Thibault BARROIS, pourrait, dans la même mesure, alléger les charges de l'établissement, et élargir le spectre d'action de ce dernier en matière d'offre sportive.

D'autres besoins moins prégnants ont été mis en avant par M. BARROIS, notamment, la possibilité de présenter aux personnes handicapés et malades hospitalisées sur l'hôpital Renée SABRAN, l'ensemble des handisports qui peuvent être pratiqués, ceci afin d'offrir une gamme la plus exhaustive possible. Hormis les sports nautiques en été, le handibasket est le sport le plus pratiqué sur l'hôpital Renée SABRAN, étant donné l'état des infrastructures. Celui-ci ne correspond pas toujours aux attentes de certains patients.

M. le docteur TOURNEBISE a largement corrélié ce besoin, précisant que des contacts avaient été pris avec la direction départementale jeunesse et sports du Var, afin de chercher des financements pérennes. Néanmoins ce projet n'avait pu encore aboutir.

B) Parallèlement à cette approche de terrain permettant l'inventaire des besoins, les entretiens menés auprès de M. Guy LAURENT, conseiller technique et pédagogique supérieur, chargé des activités physiques et de la surcharge pondérale à la DDJS du Var, et M. Jacques PRUVOST, médecin du sport à la DRJS PACA, ont permis de mettre en lumière les moyens disponibles ainsi qu'une expérience locale concrète.

M. PRUVOST et LAURENT relatent : « L'hôpital Léon BÉRARD, PSPH disposant de plusieurs services de moyen séjour, et distant de cinq kilomètres de l'hôpital Renée SABRAN, a fait appel à nous il y a deux ans, pour qu'une convention soit établie. La direction de l'hôpital Léon BÉRARD a été sensibilisée à l'intérêt de développer une offre dans le domaine sportif par le cadre kinésithérapeute, très engagé sur ce terrain. Cette

convention a débouché sur la formation d'un éducateur sportif, visant à prendre en charge les seniors, dans le cadre d'une démarche à la fois de loisir, et de prévention de l'ostéoporose, du diabète et du vieillissement. Le domaine d'application de ce projet s'est rapidement élargi à la sphère pédiatrique, qui revêt également cette double approche de loisir et de prévention, notamment pour l'asthme et la surcharge pondérale.

En contre partie de cette formation délivrée, l'hôpital Léon BÉRARD s'est engagé dans le partenariat en mettant ponctuellement à la disposition de la DDJS du Var, des locaux dans lesquels la DDJS organise des formations à destination des kinésithérapeutes, médecins, infirmiers, et moniteurs sportifs du département, afin de les sensibiliser à l'intérêt de l'initiation et la pratique d'un sport chez les populations de malades et handicapées. Une conférence sur le « Bien Vieillir » a d'ailleurs très récemment eu lieu.

L'intérêt de dispenser des formations et d'animer des conférences au sein d'un établissement de santé est triple. Tout d'abord, il permet à des professionnels libéraux de rencontrer leurs homologues du public ou d'établissements PSPH, dans le cadre d'échanges d'expérience et de mise en place de filières de prise en charge. D'autre part, il permet de sensibiliser l'ensemble des personnels présents sur le site de l'établissement aux bénéfices attendus de la pratique d'un sport chez les populations âgées ou malades, tant dans une approche thérapeutique que ludique. Enfin, en terme d'image, l'établissement mais aussi la commune impliquée dans le projet en retirent des avantages, puisque ces conférences peuvent être médiatisées.

Par ailleurs, suite à cette convention, un centre médico-sportif a été créé à l'hôpital Léon BÉRARD, financé par la DRJS, qui permet le suivi médical des athlètes de haut niveau présents sur la région. Le financement DRJS émane de subventions versées par le CNDS, rattaché au ministère.

L'organisation des conférences peut, par ailleurs, être subventionnée par les communes avoisinantes, en plus des financements CNDS. Des sponsors ponctuels peuvent également être impliqués.

C'est aujourd'hui dans le département du Var, le seul établissement qui bénéficie du soutien de la DDJS pour le montage de projets sportifs, aucun autre établissement n'ayant à ce jour formulé de vœux. »

C)Étant donné ce contexte favorable, les attentes des personnels de l'hôpital Renée SABRAN et l'engagement de l'équipe de direction sur ce point, un projet de partenariat « Sport et Santé » est en cours de montage entre la DDJS du Var et l'établissement.

Le rattachement de l'hôpital Renée SABRAN aux HCL, et donc, en théorie, aux DRJS et DDJS Rhône Alpes ne semble pas poser de problèmes, dans la mesure où les HCL sont informés du partenariat local, et où les DDJS et DRJS travaillent en réseau. Ainsi, des projets pourraient être montés au niveau local, validés en Rhône Alpes, pour ensuite être

appliquées en région PACA. L'intérêt de faire transiter les projets par la région Rhône Alpes serait, comme le souligne Mme Corinne JOSEPHINE, directeur adjoint à la direction du personnel et des affaires sociales des Hospices Civils de Lyon, de favoriser la création de liens entre les HCL et la DRJS Rhône Alpes, afin que d'autres projets puissent également voir le jour ailleurs que sur le site de l'hôpital Renée SABRAN.

Ainsi donc, une première réunion de travail, préalable à la mise en place d'un partenariat est prévue en novembre 2007, qui réunira le médecin inspecteur, conseiller à la DRJS PACA, le conseiller technique et pédagogique en charge de ce dossier à la DDJS du Var et ses adjoints, la direction de l'hôpital Renée SABRAN, les responsables du pavillon Kermès et le moniteur sportif de l'établissement, l'accord préalable ayant été donné par les intéressés.

Ce partenariat permettra, le cas échéant, à l'hôpital Renée SABRAN de conforter sa place dans un réseau local visant à transmettre de l'informations sur le thème du sport auprès de partenaires extérieurs, s'inscrivant ainsi dans la même dynamique que celle initiée à l'hôpital Léon BÉRARD.

De plus, la possibilité donnée à M. BARROIS de valider ses formations de moniteur, permettra de valoriser l'exercice du sport, comme une façon d'échapper à sa condition de malade ou d'handicapé, prisonnier de son fauteuil roulant, et par conséquent offrir une qualité de service hors du soin renforcée.

Conclusion

Le champ recouvrant l'activité hors du soin est vaste et disparate. Le sport, la culture, la religion, le divertissement... ont néanmoins tous la même vocation : redéfinir l'image qu'un établissement veut donner de lui-même, renforcer la volonté de ce dernier à s'ouvrir sur la cité, répondre aux besoins formulés par des malades qui tentent d'échapper à une réalité qui les obsède, leur faisant perdre leurs repères. Dans ce contexte, et malgré le fait que l'activité hors du soin soit en quelque sorte transgressive à l'institution hospitalière, cette dernière a vocation à produire d'autres repères, langages universels qui favorise l'expression, afin d'aider les malades à surmonter le cap de l'hospitalisation, s'inscrivant dans une prise en charge globale, valorisant une égalité d'accès. Les activités hors du soin autorisent les patients à s'approprier l'hôpital, par l'utilisation de codes communs, et modifie les regards que l'institution porte sur le malade, et que le malade porte sur l'institution.

L'histoire de l'hôpital est de fait consubstantielle à l'activité hors soin. Cette dernière a été présente dans les hôpitaux de façon inégale et cyclique au cours des siècles. Néanmoins, depuis l'apogée de la médecine, et le recentrement sur une approche globale du malade, les activités hors du soin ont trouvé un souffle nouveau. Renforcées par la volonté du législateur de les cadrer, ainsi que celle des tutelles visant à proposer une clarification du paysage institutionnel, corrélées par un changement de paradigme sociétal, affirmées aussi par un phénomène de mode qui se traduit par la multiplication des expériences, notamment dans le domaine de la culture, les activités hors du soin se trouvent confortablement renforcées depuis quelques années dans les hôpitaux.

Ce mouvement a été appréhendé avec une certaine satisfaction par les établissements, bien que cela ne soit pas une préoccupation majeure pour eux, les priorités hospitalières restant centrées sur l'application de la nouvelle gouvernance ou l'adaptation à la montée en charge de la T2A. Néanmoins, l'activité hors du soin est complémentaire et peut, dans une certaine mesure, favoriser le financement de projets, via notamment les associations et les mécènes.

L'intervention de partenaires multiples, animés de motivations diverses interroge néanmoins l'institution qui tente de trouver des solutions pour pérenniser son offre d'activité hors du soin. Le directeur d'hôpital lui-même s'interroge sur la pertinence du rôle qu'il y joue, et ce malgré sa motivation et sa créativité.

Néanmoins, il est le seul susceptible de pouvoir donner à l'activité hors du soin une cohérence vis-à-vis du projet institutionnel, vis-à-vis du renforcement de la démarche qualité favorisant une prise en charge globale, vis-à-vis de la nécessaire ouverture de l'hôpital sur le monde qui l'entoure. Le directeur doit être le garant de la conformité

juridique de l'activité hors du soin et le censeur, au cas où l'évaluation ne serait pas concluante, car il est le seul à avoir une vision prospective globale de l'établissement dans son environnement.

Pour autant, le directeur peut difficilement assumer seul cette tâche. Le paysage constitué autour de l'activité hors du soin reste dense et difficile à cerner. Il dépend non seulement des priorités institutionnelles, mais aussi des politiques publiques, des aléas juridiques, de la bonne volonté des tutelles... Par conséquent, un partage avec d'autres professionnels et d'autres structures dans la logique actuelle des réseaux est indispensable afin de développer partenariats, et coopérations. En cela, l'activité hors du soin participe d'un mouvement général qui tend à renouveler en profondeur la fonction de directeur d'hôpital

L'exemple de l'hôpital Renée SABRAN, tend à prouver que malgré les problèmes existants, l'activité hors du soin participe bien de l'amélioration de l'image d'une institution, permettant, entre autre, aux personnels de se réappropriier l'outil de travail en s'investissant dans des missions associatives annexes, et ainsi de créer une cohésion d'ensemble.

La place du sport étant très particulière à l'hôpital Renée SABRAN au vu de son activité médicale, les choix de mise en œuvre d'actions pratiques sur le terrain en ont été impactés. Des partenariats avec la DDJS du Var et des demandes de subventions à la direction de la jeunesse et des sports ont été effectuées, qui devraient déboucher sur un renforcement de la qualité de l'offre d'activités hors du soin sur l'établissement.



Bibliographie

Textes législatifs :

Loi n° 2006-405 du 5 avril 2006 relative à la lutte contre le dopage et à la protection de la santé des sportifs. Journal Officiel n° 82 du 6 avril 2006, page 5193, texte n° 2.

Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Journal Officiel n° 36 du 12 février 2005, page 2353, texte n° 1.

Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Journal Officiel n° 185 du 11 août 2004, page 14277, texte n° 4.

Loi n° 2003-709 du 1^{er} août 2003 relative au mécénat, aux associations et aux fondations. Journal Officiel n° 177 du 2 août 2003, page 13277.

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal Officiel n° 54 du 5 mars 2002, page 4118, texte n°1.

Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Journal Officiel n°2 du 3 Janvier 2002, page 00124.

Loi n° 99-223 du 23 mars 1999 relative à la protection de la santé des sportifs et à la lutte contre le dopage. Journal Officiel n°70 du 24 mars 1999, p. 4399.

Loi du 9 décembre 1905 concernant la séparation des Eglises et de l'Etat. Journal Officiel du 11 décembre 1905.

MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE, DES FINANCES ET DE L'INDUSTRIE. Décret n° 2006-975 du 1^{er} août 2006 portant code des marchés publics. Journal Officiel n° 179 du 4 août 2006, page 11627, texte n° 20.

MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE, DES FINANCES ET DE L'INDUSTRIE. Décret n° 2004-15 du 7 janvier 2004 portant code des marchés publics. Journal Officiel n° 6 du 8 janvier 2004, page 37003, texte n° 2.

MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE, DES FINANCES ET DE L'INDUSTRIE. Décret n° 2001-210 du 7 mars 2001 portant code des marchés publics. Journal Officiel n° 571 du 8 mars 2001, page 37003.

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS, DE LA SANTÉ ET DE LA FAMILLE. Décret n° 2005-300 du 31 mars 2005 relatif à l'agrément des associations représentant les usagers dans les instances hospitalières ou de santé publique. Journal Officiel n° 76 du 1 avril 2005, page 5875, texte n° 26.

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS, DE LA SANTÉ ET DE LA FAMILLE. Arrêté du 11 août 2006 portant agrément national des associations et unions d'associations représentant les usagers dans les instances hospitalières ou de santé publique.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE, SECRETARIAT D'ÉTAT AUX PERSONNES HANDICAPÉES. Circulaire DHOS/P1 n°2006-538 du 20 décembre 2006 relative aux aumôniers des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. Bulletin Officiel n°07/02 du 15 mars 2007.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE, SECRETARIAT D'ÉTAT AUX PERSONNES HANDICAPÉES. Circulaire DHOS/SDE/E1 n° 2004-471 du 4 octobre 2004 relative à la convention définissant les conditions d'intervention des associations de bénévoles dans les établissements de santé et comportant une convention type. Bulletin Officiel n°2004/43 du 19 octobre 2004.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE, SECRETARIAT D'ÉTAT AUX PERSONNES HANDICAPÉES. Circulaire DHOS/P2 délégation au développement et à l'action territoriale n°2001-386 du 1^{er} août 2001 relative à la formation sur le thème de la culture à l'hôpital. Bulletin Officiel n° 2001/43 du 22 octobre 2001. [Visité le 13/09/07].
Disponible sur Internet :
<http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2001/01-36/a0362356.htm>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE, SECRETARIAT D'ÉTAT AUX PERSONNES HANDICAPÉES. Circulaire DHOS/PMSI n° 2001-105 du

22 février 2001 relative aux évolutions du programme de médicalisation des systèmes d'information pour l'activité de soins de suite ou de réadaptation (PMSI/SSR) des établissements financés par dotation globale. Bulletin Officiel n° 2001/11 du 12 mars 2001.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE, SECRÉTARIAT D'ÉTAT AUX PERSONNES HANDICAPÉES. Circulaire DHOS/FH3/DDAT n° 2000-418 du 24 juillet 2000 relative au développement des activités culturelles dans les établissements de santé. Bulletin Officiel n° 2000/36 du 4 septembre 2000. [Visité le 14/07/2007], disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2000/00-36/a0362551.htm>

Ouvrages :

AUGUSTIN J.-P., GILLET J.-C., 2000, L'animation professionnelle – Histoire, acteurs et enjeux, 1° édition, Paris : l'Harmattan, 188 p.

BARBIER P., 2002, La Venise de Vivaldi, musique et fêtes baroques, 1° édition, Paris : Grasset et Fasquelle, 291p.

BAROU J.-P., CROSSMAN S., 2005, Les clés de la santé indigène, 1° édition, Montpellier : Balland, 143p.

BOULANGER M., 1988, Les Hôpitaux de Rouen : une longue et attachante histoire des origines à nos jours, 1° édition, Luneray : Bertout, 154p.

CHANTE A., 2000, 99 réponses sur la culture et la médiation culturelle, 1° édition, Montpellier : Centre Régional de Documentation Pédagogique du Languedoc-Roussillon 99 p.

CHATARD J.-C., janvier 2005, Sport et santé. Quelle activité physique pour quelle santé ? , 1° édition, Saint Etienne : Presses universitaires de Saint-Étienne, 244p.

CONTANDRIOPOULOS A.-P., 1996, L'hôpital stratège, 1° édition, Paris : John Libbey Eurotext, 317p.

DUTON F., COBOLET G., 2006, La lecture à l'hôpital : état stationnaire, critique ou convalescent ?, 1° édition, Villeurbanne : Presses de l'Enssib, 73p.

EVIN C., 2003, Petit dictionnaire des droits des malades, 2° édition, Paris : Seuil, 308p.

FIERRO A., 1996, Histoire et dictionnaire de Paris, 2° édition, Paris : Robert Laffon, 1580p.

GAULEJAC (DE) V., TABOADA LEONETTI I., 1994, La lutte des places, 1° édition, Paris : Desclée de Brouwer.

HAARSCHER G., 2005, La laïcité, 3e édition, Paris : PUF Que sais-je, 126p.

HUE F., 1903, Histoire de l'Hospice Général de Rouen 1602-1840, 2° édition, Rouen : Lestringant, 187p.

LOMBART J., VANDEWALLE B., 2007, Philosophie de l'hôpital, 1° édition, Paris : l'Harmattan, 163p.

MARTINEAUD J.P., 2002, Les ordres religieux dans les hôpitaux de Paris : les congrégations hospitalières dans les hôpitaux de l'Assistance publique à Paris : des fondations à la laïcisation, 1° édition, Paris : L'Harmattan, 430p.

MANUILA A., MANUILA L., SOURNIA J.-C., 1982, Dictionnaire français de médecine et de biologie, supplément, 4° édition, Paris : Masson, 1014p.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, octobre 2005, Activité physique et santé. Arguments scientifiques, pistes pratiques, 1° édition, Paris : Ministère de la Santé, 55 p.

MOINE H., 1997, Un quart de siècle de vente des vins aux Hospices de Beaune, 1° édition, Paris : Assimil, 180p.

LE PETIT LAROUSSE ILLUSTRÉ, 1980, 1° édition, Paris : librairie Larousse, 1800 p.

POCIELLO C., 2004, Entre le social et le vital. L'éducation physique et sportive sous tensions (XVIIIe-XXe siècle), 1° édition, Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble (PUG), 270p.

POIRIER J., SALAUN F., 2001, Médecin ou malade, la médecine au 19° et 20° siècle, 1° édition, Paris : Masson, 321p.

SCHMITT E.-E., 2002, Oscar et la Dame rose, 1° édition, Paris : Albin Michel, 100p.

SICARD D., 1999, Hippocrate et le scanner, réflexion sur la médecine, 1° édition, Paris : Desclée de Brouwer, 171 pages.

SIRMOND J., 1649, Concilia Antiqua Galliae, tome I, p. 277, édition microfilm, Cambridge: Omnisys, 722p. (Tiré du 15° canon du concile d'Orléans, 28 octobre 549.)

THERET T., 2004, Histoire du sport en Europe, 1° édition, Lyon : l'Harmattan, 270p.

Articles de périodiques :

ANGIER N., décembre 2001, « Les cinq médecines du futur », Courrier International, n° 581-582, pp. 64-75.

AQUATIAS S., mars 2003, « Jeunes et activités physique : quelle place pour la santé ? », La Santé de l'Homme, n°364, pp. 43-44.

AUVILLAIN J., septembre 2002, « L'hôpital s'ouvre sur la cité », Acteurs magazine (Paris), n°68, pp. 11-14.

BAILLY O., janvier 2007, « Artistes en résidence... à l'hôpital », Le Lien Social - Forum Social du Jeudi, n°825, pp. 18-20.

BENATTAR F., juillet 2006, « Activité physique, sport et santé : à la recherche de l'équilibre », Contact Santé, n°217, pp. 8-15.

BONHOMME C., février 2006, « Culture à l'hôpital : un nouveau protocole d'accord », Revue Hospitalière de France, n°508, pp. 71-73.

BONHOMME C., Mai 2007, « Cultures et cités : la vie plus belle... », Revue Hospitalière de France, n°516, pp. 72-73.

BOUCHET A., MORNEX R., GIMENEZ D., avril 2004, « Les Hospices Civils de Lyon : Histoire de leurs hôpitaux. La naissance des Hospices civils de Lyon, extraits choisis par les auteurs », Revue de la Société française d'histoire des hôpitaux, n°116, pp. 24-28.

BRUN N., LASCOUMES P., février 2002, « Le monde associatif et l'hôpital. Les grands secteurs associatifs à l'hôpital. L'action des usagers et de leurs associations : nouveau facteur de qualité ? », Revue Hospitalière de France, n°484, pp. 14-17.

BURGARELLA D., CHOSSAT P., décembre 2005, « Hôpital entreprise : vers un nouveau partenariat. Assistance publique Hôpitaux de Marseille. Ouvrir l'hôpital sur la cité », Revue Hospitalière de France, n°507, pp. 26-29.

CAMARA T., juin 2006, « Anthropologie de la médecine traditionnelle : représentation des maladies et repères culturels. », Migrations Santé, n°119, pp. 31-47.

CHALINE J.-P., 1968, « Les biens de l'hospice de Rouen. Recherche sur les fermages normands au XVIII^e siècle », Revue d'histoire économique et sociale n° 47, pp. 185-202.

CHICHE P., avril 2005, « La laïcité à l'hôpital », Bulletin Juridique de la Santé Publique, n°82, pp. 9-12.

CHICHE P., février 2003, « Le rôle des associations de bénévoles et d'usagers à l'hôpital », Revue Hospitalière de France, n° 490, pp. 57-60.

DESNOS N., décembre 2005, « Hôpital entreprise : vers un nouveau partenariat. Maisons de parents Ronald MacDonald. Le maintien du lien familial », Revue Hospitalière de France, n° 507, pp. 16-18.

DEVAILLY A., mars 1996, « Sport et santé : des rapports conflictuels », Espace Social Européen, n°325, pp. 12-15.

DONADIEU J., janvier 2003, « Les associations de parents, richesses et limites », Enfances et Psy, n°21, pp. 93-98

GARNIER A., mars 1996, « Santé et activités physiques et sportives », Actualité et Dossier en Santé Publique, n°14, p.40.

GUILLAUME-HOFMUNG M., février 2003, « Droits des malades : vers une démocratie sanitaire ? », Problèmes Politiques et Sociaux, n°885, p.122.

HALBA B., avril 2003, « Bénévolat et volontariat en France et dans le monde », Notes et études documentaires, n°5169, p. 143.

JEAN P., août 2002, « Dossier : Droits des malades. Points de vue : les associations de bénévoles », Revue Hospitalière de France, n°487, pp. 18-23.

LEBLEU B., octobre 2004, « Le sport durable, Hippocrate et Galien », Agora, vol.10, n°4, pp. 2-8.

LOGEAIS A.-G., mars 2003, « Prise en charge des patients atteints de mucoviscidose : quel partenariat entre les associations de malades et les hôpitaux dans la nouvelle organisation des soins ? », Gestions Hospitalières, n°424, pp. 228-230.

MARIE P., février 2002, « Le monde associatif et l'hôpital. Les grands secteurs associatifs à l'hôpital. Les associations culturelles à l'hôpital », Revue Hospitalière de France, n°484, pp. 18-21.

MARTZ F., septembre 1996, « L'aumônerie d'hôpital, à l'interface entre médecine globale et religions. », Gestions Hospitalières, n°358, pp. 507-510.

MAYOR F., avril 1996, « Culture et santé », Santé du Monde, vol. 49, n°2, p. 32.

MICHEL A., mars 2003 « Café de la cloche, une fresque pour mémoire », le Progrès, n°18486, p.13

MOSSE P., septembre 1997, « Une analyse socio-économique des frontières de l'hôpital : Le cas des associations et du bénévolat », Gestions Hospitalières, n°368, pp. 505-511.

ROUFF K., octobre 2004, « Soins intensifs, sons inventifs. Le musicien qui inventait des chansons pour chacun », Le Lien Social - Forum Social Du Jeudi, n°727, pp. 14-17.

TRICOT B., janvier 2003, « La place des associations dans l'hôpital », Bulletin juridique de la santé publique, n°58, p. 23.

VALLET G., septembre 1999, « Statut et gestion de l'action associative à l'hôpital », Gestions Hospitalières, n°368, pp. 519-523.

VERNET A., février 2005, « Ethique et fin de vie. Art, mémoire, patrimoine. Les multiples effets d'une action culturelle dans un établissement hospitalier », Gestions Hospitalières, n°443, pp. 110-118.

VUILLEMIN A., janvier 1998, « L'OMS émet des principes pour promouvoir l'activité physique chez les personnes âgées », Gérontologie, n°105, pp. 44-49.

WILLS J., décembre 2000, « De la démocratie sanitaire à la maison des usagers », Soins. Cadres, n°36, pp. 34-37.

Sport, activités physiques et santé, novembre 2004, Vecteur Santé, n°13, pp. 2-10.

Santé et culture, février 2004, « Les clowns de l'espoir : pour supporter l'hôpital », Contact Santé, n° 190, p. 10.

Personnes âgées, février 2003 « Restaurer le lien social. A Bretonneau, la culture ouvre les portes de l'hôpital », la Santé de l'Homme, n°363, pp. 20-21.

Dossier, avril 2006, « Communication, hôpital et médias », JADH le journal de l'association des directeurs d'hôpital, n°2, pp. 12-33.

Thèses et mémoires :

BONGIOVANNI M.P., 1997, « L'hôpital public face aux fondations et aux associations. Dons privés et mécénat à l'hôpital d'Enfants Armand Trousseau (AP-HP). », Mémoire de Directeur d'Hôpital : ENSP Rennes, 84 p.

BOUILLOT M.C., 2003, « La mise en oeuvre d'un projet culturel dans un établissement hospitalier : l'exemple du Centre Hospitalier de Macon. », Mémoire de Directeur d'Hôpital : ENSP Rennes, 79 p.

Ecole nationale de la santé publique, 2003, « Le rôle des établissements sanitaires et sociaux dans les actions de promotion de la santé par les activités physiques et sportives. », Mémoire de Module Interprofessionnel : ENSP Rennes, 30 p.

Ecole nationale de la santé publique, 2000, « Les associations de santé : Un lien entre les usagers et l'institution médicale ? », Mémoire de Module Interprofessionnel : ENSP Rennes, 75 p.

Conférences, congrès, colloques :

BACHELOT R., Conférence de la Fédération des établissements d'hospitalisation privés à but lucratif (FIEHP), « Le rôle des associations dans le fonctionnement de l'hôpital. », 16 octobre 2001, Paris, [visité le 22.06.2007], disponible sur Internet :
<http://perso.orange.fr/paradigme.sante/HTML/conference/C3P/Bachelot%201.pdf>

CH de BLOIS, Forum des associations, « Impact de l'activité culturelle à l'hôpital », 12-13-14-15-16 novembre 2002, Blois, [visité le 3 juillet 2007], disponible sur Internet :
www.ch-blois.fr

FONDATION MEYER, Colloque « Musica et salute », 27-28-29 septembre 2002, Florence, [visité le 05.07.2007], disponible sur Internet :
<http://www.meyer.it/oggetti/1157.pdf>

HERREROS G., Étude de la convention ARH Rhône-Alpes DRAC, décembre 2004, Lyon 2, [visité le 10.08.2007], disponible sur Internet : <http://www.culture.gouv.fr/rhone-alpes/hopital/image/synthese-herreros.pdf>

MINISTÈRE DE LA CULTURE ET DE LA COMMUNICATION, Colloque « Musique à l'hôpital. Des artistes à l'hôpital. », 10-11 décembre 1999, Paris, Paris : Editions Cité de la Musique, 1999, 75p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS, Séminaire de travail DHOS – Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Ministère de la Culture, « Quelle politique culturelle dans les établissements de santé », 24-25 janvier 2002, Paris, [visité le 4 juillet 2007], disponible sur Internet :
http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/culture_hopital/accueil.htm

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS, Séminaire de travail DHOS – Ministère de la Culture, « Culture et Hôpital », 30-31 mars 2004, Paris, [visité le 4 juillet 2007], disponible sur Internet :
http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/culture_hopital/accueil.htm

MINISTÈRE DE LA CULTURE ET DE LA COMMUNICATION, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS, Enquête nationale menée auprès des chefs d'établissements et des responsables culturels des établissements de santé, « Culture et Hôpital : des compétences, des projets de qualité », septembre 2003, Lyon, [visité le 4 juillet 2007], disponible sur Internet :

http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/culture_hopital/enquete2003/enquete_2003.pdf

REDEKER R., Colloque Sport, religion et laïcité, Conférence « Le sport ou la revanche de l'eugénisme », 1^{er} octobre 2005, Paris.

SICARD D., Premières rencontres européennes de la culture à l'hôpital « La médecine au risque de la culture : Un état d'esprit », 5 février 2001, Strasbourg.

Sites Internet :

APHP. Associations et bénévolat. Liste des référents dans les hôpitaux. [Visité le 3 juillet 2007], disponible sur Internet :

http://www.aphp.fr/index.php?module=association&action=affiche_referents&vue=association_referent

APHP. La consultation transculturelle d'Avicenne. [Visité le 18 juillet 2007], disponible sur Internet : http://www.clinique-transculturelle.org/pdf/brochure_consultation.pdf

APHP. Historique de l'APHP. [Visité le 3 juin 2007], disponible sur Internet :

www.aphp.fr/musee et

http://www.aphp.fr/index.php?module=histoire&action=afficher_histoire&vue=histoire_affiche&HOPITAL.NIHOPITAL=20&submit.x=46&submit.y=8

APHP. Historique de l'hôpital Corentin Celton. [Visité le 13 juin 2007], disponible sur Internet : http://corentincelton.aphp.fr/corentin/06_video.html

ARSEC. Agence Rhône Alpes de services aux entreprises culturelles. [Visité le 30 juillet 2007], disponible sur Internet : <http://www.arsec.org/>

CH BLOIS. Associations. [Visité le 10 juin 2007], disponible sur Internet :

<http://www.ch-blois.fr/site/default.php>

CHU NICE. Politique culturelle. [Visité le 14 juin 2007], disponible sur Internet :
http://www.chu-nice.fr/site_CHU/site/afficherRub.php?menu=1&idRub=58

CHU TOULOUSE. Politique culturelle. [Visité le 14 juin 2007], disponible sur Internet :
<http://www.chu-toulouse.fr/spip.php?rubrique278>

CISS. Collectif inter associatif sur la santé. [Visité le 19 août 2007], disponible sur Internet : <http://leciss.org/>

CONSEIL GENERAL 94. Le projet sport, santé et préparation physique. [Visité le 12 août 2007], disponible sur Internet : <http://www.cg94.fr/node/1039>

CRAM SUD EST. Nos missions. [Visité le 20 août 2007], disponible sur Internet :
<http://www.cram-sudest.fr/nosmissions1.htm>

CREPS RÉGION CENTRE. Présentation. [Visité le 20 juillet 2007], disponible sur Internet : <http://www.creps-centre.jeunesse-sports.gouv.fr/>

CRESS PACA. Accueil. [Visité le 21 août 2007], disponible sur Internet :
<http://www.cres-paca.org/>

CRESS PACA. Les 6 CODES de la région PACA. [Visité le 21 août 2007], disponible sur Internet : <http://www.cres-paca.org/presentation/6codes-paca.htm>

CYBERTRIBES. Entretien avec C. HERZLICH : « La maladie, fait culturel » [Visité le 19 juillet 2007], disponible sur Internet : <http://www.cybertribes.com/sante9.html>

DRJS CHAMPAGNE ARDENNES. Pôle Santé. [Visité le 06 juin 2007], disponible sur Internet : <http://www.drdjs-champagne-ardenne.jeunesse-sports.gouv.fr/>

FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE. Accueil. [Visité le 06 juin 2007], disponible sur Internet : <http://www.fhf.fr/>

FONDATION AIR FRANCE. Accueil. [Visité le 18 août 2007], disponible sur Internet :
<http://fondation.airfrance.com/FR/fr/local/accueil/accueil.htm>

FONDATION DES GLAXO-SMITHKLINE. Culture et hôpital. [Visité le 14 juillet 2007], disponible sur Internet : http://www.gsk.fr/gsk/mecenat/part_france_ch.html

FONDATION DES HÔPITAUX DE FRANCE. Accueil. [Visité le 12 juillet 2007], disponible sur Internet : <http://www.fondationhopitaux.fr/accueil/index.php>

FONDATION RONALD MAC DONALD. Accueil. [Visité le 17 juillet 2007], disponible sur Internet : <http://www.mcdonalds.fr/fondation/qui-sommes-nous/fondation-mcdonald.html#>

FONDATION RONALD MAC DONALD. Maison des parents. [Visité le 17 juillet 2007], disponible sur Internet : <http://www.ronaldmcdonald-house.ch/fr/default.htm>

HCL. Accueil des usagers. Projet culture et animations. [Visité le 14 juin 2007], disponible sur Internet : http://www.chu-lyon.fr/internet/accueil_usagers/accueil_animations/sommaire_accueil_animations.html

KINO QUÉBEC, accueil. [Visité le 2 septembre 2007], disponible sur Internet : <http://www.kino-quebec.qc.ca/>

MINISTÈRE DE LA CULTURE ET DE LA COMMUNICATION. Convention du 4 mai 1999 « La culture à l'hôpital ». [Visité le 18 juin 2007], disponible sur Internet : http://www.culture.gouv.fr/culture/politique-culturelle/hopital/Convention_culture_hopital1999.pdf

MINISTÈRE DE LA CULTURE ET DE LA COMMUNICATION. La culture à l'hôpital. [Visité le 18 juin 2007], disponible sur Internet : <http://www.culture.gouv.fr/culture/politique-culturelle/hopital/index.htm>

MINISTÈRE DE LA CULTURE ET DE LA COMMUNICATION. DRAC PACA. [Visité le 18 juin 2007], disponible sur Internet : <http://www.culture.gouv.fr/paca/>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ. Accueil. [Visité le 18 juin 2007], disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/>

MINISTÈRE DE LA SANTÉ. La culture à l'hôpital. [Visité le 09 juillet 2007], disponible sur Internet : http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/culture_hopital/accueil.htm

MINISTÈRE DE LA SANTÉ. Liste des associations agréées au niveau national. [Visité le 16 juin 2007], disponible sur Internet : http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/asso_malades/liste_national.pdf

MINISTÈRE DE LA SANTÉ. Liste des associations agréées au niveau régional. [Visité le 16 juin 2007], disponible sur Internet :

http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/asso_malades/liste_regional.pdf

MINISTÈRE DE LA SANTÉ. 2° programme national Nutrition Santé 2006 2010. [Visité le 17 juin 2007], disponible sur Internet :

http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/pnns_060906/plan.pdf

MINISTÈRE DE LA SANTÉ. Signature du nouveau protocole d'accord 10 janvier 2006 « Culture à l'hôpital ». [Visité le 09 juillet 2007], disponible sur Internet :

http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/31_060110.htm

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS. Espace jeunesse, sports et vie associative. [Visité le 16 juin 2007], disponible sur Internet :

http://www.jeunesse-sports.gouv.fr/sports_1/acces-au-sport-pour-plus-grand-nombre_32/sport-handicaps_50/sport-handicaps_582.html

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS. Plan national « Bien vieillir » 2007-2009. [Visité le 16 juin 2007], disponible sur Internet :

http://www.personnes-agees.gouv.fr/point_presse/d_presse/bien_vieillir_240107/presentation_plan.pdf

MUSIQUE ET SANTÉ. Accueil. [Visité le 14 juin 2007], disponible sur Internet :

<http://www.musique-sante.org/>

MUTUALITÉ FRANÇAISE PACA. Missions. [Visité le 01 juin 2007], disponible sur Internet :

<http://www.paca.mutualite.fr/sitesur/paca.nsf/MutualitePublic?ReadForm&scope=UR>

LE RIRE MÉDECIN. Historique. [Visité le 12 septembre 2007], disponible sur Internet :

http://www.leriremedecin.asso.fr/pages/asso_historique.php

URCAM. Bien vieillir. [Visité le 13 juillet 2007], disponible sur Internet :

<http://recherche.assurance-maladie.fr/cgi-bin/findall?RECMS=PORTAIL&REWEB=PORTAIL&C=123&REFERER=http%3A%2F%2Fwww.urcam.assurance->

maladie.fr&ALLCMS=on&ALLWEB=on&URCAM=on&ALLURCAM=on&WEBREGION=on
&ALLSITE=on&NEWWINDOW=&X=27&UID=&KEYWORDS=bien+vieillir&x=13&y=2

Liste des annexes

ANNEXE 1 :

Questionnaire patients et résidents

ANNEXE 2 :

Convention signée le 4 mai 1999 entre les Ministères chargés de la Culture et de la Santé

ANNEXE 3 :

Protocole d'accord du 10 janvier 2006 signé entre le Ministre de la Culture et de la Communication, le Ministre de la Santé et des Solidarités, et le Cercle des Partenaires.

ANNEXE 4 :

Fiche métier du Ministère de la Santé : « Responsable Culturel »

ANNEXE 5 :

Fiche métier du Ministère de la Santé « Moniteur, éducateur sportif »

ANNEXE 6 :

Convention de partenariat définissant les conditions d'intervention des associations de bénévoles dans les établissements de santé aux HCL.

ANNEXE 7 :

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE, SECRÉTARIAT D'ÉTAT AUX PERSONNES HANDICAPÉES. Circulaire DHOS/P1 n°2006-538 du 20 décembre 2006 relative aux aumôniers des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. Bulletin Officiel n°07/02 du 15 mars 2007.

ANNEXE 8 :

Questionnaire de sortie des patients, Hôpital Renée SABRAN

ANNEXE 9 :

Projet culturel des HCL

ANNEXE 1

Enquête de satisfaction à destination des patients

Ce questionnaire cherche à évaluer votre satisfaction concernant la **qualité de la vie à l'hôpital Renée SABRAN**.

Il a été élaboré afin de servir de base de réflexion lors de l'élaboration d'un mémoire de fin d'étude d'élève directeur d'hôpital. Le thème de ce mémoire est « **Gestion et valeur ajoutée des activités hors du soin à l'hôpital : Quels enjeux, quelles politiques, quels financements** ». Ce mémoire sera évalué par des professionnels de l'École Nationale de la Santé Publique en octobre et novembre 2007.

Je vous remercie de bien vouloir prendre le temps de renseigner cette enquête.

Alban AMSELLI, élève directeur d'hôpital, Bureau du Personnel, Hôpital Renée SABRAN, enquête mémoire de fin d'études, testé le 13 juin 2007

NB : Méthodologie :

Le questionnaire suivant a été distribué en main propre et au chevet de 45 personnes. 33 ont désiré y répondre. Les résultats de l'exploitation de ce questionnaire sont portés à même le document en caractère rouges et gras

Lorsqu'il s'agit d'une question fermée, le pourcentage de réponses apportées est inscrit en regard de l'intitulé

Lorsqu'il s'agit d'une question ouverte, les réponses les plus fréquemment citées sont indiquées, avec le pourcentage de personnes ayant apporté cette réponse.

Ces résultats ne sont pas représentatif mais ont permis d'orienter les questionnements de ce mémoire. La non représentativité de ce questionnaire est à mettre en lien avec le nombre peu important de personnes qui y ont répondu, le type de services médicaux présents à l'hôpital Renée SABRAN, le choix d'interroger des personnes qui sont en mesure de l'être, l'effet de contamination lié à des réponses de groupe, la période à laquelle il a été distribué (début d'été, ce qui a orienté des réponses), l'état de certaines de ces personnes diminuées rencontrant des difficultés à lire, comprendre ou répondre.

Ce questionnaire a permis d'échafauder les thématiques à traiter en regard des attentes des patients.

Questions concernant l'hôpital	Réponses (entourez la bonne réponse)		
1. Pensez vous que l'hôpital réponde à vos besoins personnels ? <ul style="list-style-type: none"> • En terme de santé ? • En terme de qualité de vie ? 	Oui 78% 72%	Non 6% 18%	Pourquoi ? Soins de bonne qualité : 24% Personnel aimable : 15%
2. Comment analyseriez vous votre qualité de vie à l'hôpital si vous ne prenez <u>pas</u> en compte l'aspect soins ?	Très bonne : 12% Bonne : 50% Moyenne : 21% Mauvaise : 6% Très mauvaise: 6%		Pourquoi ? Possibilité de regarder la Télévision 36%, possibilité de promenades dans le parc 18%, de faire du sport 15%, d'aller à la plage 15%, d'aller à la cafétéria 12%, de pratiquer des activités lors d'animations 12%
3. Trouvez vous que le cadre exceptionnel est valorisé par l'institution à travers les aménagements paysagés, les sculptures... ?	Oui 60%	Non 12%	Pourquoi ? Bon entretien 24%, présence de sculptures dans le parc 6% Que manque-t-il ? Entretien moyen 15%, bâtiments en mauvais état 12%, un panneau retraçant l'histoire de l'hôpital 6%
4. Considérez-vous que l'hôpital offre un accompagnement satisfaisant à votre entourage pendant votre hospitalisation (accueil, mise à disposition de logement en cas de besoin, information, offre de services...)?	Oui 30%	Non 6%	Pourquoi ? Possibilité donnée à la famille de dormir dans la chambre 18%, présence de la Maison des parents 15% Que manque-t-il ? Une superette 9%
5. Trouvez vous que l'organisation des soins est adaptée à votre rythme de vie ? (horaire de lever, de repas, de visites, de coucher...)	Oui 18%	Non 45%	Pourquoi ? Ne correspond pas à mes horaires 30%, beaucoup de périodes très remplies et beaucoup de périodes creuses dans une journée 12%
6. Considérez vous que la nourriture proposée à l'hôpital est adaptée à vos besoins durant l'hospitalisation ?	Oui 36%	Non 42%	Pourquoi ? La nourriture n'a pas de goût 36% Je comprends que c'est une nécessité de service 12%
7. Considérez-vous que le confort de votre chambre est adapté à vos besoins durant l'hospitalisation ?	Oui 42%	Non 39%	Pourquoi ? Trop bruyante 15%, mauvais entretien de la chambre (fuite, volets...) 9%
8. Pensez vous que le personnel de soin s'implique pour améliorer votre qualité de vie ?	Oui 57%	Non 3%	Comment ? Personnel souple et disponible 42% Personnel nous accompagne pour des sorties et des courses 24%
9. Quels sont les acteurs qui améliorent votre qualité de vie à l'hôpital <u>hormis les équipes de soins</u> ? (Animateurs sportifs, référent culturels...)	Les animateurs et éducateurs 33%, les associations 18%, le moniteur sportif 15%, les bénévoles (blouses jaunes) 12%, les anciens malades 6%. L'hôpital manque d'éducateurs 9%		
10. Le sport, l'art, la culture, ou diverses animations ont-ils leur place dans un hôpital comme celui-ci ?	Oui 30%	Non 6%	Pourquoi ? Permet de s'occuper l'esprit et passer le temps 15%, permet de rencontrer d'autres malades 9%
11. Connaissez-vous l'existence des bibliothèques de l'établissement ?	Oui 42%	Non 36%	Y avez-vous déjà emprunté un ouvrage ? Oui : 6%
12. Quel type d'animation aimeriez vous voir se développer à l'hôpital Renée SABRAN ?	Sortie en ville plus souvent 18%, bénévoles pour se promener dans le parc 18%, activités le soir et les week-end 15%, Sortie en mer toute l'année 9%, séances de cinéma l'hôpital 9%, ateliers peinture 9%, échange d'animateurs entre services 6%, décompartmenter l'hôpital pour que tous les malades puissent bénéficier de toutes les animations 3%.		

Questions concernant les associations	Réponses (entourez la bonne réponse)		
1. Avez-vous déjà entendu parler des associations de malades qui existent au niveau national et au sein de l'établissement ?	Oui 27%	Non 30%	Lesquelles ? Entraide 15%, un fauteuil à la mer 15%, Téléthon 12%, vaincre la muco 12%, FNATH 9%, Act Up 3%, UNAPEI 3% Qui vous en a déjà parlé ? Le service 9%, autre 15%
2. Ces associations favorisent-elles selon vous l'amélioration de votre qualité de vie et les droits des malades à l'hôpital ?	Oui 30%	Non 12%	Pourquoi ? Associations s'investissent avec leur cœur 9%, peuvent trouver des fonds que n'a pas l'hôpital 6% Quelle place occupent-elles à vos yeux ? Fondamentales pour sortir d'ici, étudier, avoir la télévision... 9%
3. Avez-vous déjà eu à faire à elles à l'hôpital Renée SABRAN ?	Oui 21%	Non 33%	Connaissez vous les missions de quelques une d'entre elles ? Sorties à Porquerolles, au cinéma, à l'opéra, à Eurodisney 15%, rencontres de volley, de basket, de ping-pong 12%, création du ponton d'accès à la plage pour personnes handicapées 12%, exposition de mosaïques 3%, création de Tshirt personnalisés 3%, karting 3% ...
4. Pensez vous que ces associations pourraient faire encore mieux à Renée SABRAN ?	Oui 15%	Non 15%	Comment ? On peut toujours faire mieux 3%
5. Quels projets aimeriez vous voir porter par des associations à l'hôpital Renée SABRAN ?	La télévision gratuite 12%, Internet gratuit 9%, un catamaran (projet en cours) 6%, aller au théâtre 3%		

Questions concernant l'offre de services	Réponses (entourez la bonne réponse)		
13. Les offres de services existantes répondent elles à un besoin chez vous	Oui 42%	Non 18%	Pourquoi ? Je m'y déplace souvent 27% Je ne peux pas me déplacer 15%
14. L'offre de service est elle suffisante à vos yeux au sein de l'établissement, (kiosque à journaux, coiffeuse, TV, Internet...)?	Oui 36%	Non 21%	Pourquoi ? Nous pourrions avoir une superette 12%, une cafétéria toute l'année 9%, un service de location de jeux et films vidéo 6%, un distributeur de billets 6%, un magasin de fleurs 3%, une esthéticienne 3%
15. Aimeriez-vous trouver de nouveaux services au sein de l'établissement ?	Oui 30%	Non 15%	Lesquels ? (Cf. question 19.) Distribution de journaux dans les chambres 9%, moyens de transports depuis le centre ville pour les personnes âgées et les handicapés 6% (hôpital excentré)

Questions concernant l'intervention de professionnels extérieurs à l'hôpital	Réponses (entourez la bonne réponse)		
16. Pensez-vous que l'intervention de professionnels n'ayant pas un lien direct avec le soin mais pouvant atténuer la souffrance aurait son utilité au sein de l'hôpital Renée SABRAN ? (ministres du culte, ou bien spécialistes de « médecines alternatives », et de techniques de relaxation orientales)	Oui 24%	Non 21%	Lesquels ? Je ne sais pas 39% Il y a déjà des séances de relaxation ou de Shi Qong 9% Pourquoi ? A titre personnel, je suis un traitement à base de plantes, je vois un rebouteux...9%,
17. A titre personnel, aimeriez rencontrer ces professionnels à l'hôpital Renée SABRAN	Oui 27%	Non 24%	Pourquoi ? Ca peut aider 12% Je ne suis pas croyant 24%
18. En avez-vous déjà rencontré au sein de l'établissement ?	Oui 15%	Non 42%	Lesquels ? Les kinésithérapeutes qui pratiquent la relaxation 9% L'abbé de l'hôpital 6%
19. A votre avis, les religions ont-elles encore leur place au sein des établissements hospitaliers ?	Oui 30%	Non 27%	Pourquoi ? Oui Historiquement 15%, face à la maladie et la mort 9% Non car l'hôpital doit être laïc 9%

Vous :	Réponses (entourez la bonne réponse)			
6. Vous êtes :	Un homme 42%		Une femme 58%	
7. Vous avez :	Moins de 20 ans 6%	De 20 à 40 ans 33%	De 40 à 60 ans 21%	Plus de 60 ans 40%
8. Vous êtes hospitalisé :	Pour la 1 ^o fois 12%	Vous avez déjà été hospitalisé moins de 3 fois 40%	Vous avez déjà été hospitalisé moins de 10 fois 27%	Vous êtes plus régulièrement hospitalisé 21%
9. Vous êtes hospitalisé à Renée SABRAN depuis :	Moins de 5 jours 12%	Moins de 15 jours 15%	Moins d'un mois 33%	Plus d'un mois 40%
10. En regard de votre état de santé, vous estimez votre situation :	Pas grave 6%	Peu grave 21%	Sérieuse 46%	Très sérieuse 27%
11. Voulez-vous rajouter quelque chose ?				

ANNEXE 2

CONVENTION

ENTRE

LE MINISTRE DE LA CULTURE ET DE LA COMMUNICATION

ET

LE SECRETARIAT D'ETAT A LA SANE ET L'ACTION SOCIALE

Préambule

La nécessité de faire de l'hôpital un lieu plus humain, ouvert à la cité, est aujourd'hui reconnue comme une priorité par l'ensemble du secteur médical et hospitalier. Elle se traduit par des politiques nouvelles visant à améliorer l'accompagnement des personnes hospitalisées et de leur famille, et à assurer aux personnels soignants un cadre professionnel plus agréable.

La culture peut jouer un rôle essentiel dans cette évolution. En dehors de tout objectif thérapeutique, elle participe à l'amélioration de l'environnement des personnes et contribue à favoriser la relation de l'hôpital avec l'extérieur.

La mise en place de projets culturels dans les hôpitaux, l'intervention d'artistes auprès des malades, la mise à disposition d'œuvres d'art ou de livres constituent autant d'éléments de nature à faire de l'hôpital un lieu où la culture est présente.

De la même façon le milieu culturel s'intéresse à l'hôpital car celui-ci réunit des publics potentiels de tous âges et de toutes origines sociales.

Un séjour prolongé à l'hôpital peut être l'occasion d'un contact privilégié avec la culture, d'une découverte de la création artistique, du patrimoine ou de la littérature, et, après l'hospitalisation, donne l'envie de fréquenter davantage les équipements culturels.

C'est pour favoriser le développement des activités culturelles dans les hôpitaux que les deux ministères concernés ont souhaité définir, dans la présente convention, les axes principaux de leur politique commune, afin d'aider les hôpitaux à se doter d'une véritable politique culturelle.

Définitions

Le terme “ hôpital ” fait référence à tout établissement de santé.

Le terme “ équipement culturel ” fait référence à des lieux culturels sous tutelle de l'Etat ou/et des collectivités, proposant des programmes d'action et de diffusion culturelles : théâtres, bibliothèques, musées, centres et écoles d'art ou de musique, centres culturels, monuments historiques, etc...

Article 1

Jumelages entre hôpitaux et équipements culturels

Afin de permettre à un équipement culturel proche d'un hôpital de proposer à celui-ci certaines de ses ressources, des jumelages pourront être mis en place.

Ces jumelages obéissent à trois critères :

- ils se déroulent sur une durée minimale d'un an, éventuellement renouvelable.
- ils favorisent des échanges entre l'hôpital et l'équipement culturel
- ils permettent l'organisation d'un atelier de pratique artistique auprès des malades d'un service, en lien avec des artistes professionnels et sous l'égide de l'équipement culturel.

Les jumelages peuvent obtenir une aide financière du Ministère de la culture auprès des directions régionales des affaires culturelles (DRAC).

Ils peuvent également bénéficier de financements complémentaires du cercle des partenaires de la culture à l'hôpital mis en place conjointement par les deux ministères signataires du présent accord cadre.

Annexes n°1 : définition des jumelages

Annexes n°2 : modalités du Cercle des Partenaires

Article 2

Développement des bibliothèques dans les hôpitaux

La lecture constitue l'axe culturel le plus couramment présent dans les hôpitaux, et le plus pertinent dans la mesure où l'hospitalisation constitue pour beaucoup un moment privilégié d'accès à la lecture. La présence de bibliothèques dans la plupart des hôpitaux, de même que l'implication du secteur hospitalier dans l'opération “ Le temps des livres ” sont les signes de cet intérêt. La présente convention comporte, en annexe, un texte spécifique concernant le développement et l'amélioration des bibliothèques dans les hôpitaux.

Annexe n°3 : développement des bibliothèques dans les hôpitaux.

Article 3

Responsables culturels dans les hôpitaux

La coordination d'activités culturelles dans les hôpitaux nécessite souvent un personnel à la fois compétent et disponible, qui fait défaut dans la plupart des hôpitaux.

Pourtant, toute politique culturelle volontariste nécessite d'être mise en place par un professionnel. Afin de répondre à cette question le présent accord entend favoriser la présence de responsables culturels dans les hôpitaux, le cas échéant auprès des chargés de la communication, en lien avec le milieu culturel professionnel local.

Pour ce faire, les financements proviendront d'une part des crédits de l'Etat (en particulier par le dispositif emplois jeunes qui assure 80% du coût salarial de chaque poste sur la base du salaire minimum), d'autre part par des recettes complémentaires provenant de l'hôpital lui-même et des collectivités locales.

Des formations adaptées seront mises en place à l'initiative du Ministère de la culture et de la communication pour ces responsables culturels.

L'objectif de cent responsables culturels sur cinq ans est fixé par la présente convention.

Article 4

Conventions régionales

Afin de conforter les politiques culturelles des établissements hospitaliers au niveau régional, des conventions pourront être signées entre la DRAC et le ou les hôpitaux d'une ville ou, mieux, entre la DRAC et l'Agence Régionale de l'Hospitalisation. Ces conventions viseront à appliquer localement les différents articles de la présente convention.

Article 5

Evaluation

Le Ministère de la culture et de la communication proposera annuellement au Secrétariat d'Etat à la santé et à l'action sociale, en fin d'année, un bilan des différentes actions auxquelles fait référence la présente convention.

Fait à Paris, le

Pour le Ministère de la culture et
de la communication,

La Ministre
Catherine Trautmann

Pour le Secrétariat d'Etat à la
santé et à l'action sociale,

Le Secrétaire d'Etat
Bernard Kouchner

ANNEXE 3



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de la santé et des solidarités

Ministère de la culture et de la communication

Paris, le 10 janvier 2006

COMMUNIQUE

Signature du nouveau protocole d'accord « Culture à l'hôpital »

Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités, Renaud Donnedieu de Vabres, ministre de la culture et de la communication, et le Cercle des Partenaires * signent mardi 10 janvier 2006, un nouveau protocole d'accord favorisant l'accès à la culture au sein des établissements de santé.

Cet accord s'inscrit dans l'action engagée par le gouvernement en faveur de l'organisation de l'hôpital autour du patient comme lieu de soins et de vie et en faveur du développement des pratiques culturelles, facteurs de lien social.

Le programme dynamique « Culture à l'hôpital » s'adresse aux personnes hospitalisées et reçoit le soutien du monde des entreprises et des fondations. Créé en 1997, il encourage, dans toute la France, la mise en place de jumelages entre des établissements de santé et des équipements culturels (châteaux, musées, conservatoires de musique, bibliothèques ...)

Chaque jumelage s'articule autour d'un projet artistique précis, qui favorise, sur la durée, la participation active des personnes malades et du personnel soignant. Il concerne toutes les disciplines culturelles (initiation au théâtre, à la danse, ateliers d'écriture, arts graphiques, ...) et il est conçu en étroite concertation avec le milieu hospitalier en considérant la pathologie et l'âge des patients.

Pour développer ces partenariats, le Gouvernement a incité un cercle d'entreprises et de fondations à s'engager dans des jumelages.

Le partenaire s'engage pour une période triennale sur une participation financière de 5 060 euros par an et par jumelage sélectionné. Le protocole d'accord signé ce 10 janvier 2006 permet à l'entreprise ou à la fondation de soutenir plusieurs jumelages.

Parmi les démarches exemplaires

Centre de pédiatrie et de rééducation de Bullion (Ile de France) : Réalisation d'une œuvre in situ par le sculpteur Oscar Lloveras avec des enfants hospitalisés. (Avec le soutien de GlaxoSmithKlines)

Hôpital de Montluçon : Réalisation d'une fresque de 40 mètres carrés dans le hall de l'hôpital proposée par l'artiste graffeur JAW et réalisée par des enfants hospitalisés en pédopsychiatrie (Avec le soutien de la Fondation Mac Donald)

Hôpital Paul Desbief à Marseille : Lecture de textes, se référant souvent à Marseille, par Claude Lecat et organisation de spectacles (Avec le soutien de la fondation internationale Carrefour)

Centre Hospitalier de Rouffach : Initiation au théâtre pour les personnes âgées dépendantes avec le Théâtre de Bussang. Ateliers de théâtre animés par les acteurs de la Filature (scène nationale de Mulhouse) pour des enfants en hôpital de jour. (Avec le soutien des Laboratoires Servier)

* Les membres du Cercle des partenaires sont les entreprises et fondations suivantes : fondation Air France, fondation Carrefour, fondation Electricité de France, fondation France Télécom, fondation Ronald MacDonald, fondation Suez, Laboratoire GlaxoSmithKline, Roche, Sanofi Aventis, Les Laboratoires Servier.

ANNEXE 4 :

RESPONSABLE CULTUREL

AUTRES APPELLATIONS COURANTES : Chef de projet culturel, chargé des affaires culturelles

DÉFINITION

- Concevoir et mettre en œuvre la politique et les projets culturels en lien avec le projet d'établissement

ACTIVITÉS PRINCIPALES

- Conception et proposition d'une politique culturelle dans l'établissement : champ artistique, patrimoine, sciences humaines et sociales
- Programmation annuelle des activités et des manifestations culturelles
- Montage et réalisation de projets et de partenariats culturels
- Recherche de moyens financiers, humains logistiques pour la mise en œuvre des projets
- Organisation d'actions de médiation culturelle avec les services de l'hôpital et les usagers
- Conseil auprès de la direction concernant les questions culturelles : inventaire et conservation du patrimoine, commande publique, architecture
- Gestion administrative du projet : budget, facturation, contrats, secrétariat, planning
- Promotion d'actions de formation aux pratiques artistiques pour les différents services de l'institution

RELATIONS PROFESSIONNELLES LES PLUS FRÉQUENTES

- Directions fonctionnelles pour prestations de services
- Artistes et/ou associations pour la réalisation de prestations : animation d'ateliers, diffusion de la création
- Partenaires extérieurs financeurs publics et privés pour demandes de financement et de coopération
- Partenaires extérieurs culturels pour jumelage, coopération, échanges, copilotage projets
- Corps médical et le personnel pour négociation, coopération, conseil, échanges

SAVOIR-FAIRE REQUIS

- Construire le cahier des charges d'un projet culturel en lien avec la direction
- Rédiger tous documents d'information et de communication (grand public, presse, information interne)
- Utiliser les méthodes et outils de projet et d'animation
- Négocier avec des partenariats financiers
- Créer et animer des réseaux
- S'exprimer auprès de publics variés et les faire adhérer aux enjeux et projets culturels

➤ CONNAISSANCES ASSOCIÉES

Ethnologie et milieux culturels	Techniques de communication	Conduite de projet	Organisation et fonctionnement interne de l'établissement	Droit d'auteur	Gestion budgétaire	Droit hospitalier	Réseaux sanitaires, sociaux et médico-sociaux
2	2	2	2	2	1	1	1

1: Connaissances générales 2: Connaissances détaillées 3: Connaissances approfondies

CONDITIONS PARTICULIÈRES D'EXERCICE DU MÉTIER

- Disponibilité en fonction des événements et manifestations culturelles

EXPÉRIENCE CONSEILLÉE POUR L'EXERCER

- Expérience professionnelle de conduite de projet culturel et/ou connaissance des milieux culturels et artistiques

PASSERELLES ET ÉVOLUTIONS PROFESSIONNELLES VERS D'AUTRES MÉTIERS

Passerelles courtes

- Chargé de communication
- Attaché de presse

Passerelles longues

- Directeur d'hôpital

CORRESPONDANCES STATUTAIRES ÉVENTUELLES

- Catégorie B ou A filière administrative

TENDANCES D'ÉVOLUTION DU MÉTIER

Les facteurs clés à moyen terme	Conséquences majeures sur l'évolution des activités et des compétences
<ul style="list-style-type: none"> ● Attente des usagers d'une dimension culturelle dans le cadre de l'hospitalisation 	<ul style="list-style-type: none"> ● Développement et diversification des produits ou événements culturels proposés aux usagers
<ul style="list-style-type: none"> ● Intégration des politiques culturelles dans les stratégies de l'établissement comme élément d'image et d'ouverture sur la cité 	<ul style="list-style-type: none"> ● Connaissances accrues des réseaux, activités et acteurs culturels

FAMILLE: Communication, édition et culture

SOUS-FAMILLE: Culture

CODE MÉTIER: 5B201

PILOTAGE, GESTION
ET AIDE À LA DÉCISION

329

ÉDUCATEUR SPORTIF

AUTRES APPELLATIONS COURANTES : Animateur sportif, moniteur sportif, moniteur de sport

DÉFINITION

- Initier, éduquer, entraîner à une discipline sportive des publics variés et rééduquer par la pratique sportive des personnes en difficultés

ACTIVITÉS PRINCIPALES

- Correction des postures physiques
- Encadrement des pratiquants d'une discipline sportive
- Formation à la pratique des disciplines sportives
- Élaboration des programmes d'activités sportives
- Restitution de la pratique sportive (bilan et réunion de synthèse)
- Diagnostic des potentialités physiques des enfants, adolescents et adultes en institution
- Contrôle de l'état des équipements
- Signalement et réalisation des premiers soins en cas d'accident
- Encadrement et tutorat des stagiaires

RELATIONS PROFESSIONNELLES LES PLUS FRÉQUENTES

- Équipe éducative pour la mise en œuvre et le suivi du projet individualisé
- Professeur de sport pour l'actualisation de ses connaissances

SAVOIR-FAIRE REQUIS

- Évaluer les potentialités physiques d'un individu
- Adapter un programme en fonction des potentialités et de la progression d'un individu
- Animer un groupe d'handicapés
- Promouvoir une activité sportive
- Évaluer et restituer les résultats de l'activité
- Expliquer simplement les règles d'une activité sportive

➤ CONNAISSANCES ASSOCIÉES

Disciplines et techniques sportives	Anatomie et physiologie	Psychopédagogie	Techniques de communication	Techniques d'animation de groupe
3	2	2	2	2

1: Connaissances générales 2: Connaissances détaillées 3: Connaissances approfondies

PRÉREQUIS INDISPENSABLES POUR L'EXERCER

- Titulaire du 1^{er} degré de secourisme

EXPÉRIENCE CONSEILLÉE POUR L'EXERCER

- Licence STAPS, Maîtrise STAPS option APA (activités physiques adaptés)
- Expériences sportives et de compétition
- Expérience en animation – colonies, clubs de vacances – tourisme

PASSERELLES ET ÉVOLUTIONS PROFESSIONNELLES VERS D'AUTRES MÉTIERS

Passerelles longues

- Éducateur spécialisé

SOCIAL, ÉDUCATIF
ET PSYCHOLOGIE

FAMILLE: Social, éducatif et psychologie

SOUS-FAMILLE: Sport

CODE MÉTIER: 2A401

141

ANNEXE 6



Hôpitaux de Lyon

Convention de partenariat définissant les conditions d'intervention des associations de bénévoles dans les établissements de santé aux HCL

Vu l'article L. 1112-5 du code de la santé publique (1),

Vu la circulaire DHOS/SDE/E& n° 2004-471 du 4 octobre 2004,

Et après adaptation aux HCL de la convention type qui y est annexée

Il est convenu ce qui suit :

Entre, d'une part :

Les Hospices Civils de Lyon, dont le siège social est situé 3 Quai des célestins, 69002 LYON, représentés par leur Directeur Général, M. Benoît LECLERCQ

Et, d'autre part :

L'association (nom de l'association), dont le siège est situé (adresse de l'association), représentée par son (sa) président (e) (nom du (de la) président(e)).

Préambule

L'association et ses bénévoles agissent en collaboration avec les équipes soignantes et administratives. Ils contribuent à l'accueil et au soutien des personnes hospitalisées et de leur entourage. Ils s'engagent à ne pas interférer dans les soins et à respecter les règles de fonctionnement de l'établissement.

Le partenariat entre l'établissement et l'association est fondé sur le respect de la charte des associations aux Hospices Civils de Lyon, qu'ils ont signée préalablement à la convention.

Article 1- Objet de la convention

La présente convention a pour objet de fixer les règles du partenariat établi entre l'établissement et l'association en vue d'organiser l'activité des bénévoles auprès des personnes hospitalisées et de leur entourage.

Article 2- Activités de l'association au sein de l'établissement

L'établissement autorise l'association à intervenir en son sein. Elle favorise cette intervention. L'établissement et l'association définissent ensemble les modalités de l'intervention de l'association et de ses bénévoles au sein de l'établissement.

Les activités de l'association au sein de l'établissement sont les suivantes :(Préciser: permanence, visite, animation, définir les grandes lignes des activités)

L'association et ses bénévoles s'engagent à respecter en toutes circonstances le règlement intérieur de l'établissement, la charte des associations aux HCL et la présente convention.

Article 3- Coordonnateur

L'association désigne un coordonnateur qui organise l'action des bénévoles auprès des personnes malades et, le cas échéant, de leur entourage, assure la liaison avec les équipes soignantes et administratives et s'efforce d'aplanir les difficultés éventuelles survenues lors de l'intervention des bénévoles.

Lorsqu'une personne hospitalisée ou l'un de ses proches formule une demande de soutien ou d'aide, cette demande est transmise par le correspondant désigné de l'établissement au coordonnateur de l'association ou, à défaut, au bénévole qu'il aura désigné à cet effet- qui met en relation un bénévole avec la personne.

Article 4- Formation et information des bénévoles.

L'association assure la sélection, la formation - adaptée à l'activité de l'association au sein de l'établissement - et le soutien continu des bénévoles. Elle s'assure du bon fonctionnement de l'équipe de bénévoles et organise son encadrement. Elle s'assure également du respect, par les bénévoles, des engagements pris au titre de la présente convention.

L'association fait connaître à ses bénévoles -qui s'engagent dans toute la mesure du possible à y participer- les formations et journées de rencontres, débats organisés par l'établissement pour les associations et leurs bénévoles.

Article 5- Echanges de documents et d'informations

5.1. L'association transmet à l'établissement les documents suivants :

A la signature de la convention :

- un exemplaire de ses statuts ;
- la copie de la publication de sa constitution au Journal Officiel,
- la charte de l'association et son règlement intérieur, lorsqu'ils existent.

Chaque année :

- la liste nominative, mise à jour, des bénévoles intervenant au sein de l'établissement ;
- un bilan des activités de l'association au sein de l'établissement et les éventuels projets qu'elle y envisage ;
- le procès-verbal de son assemblée générale annuelle,
- le rapport financier de l'année écoulée et son budget prévisionnel.
- le programme détaillé de la formation des bénévoles,
- L'attestation d'assurance de l'année en cours (voir article 9).

5.2. L'établissement remet à l'association des exemplaires de la charte du patient hospitalisé de manière à ce qu'elle puisse être portée à la connaissance de tous les bénévoles qui interviennent dans les unités de soins

Les parties conviennent d'un commun accord des autres documents que l'établissement met à la disposition des bénévoles en vue de favoriser une meilleure compréhension de leur part de l'organisation et du fonctionnement de l'établissement.

5.3. Informations et badge : l'établissement fait mention de l'association sur ses supports de communication (annuaire, livret d'accueil, site Internet) de façon à informer de la présence de l'association au sein de l'établissement, d'une part, les usagers et, d'autre part, le personnel hospitalier et les intervenants exerçant à titre libéral.

Un badge est remis au bénévole qui doit le porter de manière visible dès qu'il intervient dans l'enceinte de l'établissement. Ce badge comporte le logo de l'établissement, le nom et/ou le prénom du bénévole ainsi que la date d'expiration du badge. L'association décide de l'opportunité de faire apparaître son logo

5.4. Dans le respect du secret des informations concernant la personne malade, protégé par les dispositions de l'article L. 1110-4 du code de la santé publique, les professionnels et les bénévoles peuvent être amenés à échanger des informations sur la personne accueillie dans le service, avec son accord et sous réserve que cet échange d'informations soit strictement limité aux éléments nécessaires à l'accomplissement de la mission de chacun.

Article 6- Relations entre l'établissement et l'association.

Préalablement à la signature de la convention, la direction de l'établissement informe le représentant de l'association sur le cadre institutionnel et l'ensemble de l'activité de l'établissement. Il lui fait connaître les relations mises en place avec le secteur associatif et l'ensemble des réseaux dans lequel l'établissement est impliqué.

Le directeur de l'établissement, ou son représentant, et le président de l'association, ou son représentant, se rencontrent autant que de besoin et au moins une fois par an pour faire le point sur les conditions dans lesquelles évolue leur partenariat, faire le bilan de l'activité de l'association et mettre en place des initiatives communes. Lorsque l'association intervient dans plusieurs établissements des Hospices Civils de Lyon, c'est la directrice des Relations avec les Usagers, déléguée auprès du Directeur Général, qui assure la rencontre annuelle.

Le cadre du service dans lequel intervient le bénévole le reçoit individuellement, en tant que de besoin et, le cas échéant, à l'initiative de l'association, en présence du coordonnateur. Lors de cette entrevue sont convenues, notamment, en accord avec le coordonnateur et le bénévole, les modalités d'intervention du bénévole (diffusion de documentation, fourniture de matériel...).

Dans tous les cas, chaque bénévole est présenté au chef du service où il est appelé à intervenir, préalablement à sa première intervention. Le bénévole est ensuite tenu d'aviser le personnel soignant de sa présence, chaque fois qu'il arrive dans un service pour y intervenir.

L'établissement informe ses personnels - et les intervenants exerçant à titre libéral - des missions et activités des associations dans les unités de soins et promeut des actions de sensibilisation à ce sujet.

Article 7 -Conditions matérielles

L'établissement prend, en concertation avec le coordonnateur, les dispositions matérielles nécessaires à l'intervention des bénévoles de l'association en son sein (préciser...). Celles-ci peuvent faire l'objet d'une convention particulière (ex : convention de locaux).

Article 8- Litige

En cas de litige entre l'association et l'établissement, chacune des parties, sauf situation d'urgence visée à l'article 10 ci-dessous, s'efforce d'aboutir à un règlement amiable en concertation avec l'autre partie.

L'établissement peut, pour un motif légitime, notamment en cas de manquement caractérisé, par l'un des bénévoles, aux engagements de la Charte des associations aux HCL ou à ceux issus de la présente convention, s'opposer, à titre provisoire ou définitif, à

l'intervention de ce bénévole en son sein, avec effet immédiat si besoin est. Cette décision est portée à la connaissance du coordonnateur et du représentant légal de l'association.

Article 9- Assurances

L'association déclare être couverte en responsabilité civile, par une assurance, pour les dommages susceptibles d'être causés par ses membres à l'occasion de leurs interventions au sein de l'établissement. Elle s'engage à fournir à l'établissement une attestation d'assurance annuelle à ce titre

Article 10- Date d'effet, durée et résiliation

La présente convention annule et remplace toute convention précédente signée entre l'association et les HCL. Elle prend effet à la date de sa signature. Elle est établie pour une durée de deux ans et sera renouvelée par tacite reconduction, à défaut d'être dénoncée par les parties, deux mois avant son échéance. Sauf situation d'urgence, elle ne peut être dénoncée qu'à la suite d'un préavis de deux mois notifié par lettre recommandée avec accusé de réception.

Fait à Lyon, le

Le Président de l'Association,
Général,

Le Directeur

ANNEXE 7 :

Direction de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins
Sous-direction des professions paramédicales
et des personnels hospitaliers
Bureau des ressources humaines et de la réglementation
générale des personnels hospitaliers (P1)

Circulaire DHOS/P1 n° 2006-538 du 20 décembre 2006 relative aux aumôniers des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

NOR : *SANH0630579C*

Date d'application : immédiate.

Références :

Loi du 9 décembre 1905 concernant la séparation des églises et de l'Etat ;
Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires ;
Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;

Décret n° 91-155 du 6 février 1991 modifié relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;

Circulaire n° 235/DH/4 du 19 janvier 1976 relative aux aumôniers des établissements relevant du livre IX du code de la santé publique ;

Circulaire n° 245/DH/4 du 26 juillet 1976 relative aux aumôniers des établissements relevant du livre IX du code de la santé publique ;

Circulaire DH/8D/89 n° 304 du 28 juillet 1989 relative aux conditions de recrutement des aumôniers des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;

Circulaire DGS/DH/95 n° 22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés et comportant une charte du patient hospitalisé.

Textes abrogés :

Circulaire n° 235/DH/4 du 19 janvier 1976 relative aux aumôniers des établissements relevant du livre IX du code de la santé publique ;

Circulaire n° 245/DH/4 du 26 juillet 1976 relative aux aumôniers des établissements relevant du livre IX du code de la santé publique ;

Circulaire DH/8D/89 n° 304 du 28 juillet 1989 relative aux conditions de recrutement des aumôniers des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relative à la fonction publique hospitalière.

le ministre de la santé et des solidarités à Mesdames et Messieurs les directeurs d'agences régionales de l'hospitalisation (pour information) ; Madame et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour information]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour mise en oeuvre]).

Plusieurs établissements publics de santé ont récemment interrogé les services de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins sur les modalités de recrutement des aumôniers. D'autres ont par ailleurs fait l'objet de demandes expresses en ce sens de la part du représentant de l'Etat dans le département.

La présente circulaire a pour objet de faire le point sur les dispositions applicables en la matière afin de permettre aux chefs d'établissement de procéder, lorsque cela s'avère nécessaire eu égard à la demande des patients hospitalisés, au recrutement d'aumôniers pour les diverses confessions concernées. Elle abroge et remplace les circulaires susmentionnées du 19 janvier et du 26 juillet 1976 devenues obsolètes notamment en ce qui concerne les modalités de recrutement des agents contractuels de la fonction publique hospitalière, ainsi que celle du 28 juillet 1989 qui avait pour objet de modifier celle du 19 janvier 1976.

I. - LE SERVICE DU CULTE DANS LES ÉTABLISSEMENTS MENTIONNÉS À L'ARTICLE 2 DE LA LOI DU 9 JANVIER 1986

I.1. Une obligation à caractère législatif

Après son préambule proclamant solennellement l'attachement du peuple français aux principes définis par la déclaration des droits de l'homme et du citoyen du 26 août 1789 confirmée et complétée par le préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, l'article 1^{er} de la Constitution du 4 octobre 1958 rappelle que « La France est une République... laïque... » qui « assure l'égalité devant la loi de tous les citoyens sans distinction d'origine, de race ou de religion » et qui « respecte toutes les croyances. »

En ce qui concerne les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986, ces principes généraux ont été réaffirmés au VII de la charte du patient hospitalisé (annexée à la circulaire du 6 mai 1995 susmentionnée), laquelle précise notamment que « l'établissement de santé doit respecter les croyances et convictions des personnes accueillies. Un patient doit pouvoir, dans la mesure du possible, suivre les préceptes de sa religion (recueillement, présence d'un ministre du culte de sa religion, nourriture, liberté d'action et d'expression, ...). Ces droits s'exercent dans le respect de la liberté des autres. Tout prosélytisme est interdit, qu'il soit le fait d'une personne accueillie dans l'établissement, d'une personne bénévole, d'un visiteur ou d'un membre du personnel. »

Ce sont les aumôniers qui ont la charge d'assurer, dans ces établissements, le service du culte auquel ils appartiennent et d'assister les patients qui en font la demande par eux-mêmes ou par l'intermédiaire de leur famille, ou ceux qui, lors de leur admission, ont souhaité déclarer appartenir à tel ou tel culte. Ainsi, bien que la loi du 9 décembre 1905 susmentionnée ait posé le principe selon lequel « la République ne reconnaît, ne salarie ni ne subventionne aucun culte », l'article 2 de cette même loi a prévu que « pourront toutefois être inscrites aux budgets les dépenses relatives à des services d'aumônerie et destinées à assurer le libre exercice des cultes dans les établissements publics tels que lycées, collèges, écoles, hospices, asiles et prisons. »

C'est à ce titre qu'il appartient aux établissements relevant du titre IV du statut général des fonctionnaires d'assurer le fonctionnement d'un service d'aumônerie destiné à répondre aux besoins spirituels des patients ou résidents qu'ils accueillent.

Les conflits relatifs à ces questions pourront, le cas échéant, être portés pour arbitrage à la connaissance du préfet, représentant de l'Etat dans le département et chargé, à ce titre, de veiller au libre exercice du culte.

I.2. L'organisation de ce service

Les conseils d'administration fixent les effectifs des aumôniers, en tenant compte de l'importance des établissements, de leur rayon d'attractivité et des données démographiques relatives au bassin de vie qu'ils desservent. Il en découle que cette fonction peut être assurée, de façon permanente ou temporaire, soit par des aumôniers rémunérés recrutés en qualité de contractuels, soit par des aumôniers bénévoles qui devront cependant, pour être autorisés à exercer leur mission, remplir les mêmes conditions que

ceux qui sont rémunérés.

Lorsque les besoins le justifient, les aumôniers peuvent être employés à plein temps. Ils peuvent alors éventuellement être logés dans l'établissement par nécessité absolue du service. Ils doivent en tout état de cause pouvoir disposer d'un local de permanence pour recevoir à proximité du lieu réservé à la prière. Les cultes sont célébrés au sein des établissements soit dans une chapelle, lorsqu'il s'en trouve une dans l'enceinte de l'établissement, et pour les seuls cultes qui peuvent s'y pratiquer, soit dans une salle de prière rendue disponible à cet effet. Il est possible de prévoir une salle polyvalente, partagée entre différentes aumôneries, dès lors qu'il y a accord entre les aumôniers de différents cultes. Ces obligations doivent cependant être conciliées tant avec les exigences du service hospitalier qu'avec les possibilités de l'établissement (conseil d'Etat, 28 janvier 1955, sieurs Aubrun et Villechenoux). Les directions veilleront particulièrement à la bonne signalisation de ces locaux et à ce que les personnes hospitalisées ou les résidents disposent d'une information claire sur les différents services d'aumônerie de l'établissement.

Les établissements étant tenus d'assurer la permanence du service, il leur appartient de procéder, pendant leurs périodes de congés (congés annuels, congés de maladie, congés de formation, ...), au remplacement des aumôniers habituellement affectés à ce service, en concertation avec ces derniers.

Il convient enfin de rappeler ici que, dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle où le régime « concordataire » est en vigueur, la procédure de recrutement des aumôniers par les établissements prévue par la présente circulaire s'applique de plein droit aux différents cultes, que ceux-ci soient ou non reconnus, même si, jusqu'à présent, les établissements disposaient, pour les cultes reconnus, de bénévoles mis à disposition par des associations culturelles pouvant recevoir à cette fin des subventions publiques.

II. - LES RÈGLES APPLICABLES AU RECRUTEMENT DES AUMONNIERS

II.1. Le choix des aumôniers

Des services d'aumônerie, au sens de l'article 2 de la loi de 1905, peuvent être mis en place pour chaque culte qui le demande, en fonction des besoins exprimés ou recensés par l'établissement hospitalier, social ou médico-social concerné. Quel que soit le culte auquel ils appartiennent, les aumôniers sont recrutés ou autorisés par les chefs d'établissement sur proposition des autorités culturelles dont ils relèvent en fonction de leur organisation interne : évêchés, consistoires israélites central, régionaux ou locaux, aumônier national hospitalier du conseil français du culte musulman ou des conseils régionaux du culte musulman et commissions nationale ou régionale des aumôneries des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la fédération protestante de France ou présidents des Conseils régionaux de l'église réformée de France, etc. En l'absence d'autorité culturelle clairement identifiée, il ne peut être donné droit à une demande de mise en place d'un service d'aumônerie.

II.2. Le statut des aumôniers

Les aumôniers sont affectés dans un emploi d'agent contractuel, sur proposition des autorités religieuses qui seront consultées, le cas échéant, sur la résiliation de contrat par l'administration. Ils sont donc des agents publics non titulaires soumis aux dispositions générales applicables aux agents contractuels des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière prévues par le décret du 6 février 1991 cité en référence, et ils doivent à ce titre remplir les conditions générales d'accès à la fonction publique fixées à l'article 3 dudit décret.

Le contrat doit préciser le temps hebdomadaire consacré à l'établissement. Sous réserve des dispositions mentionnées à l'alinéa suivant, le contrat est établi pour une durée minimale de trois ans et peut être renouvelé par reconduction expresse ou tacite dans la mesure où l'intéressé remplit toujours les conditions de l'article 3 du décret du 6 février 1991 et que l'agrément des autorités ecclésiastiques dont il dépend est maintenu.

La cessation des fonctions pourra résulter soit de la résiliation du contrat, sur l'initiative de l'une ou l'autre des parties contractantes, ladite résiliation étant obligatoire si l'aumônier n'est plus agréé par les autorités religieuses dont il relève et qui l'auront présenté à l'administration (conseil d'Etat, n° 13567 du 17 octobre 1980, sieur Pont), soit du licenciement pour faute grave.

II.3. La rémunération des aumôniers

Je vous rappelle que ces personnels, qu'ils soient aumôniers laïcs ou aumôniers ministres du culte, doivent être rémunérés selon la grille indiciaire de l'échelle 5 de rémunération des agents de catégorie C. Cette rémunération est majorée, le cas échéant, de l'indemnité de résidence et du supplément familial de traitement. Les traitements ainsi alloués varient de plein droit en fonction des revalorisations de cette échelle ou des augmentations de la valeur du point d'indice.

La rémunération des aumôniers employés à temps non complet ou qui effectuent un service à temps partiel est calculée au prorata du nombre d'heures de service accomplies par les intéressés.

Celle d'un aumônier qui assure temporairement un remplacement est calculée sur la base du 1^{er} échelon de l'échelle 5, à moins qu'il ne détienne déjà, au titre de son activité habituelle dans un autre établissement, un échelon plus élevé. Le temps passé à assurer le remplacement est alors pris en compte, pour son avancement, par son établissement d'origine.

II.4. Le cumul d'emplois

Le principe du non-cumul, posé par l'article 25 de la loi du 13 juillet 1984 qui précise que les fonctionnaires « consacrent l'intégralité de leur activité professionnelle aux tâches qui leur sont confiées » et qu'ils « ne peuvent exercer à titre professionnel une activité privée lucrative de quelque nature que ce soit », s'impose de la même façon aux agents contractuels des établissements publics à caractère administratif.

Cependant, dans le cas spécifique des aumôniers, leur recrutement tient exclusivement à leur qualité de ministre du culte qui est extérieure à celle d'agent public, et ce n'est qu'à ce titre qu'ils peuvent utilement remplir la mission qui leur incombe au sein du service public. C'est pourquoi l'activité culturelle qu'ils peuvent avoir par ailleurs ne doit pas être regardée comme l'une de ces activités privées lucratives susceptibles de faire concurrence à l'exercice exclusif prévu par les textes. En outre, ce principe de non-cumul ne saurait être opposé à des agents contractuels qui occuperaient un emploi au plus égal à un mi-temps.

II.5. La limite d'âge

De la même façon, il ne saurait être mis fin aux activités d'un aumônier en raison de son âge, car cette disposition risquerait d'avoir pour effet de priver les usagers de ses services sans que l'autorité religieuse dont il relève soit en mesure d'en désigner un autre.

J'invite par conséquent les directions d'établissement à se rapprocher des autorités religieuses responsables afin de concilier au mieux les tâches qui sont confiées aux aumôniers au titre de leur activité dans les établissements publics et les obligations qui sont éventuellement les leurs en leur qualité de ministres du culte.

*
* *

Vous voudrez bien porter sans délai ces informations à la connaissance des établissements de votre département concernés par ces dispositions et, le cas échéant, me rendre compte sous le présent timbre des difficultés rencontrées dans leur mise en oeuvre.

Pour le ministre et par délégation :
*La directrice de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins,*
A. Podeur

ANNEXE 8 :

Questionnaire de sortie

Vous pourrez remettre cette fiche

- soit à la surveillante de votre service,
- soit au bureau des entrées à l'occasion des formalités de sortie,
- ou nous l'adresser par courrier à : Hôpital Renée Sabron - Boulevard Edouard Herriot - Giens - 83406 Hyères cedex

Ce document sera traité par la Direction de l'établissement.

Vos remarques et suggestions nous permettront de mieux répondre aux attentes de nos usagers.

Hospitalisation <input type="checkbox"/> programmée <input type="checkbox"/> en situation d'urgence	Service et unité d'hospitalisation
Période d'hospitalisation	

1- L'ACCUEIL

A) Les conditions dans lesquelles vous avez été accueilli vous ont paru :

	excellente	bonne	moyenne	mauvaise
1) lors des formalités administratives :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) dans l'unité d'hospitalisation :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) dans les services (radiologie, consultations...) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B) La personne qui vous a accueilli dans l'unité, s'est-elle présentée ?

oui non

C) Vous a-t-on présenté le fonctionnement de l'unité ?

oui non

2- LES SOINS

A) La qualité des soins vous a paru :

	excellente	bonne	moyenne	mauvaise
De jour :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De nuit :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B) La disponibilité du personnel vous est apparue :

	excellente	bonne	moyenne	mauvaise
De jour :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De nuit :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3- LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

A) Avez-vous pu parler avec l'équipe de votre douleur ?

oui non non concerné

B) Un traitement vous a-t-il été administré rapidement ?

oui non non concerné

C) Le soulagement de votre douleur a-t-il été ?

excellent bon moyen mauvais

4- L'INFORMATION

A) Connaissiez-vous l'identité des médecins assurant votre prise en charge ?

oui non

Les informations données :

B) par les médecins ont-elles été : satisfaisantes insatisfaisantes

C) par l'équipe soignante ont-elles été : satisfaisantes insatisfaisantes

D) Votre sortie :

1) Vous a-t-on informé suffisamment tôt de la date et de l'heure de votre sortie ?

oui non

2) Les informations concernant votre sortie (traitement, régime...) ont-elles été :

suffisantes insuffisantes

3) Les formalités administratives de votre sortie vous ont-elles paru :

rapides non réalisées

simples non réalisées

5- LES RELATIONS

Vos relations avec :

excellentes bonnes moyennes mauvaises

A) les médecins ont été :

B) le personnel soignant ont été :

6- LE CONFORT

A) L'hôtellerie :

1) Votre chambre était-elle ?

très confortable inconfortable
 confortable très inconfortable

2) Son entretien était :

excellent moyen
 bon mauvais

B) Les repas :

1) Vous a-t-on proposé un choix de menu ?

oui non

2) La qualité de la nourriture était :

excellente moyenne
 bonne mauvaise

3) Les horaires des repas vous ont paru :

satisfaisants insatisfaisants

C) Le bruit : avez-vous été incommodé par le bruit ?

oui non

De jour :

De nuit :

Nature des bruits :

D) Avez-vous été satisfait du service téléphonique ?

oui non non concerné

E) Avez-vous été satisfait du service location de la télévision ?

oui non non concerné

F) Avez-vous pu accéder facilement aux services proposés par l'établissement (ministère du culte, bibliothèque, coiffeur, ...) ?

oui non

APPRÉCIATION GLOBALE DU SÉJOUR

Au moment de quitter l'hôpital, votre impression est dans l'ensemble :

excellente bonne moyenne mauvaise

Observations et suggestions :

Si vous souhaitez laisser vos coordonnées :

Nous vous remercions de votre collaboration



Entretiens réalisés

M. Jean-Yves ABECASSIS, chargé de la communication, sous directeur de l'URCAM PACA 23/08/07.

Mme Béatrice ALLARD, cadre de santé, responsable soignant du programme de médicalisation du système d'information, hôpital Renée SABRAN, Hyères, Var – 19/06/07.

M. Daniel BARBAROUX, conseiller général du département du Var et conseiller municipal à la mairie de Hyères, chargé de l'aménagement du territoire et de la politique de la ville – 17/07/07.

M. Thibault BARROIS, moniteur et éducateur sportif, président de l'association « Roue Libre », hôpital Renée SABRAN – 14/05/07 et 23/08/07.

Mme Françoise BEGOUIN, adjointe des cadres, ex secrétaire de l'ancien chef de service de rééducation fonctionnelle adulte de l'hôpital Renée SABRAN, M. Eric BERARD – 22/06/07.

Mme Pascale BONILLA, kinésithérapeute et animatrice des séances de Shi Qong au service de réadaptation cardiaque de l'hôpital Renée SABRAN – 26/06/07.

M. Philippe BOUTELOUP, président de l'association « Musique et Santé », association nationale visant à favoriser le développement des actions musicales dans les hôpitaux, en lien avec le ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, et le ministère de la culture, Paris – 13/07/07.

Mme Valérie BOYER, député des Bouches du Rhône, chargé de mission à l'ARH PACA, responsable de la mise en œuvre des programmes culturels à l'hôpital en lien avec la DRAC PACA – 05/07/07.

M. Pierre BUTTET, chargé de mission à l'INPES, responsable de la mise en œuvre des programmes de prévention et d'éducation à la santé au sein des établissements hospitaliers, Paris – 20/08/07.

Mme Dominique CAILLE, déléguée diocésale au diocèse de Toulon Hyères, membre de la pastorale de santé – 17/07/07.

M. Denis CHABRIOL, responsable commercial de la région sud-est, société Relais H, Marseille – 11/09/07.

Mme Sophie CHAILLET, chef du bureau DSB2 : promotion du sport et de la santé, direction de la Jeunesse et des Sports, Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, Paris – 24/07/07.

M. Jean Luc CHAPPAZ, directeur de la communication, société Relais H, Levallois-Perret – 06/06/07 et 12/09/07.

M. Xavier COLLAL, délégué au développement et aux affaires internationales, missionné pour le développement des publics, responsable des programmes culturels dans les établissements hospitaliers, Ministère de la Culture et de la Communication, Paris – 16/07/07.

M. François DANTOINE, chargé de mission au bureau DSB2, protection du public et santé, direction de la Jeunesse et des Sports, Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, Paris – 20/07/07.

Mme Christine FABRY, directeur aux Hospices Civils de Lyon chargée des relations avec les usagers – 30/08/07.

Mme Béatrice FILLETTE, référent culturelle à l'hôpital Renée SABRAN – 12/07/07.

M. Jean-Pierre FORTE, bénévole à la Fondation des Hôpitaux de France, Paris – 13/06/07.

Mme Sylvie FOURNIER, chef du service de gériatrie à l'hôpital Renée SABRAN – 20/07/07.

Mme Joëlle GAGNEUX, Assistante sociale, service de rééducation fonctionnelle adulte, l'hôpital Renée SABRAN – 12/09/07.

Mme Dominique GARRON, coordinateur général des soins de l'hôpital Renée SABRAN – 10/05/07.

M. le Professeur Jean Pierre GIRAN, député du Var, conseiller municipal à la mairie de Hyères – 13/09/07.

M. l'abbé Louis GIRAUD, aumônier à l'hôpital Renée SABRAN – 13/04/07.

M. Pierrick GIRAudeau, chargé de mission, correspondant national sport et handicap, direction de la Jeunesse et des Sports, Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, Paris – 06/09/07.

M. Jean-Luc GRILLON, médecin du sport, conseiller à la Direction Régionale de la Jeunesse et des Sports de la région Champagne-Ardenne, chargé du pôle sport et santé – 30/05/07.

M. Benoît GUILLEMON, chargé des programmes culturels auprès des établissements de santé à la Direction Régionale des Affaires Culturelles de la région Rhône-Alpes – 08/08/07.

Mme Michèle HERPIN, directeur des relations avec les usagers, CH de Blois – 13/09/07

M. Emmanuel HIRSCH, philosophe, directeur du département de recherches en éthique Paris-Sud et de l'Espace éthique à l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, hôpital Saint Louis – 28/06/07.

Mme Anne HUMEAU, aumônier national catholique des établissements de santé, conseiller à la conférence des évêques de France, Angers – 19 et 20/07/07.

Mme Elisabeth de la JENARDIÈRE, présidente de l'association « Tournesol », association nationale visant au développement des opérations culturelles au sein des hôpitaux français, rattaché à l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris, hôpital Saint Louis – 05/07/07.

Mme Corinne JOSEPHINE, directeur adjoint à la direction du personnel et des affaires sociales des Hospices Civils de Lyon – 11/06/07.

M. Stéphane LANTERI, responsable des archives, président de l'association « Un fauteuil à la mer » à l'hôpital Renée SABRAN – 04/07/07.

M. Gilles LAURENDON, directeur général adjoint de la CPAM de Saint Etienne – 23/08/07.

M. Guy LAURENT, conseiller technique et pédagogique supérieur, chargé des activités physiques et de la surcharge pondérale, Direction Départementale de la Jeunesse et des Sports du département du Var – 17 et 23/08/07.

M. Jean-Marie LEFORESTIER, expert de l'hospitalisation publique à la CRAM Sud Est – 25/05/07.

Mme Julie LETEURTRE, chargée des affaires culturelles au service de la communication du CHU de Nice – 02/08/07.

Mme Martine MATHIEU, attachée d'administration hospitalière, responsable des services économiques de l'hôpital Renée SABRAN – 24/07/07.

M. Laurent MELY, médecin pédiatre, chef du centre régional de lutte contre la mucoviscidose, hôpital Renée SABRAN – 17/08/07.

Mme Arlette MEURIOT, attachée d'administration hospitalière, responsable des services financiers de l'hôpital Renée SABRAN, chargée de mission auprès de l'ARH PACA – 20/06/07.

Mme Alain MUCHIELLI, médecin de santé publique chargée de mission dans le cadre du développement des réseaux de santé à la Mutualité Française, Région PACA, Nice – 12/09/07.

Mme Christiane MILLOT, éducatrice, animatrice au pavillon gériatrie de l'hôpital Renée SABRAN – 22/08/07.

M. Thierry ORTEGA, manipulateur de radiologie, président de l'association « Entraide », hôpital Renée SABRAN – 09/07/07.

M. Toumy OUAHNAS, secrétaire de l'association des musulmans de Hyères – 20/08/08.

Mme Béatrice PIRAUD, psychologue, service de pédiatrie et lutte contre la mucoviscidose, hôpital Renée SABRAN – 26/04/07.

M. Jacques PRUVOST, médecin du sport, conseiller à la Direction Régionale de la Jeunesse et des Sports de la région PACA – 18/07/07.

M. Michel RAYMONDIE, kinésithérapeute et relaxologue au service de réadaptation cardiaque de l'hôpital Renée SABRAN – 20/08/07.

Mme Monique REYROLLE, bénévole, Fondation Claude POMPIDOU – 10/09/07

M. Jean-Jacques ROMATET, directeur général du CHU de Toulouse – 14/06/07.

Mlle Jeanne SABRAN et sa famille, arrière petite nièce de M. SABRAN, donateur du site où fut construit l'hôpital, mécène et donatrice pour l'hôpital Renée SABRAN – 21/08/07.

Mme Marie-Hélène SORIANO, kinésithérapeute rattachée aux services juridiques, chargée des relations avec les usagers et les associations de malades à l'hôpital Raymond POINCARÉ de Garches, Assistance Publique des Hôpitaux de Paris – 16/07/07.

Mme Catherine SORNAY, éducatrice spécialisée, animatrice, service de lutte contre la mucoviscidose, hôpital Renée SABRAN – 23/05/07.

M. Ahmed SOUTI, imam par délégation, président de l'association des musulmans de Hyères – 20/08/07.

M. Hubert TOURNEBISE, chef du service de rééducation fonctionnelle adulte, hôpital Renée SABRAN – 19/07/07.

Mme Emmanuelle VALEMOIS, directeur aux Hospices Civils de Lyon chargée de la communication et du projet culturel de l'établissement – 09/08/07.

Mme Patricia VALLU-LYNCH, correspondante dans la mise en œuvre des programmes culturels au sein des établissements hospitaliers à la Direction Régionale des Affaires Culturelles de la région PACA – 18/07/07.

Mme Hélène VANDRO, médecin responsable du programme de médicalisation du système d'information, hôpital Renée SABRAN – 25/06/07.

Mme Christine VILLE, chargée de communication à la Fondation Ronald Mac Donald, Paris – 11/09/07.

Mme Danielle WOLGEMUTH, chargée du droit des usagers et du fonctionnement général des établissements de santé, responsable de la mise en œuvre du programme culturel dans les hôpitaux, direction de la Santé, Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, Paris – 14/08/07.

Grille d'entretien

Présentation :

- Présentation personnelle et professionnelle
- Présentation de la raison pour laquelle la personne est contactée, du biais ou de la personne qui a permis le contact, et de la démarche adoptée lors de l'entretien
- Présentation détaillée du projet de mémoire, et du cadre dans lequel il est rédigé

Questions concernant l'interlocuteur :

- Qualité et missions principales de l'interlocuteur

Questions concernant le sujet :

- Positionnement professionnel de l'interlocuteur par rapport au thème du mémoire ; quel lien l'intéressé a-t-il avec le sujet, l'hôpital...
- Cadrage du ou des dispositifs concernés : culture, sport, association, offre de service, cultes.
- Bref historique de la situation ou le pourquoi de l'état des lieux
- État des lieux de la situation :
 - Qu'est ce qui est fait ? Définitions, objectifs, missions, projets, lois ... en lien avec l'activité hors du soin dans le domaine de compétence de la personne concernée.
 - Comment cela est-il fait ? Modalités de planification, d'application, de mise en oeuvre opérationnelle, grille d'évaluation. Définition des outils et de leur intérêt.
 - Quel est le lien entre l'action menée et la politique, la démarche, l'ambition, le projet sur le plan local, national, institutionnel, technique... ?
 - Qui intervient, qui prend les décisions, qui sont les partenaires ?
 - Pourquoi l'action est-elle menée ainsi ? quelles motivations animent la personne qui fait, ses supérieurs, ses subordonnés ? quel choix est fait (populationnel, technique) ?
 - Quand l'action se déroule-t-elle ? Historicité des faits, liens de causalité, calendrier opérationnel.
 - Combien cela coûte-t-il ? Qui finance ? Comment ?
- Quels impacts entraîne cette situation :
 - Quels intérêts, marges de manœuvre, bénéfices (financiers, juridiques, humains...)? attendus ou réels ? pour les intéressés, les patients, l'hôpital? Quelles évaluations des bénéfices ?
 - Quelles limites, freins et problèmes attendus ou avérés ? pour les intéressés, les patients, l'hôpital? Quelles évaluations des risques ?
- Quelles perspectives d'avenir, quelles solutions, comment finaliser les actions ?
- Liens éventuels avec les autres termes du sujet ?