

Les limites à l'implantation d'un projet culturel

Bien que les projets culturels aient tendance à se multiplier et à être reconnus par l'institution hospitalière, certaines difficultés persistent et se posent comme frein à leur développement. Il convient alors de s'interroger sur la nature de ces limites. Sont-elles liées à l'organisation hospitalière, aux modalités de mise en application du programme ou à une réticence des professionnels de santé ?

Les études menées précédemment n'ont pas particulièrement abordé ce questionnement, c'est ce que se propose de faire ce chapitre. Pour première explication, nous avons relevé la dimension financière, qui reste importante dans le climat actuel de restrictions budgétaires. L'allocation d'un budget culturel n'est pas toujours comprise et la réception du projet par les équipes soignantes peut se révéler source de conflits. Mais pensant que cette explication n'était pas suffisante, nous avons prolongé notre terrain de recherche en décidant d'interroger des personnes ne participant pas au projet culturel.

Dès lors, les perturbations organisationnelles et personnelles que peuvent générer un projet culturel sont aussi apparues comme un « obstacle » à son développement. Il arrive même qu'il entre en concurrence avec les projets de service.

Enfin, un autre niveau est apparu comme limite potentielle au développement des projets culturels, il s'agit de la persistance des procédés rituels dans l'institution hospitalière. Parce que le projet risque de les bouleverser et de redéfinir les contours territoriaux, il peut représenter une menace et à ce titre être laissé volontairement à la marge.

1. Des financements limités et un manque d'adhésion du personnel :

1.1 Les financements :

Il arrive que des difficultés d'ordre budgétaire contraignent certains projets culturels. En effet, les financements accordés par la DRAC et l'ARH n'ont pas eu que des effets positifs. C'est parfois le phénomène inverse qui se produit. Certaines directions, comptant outre mesure sur ce financement extérieur, ont tendance à ne définir aucun budget précis. Les chargés de communication (ceux tenant la fonction de responsable culturel) avancent sans réelle visibilité dans leurs propositions, contraints qu'ils sont de n'effectuer que des demandes ponctuelles :

« Et puis le gros souci moi je pense que c'est le fait que l'on n'ait même pas de budget alloué, ça nous bloque pour beaucoup de choses. On n'a aucune projection sur l'année, ce n'est pas comme si l'on pouvait se faire une programmation culturelle, car on ne sait pas. C'est un petit peu au petit bonheur la chance et au bon vouloir des services éco et logistiques. Là ce n'est pas vraiment évident, peut-être qu'avec le nouveau directeur ça va changer, je ne sais pas, espérons. Du moins à chaque fois que les personnes nous contactaient pour monter des projets, j'en parlais au directeur et il était plutôt d'accord, généralement si c'était des choses offertes gracieusement c'était très bien, maintenant quand il fallait rémunérer l'artiste ou quoi, là ça posait beaucoup plus de soucis.¹³⁴ »

Les questions financières entraînent également des difficultés dans les interactions entre les membres du personnel. Les cadres, représentant la direction à l'échelle de leur service, peuvent poser des refus à des demandes de financements. Des problèmes d'incompréhension apparaissent alors ou se renforcent. Les cadres sont davantage perçus par le personnel comme des managers, des gestionnaires, que comme des soignants. Généralement, ils répondent favorablement aux demandes concernant des aides logistiques (prêt de véhicule, mise à disposition de locaux...) néanmoins, pour les demandes de moyens financiers les réponses sont plus fermées :

« Ensuite au niveau de l'institution quand la chose elle est organisée au niveau de la prise en charge et qu'elle a du sens dans le soin on a quand même l'institution qui appuie. C'est-à-dire que nous par exemple on a besoin d'avoir des véhicules pour se rendre à l'activité, on réserve des véhicules pour ça, on n'a jamais eu de soucis (...) Après c'est sûr qu'au niveau de l'organisation c'est plus simple que ça se passe à

¹³⁴ Entretien n°18 : responsable culturel- hôpital de Montfavet.

l'intérieur de l'hôpital, ma foi à une époque où les coûts sont tirés au maximum ça peut avoir du sens (...). C'est un peu ça le discours de l'institution, c'est-à-dire que les réunions où l'on se retrouve infirmiers, soignants face à des cadres supérieurs on se rend compte que c'est une scène. Finalement, c'est une scène où nous, l'on parle de travail et en fait le seul retour que l'on a, les seules choses que l'on nous renvoie c'est : Oui, mais l'institution elle n'a pas ci, elle n'a pas ça etc.¹³⁵ »

Le manque de soutien et d'implication dans les projets culturels n'est pas circonscrit qu'au personnel d'encadrement, les salariés sont aussi faiblement mobilisés. Le montage et la gestion des projets culturels restent encore trop dépendants de quelques personnes ; si bien que lorsque l'une d'elles n'est plus présente (départ, maladie...) le projet peut être remis en question. C'est ce qui s'est produit en 2008 à l'hôpital de Montfavet. Après le départ de la responsable culturelle, le montage d'un atelier réservé aux soignants n'a pas pu être concrétisé. Mais les difficultés financières ne sont pas le seul frein évoqué par les personnes interrogées.

1.2 Un manque de légitimité du projet auprès des professionnels :

1.2.1 L'effet limité du projet culturel en tant qu'outil de communication interne :

Le projet culturel dans l'hôpital est envisagé en tant qu'outil de communication, nous l'avons vu précédemment. Cependant, selon les acteurs, il représente une ressource différente. Pour la direction il est pensé en tant qu'outil managérial et vecteur de cohésion institutionnelle. Ce constat a par ailleurs déjà été relevé par Jacques Poisat dans ses recherches relatives au patrimoine hospitalier (2008). Pour les salariés, le projet culturel est davantage envisagé d'un point de vue symbolique, élément constitutif d'identité collective.

À la Fondation Bon Sauveur d'Alby, le projet, son évolution, sont présentés à travers les outils de communication institutionnels (le journal interne/ parution trimestrielle). Au-delà de l'information, il y a une volonté de sensibilisation du personnel. Des articles de fond sont rédigés par la chargée de communication. Ils sont proposés, à but pédagogique, pour amener le lectorat (les salariés) à réfléchir sur ce qu'est et ce que représente la culture à l'hôpital. On y traite de la place, des enjeux et du développement des projets. La direction s'implique de manière de plus en plus prégnante. Le projet culturel est évoqué dans le discours de vœux prononcé par le directeur en début d'année.

¹³⁵ Entretien n°25 : infirmier- hôpital de Montfavet.

Malgré la multiplication d'actions visant à l'inscrire pleinement dans les objectifs institutionnels, on ne peut pas dire que le projet culturel soit fédérateur. À la Fondation Bon Sauveur d'Alby, bien qu'inscrit dans le projet d'établissement le projet culturel est peu suivi par le personnel d'encadrement. Ceci pose un problème majeur puisqu'il est censé faire le relais et motiver les équipes de soignants. Le projet n'est présenté que pour partie (quelques actions), par la chargée de communication. Cette présentation a lieu au cours de réunions réservées aux cadres et lorsque la durée de la séance le permet. Autrement dit, dans la pratique, le projet culturel loin d'apparaître comme une priorité est relégué au second plan, derrière les prérogatives soignantes. Sa considération par les professionnels de terrain (cadres de service) n'est pas à la hauteur de la reconnaissance qui lui est faite via son inscription dans le projet d'établissement.

Pour ce qui est de l'usage du projet culturel en tant qu'outil de communication externe, il est l'objet de tensions au sein de l'établissement hospitalier. Il résulte pour l'essentiel d'une volonté de la direction, envisagé comme outil potentiel permettant de faire connaître autrement la psychiatrie et l'hôpital. Il est l'un des rares moyens permettant de faire rentrer des gens de l'extérieur, sans qu'ils aient un lien direct avec l'établissement.

Le risque de cette pratique lorsqu'elle est exercée abusivement, est de faire basculer le projet culturel dans une forme « d'instrumentalisation », au profit de la valorisation de l'établissement. Parmi le personnel qui s'y oppose, on dénonce dans le projet, le côté « vitrine » recherché par la direction de l'institution. La tenue des ateliers au sein de l'hôpital, conforte la comparaison établie avec la métaphore de la « vitrine » institutionnelle :

« Ça reste dans l'hôpital, c'est dans la matrice, c'est un peu la vitrine. Ça peut être la vitrine du Bon Sauveur parce que c'est assez tentaculaire toutes les ouvertures que se veut le Bon Sauveur. Il y a beaucoup de phénomènes vitrine au B-S, après le contenu il se perd de vue s'il y en a eu un au départ. Ici presque tout se fait en intra, à l'intérieur même des services.¹³⁶ »

Au final, le projet culturel qui est censé être un vecteur de cohésion institutionnelle peut également produire l'effet inverse et être l'objet de tensions entre salariés.

¹³⁶ Entretien n°17 : infirmière- Fondation Bon Sauveur d'Alby.

1.2.2 Un accueil mitigé du projet culturel au sein des services :

→ *Peu de retour sur les ateliers au sein du service :*

La participation des patients au projet culturel ne donne pas systématiquement lieu à un retour au sein de l'équipe soignante. Lorsque c'est le cas, il se fait lors des temps de relève ou en réunion par le personnel accompagnant (généralement un ou deux salariés). Plutôt brefs, ces retours dépendent du temps restant disponible lors des relèves.

Il existe peu de différences avec les retours faits dans le cadre d'ateliers thérapeutiques. Le personnel ne reprend que ce qui sort de l'ordinaire, notamment lorsque des sorties sont organisées à l'extérieur de l'hôpital ou que le patient a fait preuve d'un comportement particulier. Tout ce qui peut participer d'une meilleure prise en charge du patient est rapporté :

« Après bon le retour il se fait par exemple si l'on sort, on nous demande davantage, mais après le dessin (...) pas tant que ça. L'autre fois on est parti au musée Toulouse Lautrec, c'est que là on en a plus parlé, ce qui sort un peu de l'ordinaire en fait, ce qui sort de la routine.¹³⁷ »

Dans les cas où des retours en réunion n'ont pas lieu ; il y a tout de même une « trace » de la participation du patient aux ateliers. Le personnel accompagnant peut le noter dans le dossier informatique du patient. Tous les membres de l'équipe soignante y ont accès et en sont donc informés :

« Et bien si vous voulez sur Cortex moi je note que je les ai accompagnés donc je mets une petite note. Donc forcément tout le monde le lit puisque l'on lit tout ce qui est marqué dessus.¹³⁸ »

L'accueil de ces retours par l'équipe soignante est très mitigé et varie énormément d'un service à l'autre. Il y a le cas de figure où le service est porteur du projet, donc en demande d'informations et le cas opposé où le personnel fait preuve d'une grande réticence. Le personnel impliqué dans le projet est alors regardé suspicieusement, comme voulant échapper aux tâches soignantes incombant à la profession :

¹³⁷ Entretien n°28 : infirmière Fondation Bon Sauveur d'Alby.

¹³⁸ Entretien n°28 : infirmière- Fondation Bon Sauveur d'Alby.

« Le projet n'est pas trop accepté, c'est plutôt : "Vous allez vous amuser pendant que d'autres travaillent". C'est délicat. Je me donne les moyens de le faire.¹³⁹ »

Des clivages se créent et les relations entre personnels peuvent devenir conflictuelles. Pour certains soignants, les projets culturels paraissent futiles, récréatifs, voire même dérangeants ; ce qui complique la tâche des soignants engagés dans ces projets. À titre d'exemple, nous reprendrons l'expérience de cette infirmière de la Fondation Bon Sauveur d'Alby. La fermeture de son service d'origine l'a contrainte à changer d'unité au moment même où elle était référent du projet culturel. Il nous a semblé intéressant de comparer les deux accueils qu'elle a reçus dans ces différents services :

. Y a-t-il des retours (écrits ou discussions) faits avec l'équipe autour du comportement du patient durant les différentes phases du projet culturel ?

« À ma grande joie, depuis que je suis à l'hôpital de jour B oui. Ce n'est pas l'équipe, ni le médecin, ni le surveillant qui me questionne, c'est que je persiste, je dis certaines choses, je parle beaucoup de ce projet, de ce que les patients ont fait, de l'évolution. Là il y a un écho très positif de la part de l'équipe. Une équipe qui écoute vraiment ce que je dis, ce que je rapporte des patients, c'est génial. Le médecin m'invite à prendre d'autres patients. Là je peux faire un parallèle avec le service où j'étais avant où là il ne fallait surtout pas que j'en parle. J'emmerdais le monde avec ça, ils pensaient que je me faisais mousser. Le médecin était totalement désintéressé, les surveillants n'en parlons pas et les collègues n'en parlons pas. Alors que là, il y a un accueil très favorable. Les retours se font oralement.¹⁴⁰ »

. Est-ce que vous avez des échanges au sein de l'équipe sur la participation de vos patients à ces projets culturels ?

« Disons que les temps d'échanges entre nous sont très courts et très limités et sur ça on n'en a pas.¹⁴¹ »

Les mêmes difficultés ont d'ailleurs été relevées dans les actions culturelles menées en établissement pénitentiaire. En effet, dans les prisons comme dans les hôpitaux, face à un manque de moyens humains, il est difficile pour le personnel d'accepter la démobilisation de l'un d'entre eux pour l'accompagnement des patients lors des ateliers :

« Il n'est pas simple de faire reconnaître une pratique culturelle en prison, sans doute parce que dans les milieux où les contraintes disciplinaires pèsent très lourd, il serait si simple de livrer, en plus de la télévision, un consommable de plus, une "occupation" de plus. Or, l'action culturelle "n'occupe pas". Il arrive même qu'elle dérange et déplace. Il est difficile de faire cohabiter un univers surordonné avec des

¹³⁹ Entretien n°8 : psychomotricienne- hôpital du Vinatier.

¹⁴⁰ Entretien n°13 : infirmière- Fondation Bon Sauveur d'Alby.

¹⁴¹ Entretien n°33 : éducateur spécialisé- Fondation Bon Sauveur d'Alby.

pratiques, non de désordre, mais de déplacement (des personnes entrent, des détenus se rassemblent, la parole et les idées circulent) » (Jane Sautiere, SPIP, FILL, 2004 : 65).

→ *Un refus d'implication :*

À côté des difficultés d'accueil du projet chez certaines équipes soignantes, c'est la difficulté d'implication qui est la plus marquante. Des personnes font de la résistance en invoquant leur statut professionnel. Elles se refusent à sortir de leur rôle strict de soignant. Imaginer confier leurs patients à une personne étrangère au soin, l'artiste, représente pour certaines quelque chose de non envisageable.

D'autres ne s'impliquent pas par peur ou par appréhension. Elles craignent entre autres d'être mises en difficulté devant leurs patients et de perdre en crédibilité.

→ *Peu de collègues pour assurer la relève sur les ateliers :*

Le personnel participant au projet culturel rencontre beaucoup de difficultés pour trouver des collègues qui acceptent d'assurer la relève, ne serait-ce que temporairement, lors de leurs congés par exemple :

« En fait là il y a dans mon service une jeune infirmière qui commence à venir, que ça ne gêne pas, enfin je comprends que ça puisse gêner de faire des impros et tout ça. Mais jusque-là rien, moi j'aurais souhaité quand je suis en congés ou quand je ne suis pas là que quelqu'un prenne la relève et c'est très difficile. Les gens ils n'osent pas y aller, les soignants parce qu'ils ont peur d'être mis en difficulté devant les patients, enfin vous voyez c'est compliqué.¹⁴² »

Le personnel impliqué dans le projet culturel dénonce aussi la faible implication des médecins dans ces projets. Ils en sont souvent les grands absents. Le peu qui le sont, s'impliquent essentiellement en proposant au personnel de prendre d'autres patients en atelier.

Au-delà des difficultés au sein même d'une unité, certains services ne sont pas réceptifs aux propositions d'actions culturelles, car ils ne se sentent pas concernés par les projets proposés. Ce constat pose la question des processus de sensibilisation mis en place auprès des professionnels. Il apparaît que le personnel associe les actions culturelles à une certaine typologie de patients, en excluant les autres sans savoir que d'autres formes d'actions

¹⁴² Entretien n°23 : infirmière- hôpital de Montfavet.

culturelles sont possibles. Nous rejoignons là, le constat relevé lors de l'étude menée sur la lecture à l'hôpital (Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports.2 007).

La sectorisation marque également une distinction importante dans la participation aux projets culturels. Les hôpitaux de jour qui accueillent les patients de manière plus régulière avec un suivi inscrit dans la durée apparaissent donc plus propices au développement d'activités culturelles :

« En intra il semble y avoir plus de difficultés, il semble que ça bloque, c'est le côté centralisé. Le nombre de lits, le personnel a baissé et les gens sont gardés au minimum dans les hôpitaux juste pendant la période de crise et c'est donc difficile de faire quelque chose de créatif ou des ateliers suivis avec des personnes qui restent peu de temps et qui sont en crise.¹⁴³ »

Les difficultés contextuelles et organisationnelles ralentissent l'instauration d'un lien de confiance vis-à-vis des patients. Sans ce dernier, il est délicat de parvenir à les mobiliser et à les impliquer dans un projet :

« Avec la politique actuelle de réduction du temps d'hospitalisation, il est plus difficile d'organiser des ateliers. Avant quand les gens restaient plus longtemps on pouvait entrer en lien, établir une certaine confiance, qu'ils sachent que l'on va tenir parole, après il peut y avoir un échange.¹⁴⁴ »

2. Des motivations d'ordre organisationnel aux motivations d'ordre personnel :

Afin de saisir plus en détail quels pouvaient être les freins à l'implication des salariés dans le projet culturel, il apparaissait nécessaire de comprendre les motivations des personnes qui ne participaient pas au projet culturel. Nous avons donc entrepris, une troisième phase d'entretiens auprès du personnel non participant. Nous avons souhaité diversifier les catégories professionnelles afin de mettre en confrontation les éléments relevés. Pour des raisons de temps et d'accessibilité, cette enquête n'a été menée que sur un seul établissement, la Fondation Bon Sauveur d'Alby. Les résultats suivants mériteraient donc d'être confirmés

¹⁴³ Entretien n°6 : infirmière- hôpital du Vinatier.

¹⁴⁴ Entretien n°10 : aide-soignant- hôpital du Vinatier.

par des enquêtes similaires sur d'autres hôpitaux. Pour cette troisième phase d'enquête nous avons eu recours au questionnaire¹⁴⁵.

Les réponses données dans le questionnaire, quant au motif de refus pour un entretien, nous ont déjà permis de voir quelles étaient les tendances qui se dégageaient. L'explication qui est revenue de manière récurrente est celle de l'absence de temps, c'est d'ailleurs le type de réponse à laquelle nous nous attendions. Parallèlement, d'autres réponses nous ont orientées vers de nouveaux constats.

2.1 Le projet culturel n'est pas perçu comme une modalité de la fonction professionnelle :

L'absence de lien direct avec le travail du salarié apparaît comme un premier frein, tout comme l'implication dans d'autres actions, ce qui nous laisse présager de la mise en concurrence des projets culturels avec les projets de service, et enfin tout simplement le manque d'intérêt ou la non-connaissance du sujet. Voici quelques exemples de réponses qui nous ont été formulées :

- « *Pas le temps.* »
- « *Peu intéressé.* »
- « *Pas de connaissances sur le sujet.* »
- « *Pas suffisamment d'implication, pas assez de lien avec mon travail et peut être pas suffisamment d'intérêt.* »
- « *Plus concerné par le monde des sourds et sa culture.* »
- « *Engagée dans d'autres actions* », « *Je n'ai pas suffisamment de connaissances dans ce domaine.*¹⁴⁶ »

¹⁴⁵ Dans cette recherche l'utilisation du questionnaire a été détournée. Il n'a pas été l'objet d'une récolte de données quantitatives, mais un moyen d'entrée en contact avec un public difficilement accessible. Sa présentation devait être suffisamment large pour que chaque salarié puisse se sentir concerné (pour le modèle nous invitons le lecteur à se reporter à l'annexe 13).

La passation du questionnaire s'est faite par voie officielle. La direction de l'établissement (Fondation Bon Sauveur d'Alby), souhaitant poursuivre sa réflexion sur l'enjeu de l'action culturelle dans son établissement, s'est associée à nous dans cette démarche. Le questionnaire a été distribué à tout le personnel (soit un total de 1100 salariés), joint à leur bulletin de salaire. Le délai de retour a été fixé à 15 jours, prenant compte du roulement des équipes et des éventuels arrêts maladies. Nous avons obtenu 71 réponses (35 négatives et 36 positives acceptant de nous accorder un entretien). Sur les 36 réponses positives obtenues, nous avons obtenu 20 réponses provenant de personnes n'ayant jamais participé à une action culturelle et seulement 5 qui déclarent ne pas avoir connaissance de projets culturels menés dans leur établissement. En raison de la durée limitée de cette phase d'entretien (une semaine en janvier 2009), des horaires et disponibilités du personnel, cette phase d'entretiens complémentaire s'est limitée à 10 interviews.

¹⁴⁶ Série d'extraits de réponses, formulées dans le questionnaire diffusé auprès du personnel hospitalier de la Fondation Bon Sauveur d'Alby.

Contrairement à ce que nous pressentions au lancement du questionnaire (en raison notamment des difficultés actuelles du contexte hospitalier), nous n'avons pas eu de réponses hostiles. Seules deux remarques peuvent apparaître comme contraignantes :

« J'estime qu'il y d'autres priorités.¹⁴⁷ »

« Il y a assez de travail dans mon service, je n'ai pas de temps à vous consacrer. L'argent que vous utilisez pourrait servir à des choses plus importantes.¹⁴⁸ »

Notre constat est confirmé par les recherches en cours menées par Gilles Herreros. Depuis 2006, ce chercheur mène un travail d'observation afin d'apprécier ce qui se produit lorsque des actions culturelles sont menées dans des hôpitaux. Il analyse le déroulement et le comportement des acteurs (personnel et patients) au cours de manifestations culturelles se déroulant dans les hôpitaux. L'objectif principal étant de proposer une série d'indicateurs permettant « d'évaluer » les effets de ce type d'actions.

Nous arrivons au même constat, à savoir qu'il existe moins de réticence qu'auparavant envers les projets culturels, et que l'on tend plutôt désormais à assister à une certaine forme d'indifférence¹⁴⁹ de la part des acteurs hospitaliers.

Force est de constater que malgré cette absence d'implication, le projet culturel n'est plus l'objet de réactions hostiles, il est accepté par la communauté hospitalière. Reste à savoir pourquoi il ne parvient pas à mobiliser davantage de monde.

Des différences ont émergé, dans les facteurs mobilisés par les divers acteurs pour exprimer leur positionnement. Par ailleurs, certaines positions sont apparues comme transversales à l'ensemble des catégories (cadres, administratifs et personnel non médical). Parmi ces derniers, nous retiendrons le détachement, voire le désintérêt exprimé par les salariés face au projet culturel. Lorsqu'ils estiment que le projet n'est pas adapté aux patients de leur service, ils considèrent qu'il n'est pas nécessaire pour eux de s'y intéresser. L'une des explications qui nous ont été fournies synthétise relativement bien l'ensemble des cas de figure rencontrés. Il s'agit d'une assistante sociale, pourtant ses réflexions sont les mêmes que celles des soignants :

¹⁴⁷ Extrait de réponse du questionnaire- Fondation Bon Sauveur d'Alby.

¹⁴⁸ Extrait de réponse du questionnaire- Fondation Bon Sauveur d'Alby.

¹⁴⁹ Gilles Herreros, intervention lors du séminaire « Culture, hôpital et territoires » qui s'est tenu le 13 mai 2008, à voir en intégralité en ligne : www://podcast.univ-lyon2.fr/groups/culturehopitaleterritoires/webblog (consulté le 26/05/09).

« Parce que je ne me sens pas concerné en fait, je n'ai pas le temps, je ne suis pas disponible.¹⁵⁰ »

D'autres motivations rassemblent l'ensemble des catégories professionnelles, dont l'absence de sollicitation par exemple. Malgré une communication conséquente, les personnes si elles ne sont pas contactées directement estiment ne pas avoir été sollicitées.

D'autres reconnaissent se cantonner aux activités et projets déjà développés au sein de leur service :

« Et bien l'on ne m'a jamais sollicité pour ça. Après nous ici on est quand même structuré, on a beaucoup d'activités et donc souvent je suis pris par mes activités elles-mêmes.¹⁵¹ »

Ce point nous éclaire sur le double rôle que peut jouer le quotidien hospitalier dans le développement des projets culturels. Nous avons vu qu'en définitive il favorise le projet culturel, car ce dernier permet de le scinder, d'y apporter une coupure, d'en casser le rythme. Le quotidien est souvent évoqué comme quelque chose de lourd et de pesant tant pour le personnel que pour les patients. Néanmoins, certaines réponses telles que : « On est pris dans le quotidien, on ne peut pas être partout » rendent compte du côté « enfermant » que peut avoir le quotidien hospitalier. Dans une certaine mesure, il favorise l'instauration d'une « routine » qui se révèle rassurante. Les soignants rencontrent parfois des difficultés à s'en détacher.

→ *L'inadaptabilité du projet aux patients :*

Une autre limite se pose lorsque le projet culturel est orienté vers certaines catégories de patients. Bien que cette tendance s'inverse progressivement, elle représente encore une contrainte. On pourrait croire, de ce fait, que les projets culturels proposés à l'ensemble de l'établissement reçoivent un meilleur accueil, mais point n'est le cas.

En 2008, dans le cadre de la manifestation culturelle *Lire en Fête* (inscrite dans le projet culturel), le comité culturel de la Fondation Bon Sauveur d'Alby a sollicité l'ensemble des unités, invitant les patients à composer des poèmes. Ils ont ensuite été exposés dans l'hôpital, bien qu'une minorité de services ait répondu à l'appel. Parmi ceux qui l'ont fait, certains ont

¹⁵⁰ Entretien n°31 : assistante sociale- Fondation Bon Sauveur d'Alby.

¹⁵¹ Entretien n°33 : éducateur spécialisé- Fondation Bon Sauveur d'Alby.

exprimé du regret face à l'absence de retours sur les compositions de leurs patients. La réalisation d'un poème représente un investissement pour les patients. Parmi eux, une partie était en attente d'un retour, quel qu'il soit. Les soignants ont donc eu à gérer certaines déceptions.

Au-delà, l'absence de participation au projet culturel est également apparue comme une contrainte et non nécessairement comme un choix.

→ *Le projet culturel, facteur d'exclusion ?*

Les salariés sont plus sensibilisés et s'impliquent davantage lorsqu'un ou plusieurs patients de leur service participent ou ont participé au projet culturel. Les administratifs et agents techniques se sentent encore moins concernés par la question. À leurs yeux, le projet culturel reste du ressort du personnel ayant une fonction soignante. Les autorisations d'absence apparaissent plus difficiles à obtenir pour le personnel administratif. Dans son quotidien, il n'est pas amené à avoir de rapports avec les patients ni avec les activités qui peuvent leur être proposées :

.Y a-t-il des raisons particulières qui font que vous ne participez pas à ces projets culturels ?

« Bon déjà moi je pense que nous, l'on ne peut pas s'absenter par rapport à notre profession en étant administratif. Je pense que l'on est un petit peu une catégorie qui est à part de la fonction soignante, des soignants. On ne nous a jamais sollicités, ni demandé, ni autorisé à nous absenter ou à participer à un atelier ou à un groupe de travail ou à quelque chose par rapport à la culture à l'hôpital.¹⁵² »

Cela nous amène à parler d'une forme d'exclusion générée par le projet culturel. Au-delà du personnel technique et administratif, une autre catégorie professionnelle est très peu représentée, les agents hospitaliers. Ils participent pourtant de la vie quotidienne des services. Ils assurent entre autres, le nettoyage des chambres, la restauration. Néanmoins, ils ne sont pas habilités à réaliser quoi que ce soit avec les patients, comme les accompagner à un atelier par exemple :

« Ce n'est pas ma fonction donc je n'ai pas le droit d'empiéter sur la fonction d'animateur, c'est vraiment une fonction attitrée aux personnes qui ne font que ça que

¹⁵² Entretien n°30 : agent administratif- Fondation Bon Sauveur d'Alby.

*ce soit à la cuisine, à l'ergo ou à la vannerie. Il y a des activités qui sont propres à certaines personnes.*¹⁵³ »

*« Moi je ne me lance pas dans ce projet puisque je reste à ma place d'agent de restauration (...) En fait moi je reste à ma place, même si des fois j'aimerais déborder, un petit peu, ça serait certainement mal perçu, donc je m'en tiens à mon poste même si des fois j'aimerais bien élargir un peu.*¹⁵⁴ »

Nous voyons bien qu'il ne s'agit pas là d'une non-participation par manque d'intérêt. Les hiérarchies professionnelles sont très fortes et instituées. Elles limitent considérablement la participation du personnel non soignant aux projets culturels. Ce constat nous rappelle celui relevé par Gilles Herreros sur la présence de « marquages de pratique » au sein des unités (Herreros in Direction régionale des affaires culturelles Rhône Alpes et Agence régionale de l'hospitalisation Rhône Alpes, 2001).

En plus de limiter la participation des salariés aux projets culturels, dans le quotidien ces « marquages de pratique » sont générateurs de tensions dans les coopérations. Le projet culturel parce qu'il bouscule les fonctionnements établis peut aussi être laissé volontairement en marge, notamment par les cadres infirmiers.

2.2 Des contraintes liées à la gestion du service et à l'évaluation :

Au niveau des cadres, les explications évoquées sont multiples. La première repose sur les difficultés que représente le détachement de personnel dans un service. Nous verrons qu'elle est aussi reprise par le personnel.

*« Ca veut dire que l'on doit en permanence avoir un ou deux soignants avec eux, ça veut dire qu'il faut que j'arrive à détacher du personnel pendant deux heures voir une journée, donc au niveau de l'organisation c'est très très difficile.*¹⁵⁵ »

On dénote dans l'évocation de cette contrainte par les cadres, une certaine forme de revendication. Le chercheur est parfois pris à témoin de l'absence de moyens alloués aux services, notamment en matière de personnel.

Les cadres ne souhaitent pas proposer et mettre en place dans leur service un projet, qui pour des raisons organisationnelles ne serait pas tenable dans le temps. Les faibles durées

¹⁵³ Entretien n°27 : agent hospitalier- Fondation Bon Sauveur d'Alby.

¹⁵⁴ Entretien n°34 : agent de restauration- Fondation Bon Sauveur d'Alby.

¹⁵⁵ Entretien n°26 : cadre de santé- Fondation Bon Sauveur d'Alby.

d'hospitalisation des patients sont aussi évoquées comme obstacle à leur inscription dans le projet culturel.

Un autre motif, plus spécifique à cette catégorie professionnelle, relève de la difficulté d'évaluation de ces projets. Dans un univers professionnel marqué par les demandes de productivité et d'accréditation, l'impossibilité de quantifier les effets d'un projet est vécue par les cadres comme une réelle frustration. L'absence d'indicateur ne permet pas d'évaluer concrètement les effets sur le patient. Bien que des améliorations puissent être constatées, elles ne peuvent pas être validées d'un point de vue clinique. Le projet culturel apparaît comme un projet difficilement défendable, secondaire du moment où il n'est pas possible d'avoir un retour effectif sur les implications engagées au niveau du service :

« Par contre moi, ce qui me manque c'est que je ne sais pas, je n'ai pas d'indicateur, je ne peux pas évaluer l'effet sur le patient, ça, je ne sais pas. Je peux dire que le patient est prêt à un moment, que l'on n'a pas besoin d'aller le stimuler ou le lui rappeler. Donc déjà je me dis que s'il a mémorisé, s'il est prêt déjà ça a une valeur pour lui, mais d'un point de vue clinique, d'un point de vue de sa pathologie mentale je ne sais pas. J'imagine que ça doit avoir un effet, mais je ne peux pas le mesurer, je ne peux pas dire qu'il soit mieux, je ne peux pas dire qu'il soit plus mal.¹⁵⁶ »

Un autre frein relevé à l'implication des cadres dans le projet culturel est son absence d'appropriation en amont. Ils regrettent que le projet ne soit pas pensé et construit avant, en collaboration avec l'équipe soignante. Il est déjà difficile de mener un projet de service (Basse, 2003). Lorsqu'il s'agit d'un projet « extérieur » ce qui est le cas du projet culturel, puisqu'il émane de l'institution et non du service de soins, la tâche s'avère encore plus complexe. La viabilité du projet culturel est partie liée à l'investissement de l'ensemble de l'équipe soignante, chose qui est parfois problématique, voire impossible.

Le regret de la non appropriation du projet est aussi lié aux modalités de prise en charge relatives à certaines pathologies, comme nous l'explique ce cadre d'une unité pour adolescents autistes :

« Tous les enfants psychotiques ou autistes que l'on a, ce sont des gamins en grande difficulté et que l'on ne peut pas trop perturber. Ils sont habitués à fonctionner d'une certaine façon, le moindre changement peut les faire clacher. Le problème est qu'ils sont angoissés et qu'ils ne comprennent plus, on leur enlève leurs repères et ils ne s'y retrouvent pas donc pour nous c'est un petit peu difficile. Si ce genre de projet pouvait

¹⁵⁶ Entretien n°26 : cadre de santé- Fondation Bon Sauveur d'Alby.

*être travaillé en lien avec le secteur des enfants, déjà ça marcherait et ça pourrait être porteur. Parce que nous, tout ce qui est mis en place doit être travaillé bien avant.*¹⁵⁷ »

Nous rappelons que l'implication des cadres dans le projet culturel reste très limitée, ce qui s'avère problématique compte tenu du rôle de « relais » qu'ils sont censés tenir auprès du personnel.

*« Tant que les cadres ne seront pas imprégnés d'un projet, les infirmiers ne pourront pas l'être et de fait les patients ne pourront pas accéder à ce projet-là. »*¹⁵⁸

Ils acceptent la participation de certains de leurs patients au projet culturel, mais n'interviennent que rarement dans la désignation du personnel accompagnant. Ils laissent les équipes choisir du moment que le bon fonctionnement du service est maintenu.

Parallèlement à toutes ces contraintes organisationnelles, des motivations d'ordre personnel sont apparues comme limitant l'investissement dans les projets culturels.

2.3 Le refus de s'impliquer davantage pour l'institution, une volonté de protection:

2.3.1 Maintenir la distance entre temps personnel et temps professionnel :

Comme nous venons de le voir, les motivations premières défendues par les cadres face à leur non-participation gravitent essentiellement autour du fonctionnement du service. En les poussant davantage dans la réflexion au cours de nos entretiens, nous avons constaté que des motivations d'ordre personnel étaient aussi présentes. Participer à un projet culturel nécessite une implication et une disponibilité que certains reconnaissent ne pas avoir, ou ne pas souhaiter vouloir prendre.

Nous avons relevé des comportements similaires dans la catégorie des soignants.

.Y a t'il des raisons particulières qui font que vous ne participez pas au projet culturel ?

*« Ben disons que ça déborderait trop après sur mon temps personnel. La réalité fait que nous sommes sur un poste où le travail est astreignant et donner du temps à l'établissement m'est difficile. J'essaye de couper avec l'établissement. »*¹⁵⁹

¹⁵⁷ Entretien n°35 : cadre de santé- Fondation Bon Sauveur d'Alby.

¹⁵⁸ Entretien n°13 : infirmière- Fondation Bon Sauveur d'Alby.

¹⁵⁹ Entretien n°34 : agent de restauration- Fondation Bon Sauveur d'Alby.

Les salariés ne souhaitent pas déborder sur leur temps personnel. Estimant en faire suffisamment, ils associent souvent l'implication dans un projet culturel à un temps donné à l'institution, chose qu'ils se refusent de faire. Une fois de plus, nous constatons que la dimension institutionnelle du projet culturel n'en facilite pas pour autant l'appropriation par les membres du personnel.

Du côté du personnel soignant, nous avons retrouvé le classique discours, du manque de temps, de la surcharge de travail, de la non-disponibilité. Mais au-delà, la réflexion amorcée par le biais des entretiens a contribué à l'émergence de problématiques que nous n'avions pas soupçonnées. La principale relève du questionnement induit par le projet culturel. Comme l'a noté une infirmière interrogée, le projet culturel « ça questionne terriblement ». Or, les salariés qui font déjà face à des situations difficiles n'ont pas nécessairement envie de se questionner davantage, voire d'assister à une remise en question de leurs pratiques professionnelles.

Ces constats peuvent pour partie s'expliquer, par la persistance de l'attitude de « protection », véhiculée au sein du corps des soignants.

2.3.2 De la distance comme outil de protection :

Le soignant en psychiatrie est confronté de manière récurrente à la souffrance psychique des patients qu'il entend soigner. Il est souvent nécessaire pour lui de s'imposer une relative mise à distance vis-à-vis des patients. Elle lui permet de ne pas être trop affecté personnellement, tout en se maintenant en capacité, d'assurer son rôle de soignant. Certains n'éprouvent pas de difficultés, mais pour d'autres, la volonté de se préserver passe parfois par une mise à l'écart relationnelle (consciente ou inconsciente). Ainsi, la concentration sur la partie technique du travail, bien que souvent liée aux contraintes organisationnelles peut aussi être choisie par le soignant comme moyen de défense, de détachement émotionnel, de « distanciation affective », en réponse aux situations de souffrance auxquelles il est confronté (Cosnier, 1993). On comprend dès lors, que parce qu'il risque de modifier cette distanciation, le projet culturel est volontairement laissé de côté.

Traditionnellement, au sein des unités, on se retrouve face à des relations de type conventionnel, codé, des « relations de service » (Cosnier, 1993). La finalité en est l'amélioration de la qualité des soins. C'est elle qui légitime la nature des interactions dans le

service. Le personnel y tient une certaine « face » pour reprendre un terme goffmanien (Goffman, 1974b). Le maintien de la face permet à chacun de se conforter sur son territoire, en mettant en oeuvre toute une série de rituels. La « face » du patient quant à elle est compromise, puisqu'elle est dépendante du soignant.

D'autres disciplines ont abordé cette question, notamment l'anthropologie. Edward T. Hall au cours de ses observations a abordé la question de la régulation de la distance chez les animaux¹⁶⁰ (1971). Les animaux maintiennent une certaine distance avec les espèces différentes. Si ces distances ne sont pas maintenues, cela génère une modification du comportement chez l'animal. Ces diverses observations ont permis à l'auteur de mettre en évidence l'importance de l'espace sur le comportement.

Plus récemment, Marie-Christine Pouchelle, par une approche marquée autour de l'anthropologie de l'émotion, du ressenti des personnels, aborde la question de l'humanisation des hôpitaux. Elle évoque la distance établie par les soignants pour se protéger et parvenir à continuer d'accomplir leurs actes. En médecine générale, la technicité permet de mettre de côté ou du moins entre parenthèses la subjectivité, d'où une frontière établie entre soignants et soignés (Pouchelle, 2003). L'émotion paraît parfois littéralement refoulée, et ce, pour des raisons de protection, mais également d'obligations professionnelles :

« En effet la conscience des implications émotionnelles ou douloureuses de leur propre geste thérapeutique ou de leur comportement semble bien parfois suspendue chez les soignants, par obligation professionnelle. Cette suspension de la perception de ce que vit l'autre, cette rupture avec autrui (on appelle ça "se protéger"), résulte aussi d'un conformisme de groupe particulièrement marqué dans les rangs infirmiers, et dont il est difficile pour un individu de se démarquer puisque ce genre de mimétisme fait partie d'un apprentissage collectif où les vertus d'obéissance et de contrôle de soi sont privilégiées » (Pouchelle, 2003 : 66).

Il n'est pas demandé, évidemment, au personnel soignant d'être dénué de sentiments, mais ce comportement très implicite fait partie des rituels à l'œuvre. Ils garantissent un sentiment d'appartenance et une reconnaissance identitaire pour le personnel. La participation à un projet culturel représente le risque d'une mise à mal de cette ritualisation, c'est pourquoi certains professionnels hospitaliers s'y refusent encore. Il est aussi parfois perçu comme une mise en concurrence face aux projets de service.

¹⁶⁰ Ces études comparatives menées sur les animaux sont transposables aux humains.

En effet, en plus de ces contraintes générales, que l'on retrouve dans l'ensemble des projets culturels menés dans les hôpitaux, nous nous sommes donc interrogés sur les limites existantes à l'échelle du service, pressentant que la réception du projet culturel par l'équipe soignante est déterminante.

3. Projet culturel versus projet de service ?

3.1 Le projet de service comme élément identificateur du corps soignant :

Pour mieux saisir l'importance des projets de service dans l'institution hospitalière, un nouveau détour s'impose sur les travaux de Patrick Basse.

Le projet de service est générateur de « concurrences symbolique » (Basse, 2003). Comme nous le dit l'auteur : « Pour un certain nombre d'acteurs, notamment des infirmières surveillantes, la production du projet de soins infirmiers a participé d'une conquête de légitimité. Le projet de soins infirmiers a été un objet symbolique de l'action collective » (Basse, 2003: 369). Patrick Basse parle du service comme d'un « espace d'identification » pour le personnel. Le sentiment d'appartenance est plus lié à un service qu'à l'institution elle-même.

Le projet de service a ce caractère de travail collectif que n'a pas le projet culturel. Le projet culturel, lui, n'est pas conçu dans l'unité de soins. Il n'est pas produit dans « l'espace privé » que peut représenter le service, mais dans « l'espace public » c'est-à-dire à l'échelle institutionnelle. Ces définitions sont données au regard de la conception des différents espaces par le personnel, au sein de l'institution hospitalière. Pour qu'un projet soit viable, il apparaît indispensable que les acteurs puissent se l'approprier à leur échelle plutôt qu'à l'échelle institutionnelle.

3.2 Mise en comparaison d'un projet de service avec un projet culturel :

Nous allons maintenant analyser un projet culturel, mené en tant que projet de service, c'est-à-dire en dehors du programme « Culture à l'hôpital ». Cela devrait permettre d'identifier quelles sont les principales distinctions ou similitudes entre ces deux catégories de

projets. Nous présentons d'abord le projet tel qu'il est inscrit dans le service (document interne). Nous en reprendrons ensuite l'analyse et la comparaison avec le projet culturel.

PROJET BIBLIOTHEQUE

Référent : X

Quand : Le vendredi de 10h30 à 11h45

Lieu : Petit salon de la bibliothèque de la Fondation

Nombre de résidents : 3

I – OBJECTIFS GENERAUX :

- Permettre aux résidents de sortir de la structure même si nous restons dans l'hôpital. Aller à la bibliothèque, c'est changer de lieu et mettre une distance vis-à-vis des lieux de la vie quotidienne. C'est aussi leur faire bénéficier d'un cadre exceptionnel où le personnel nous réserve un accueil bienveillant.
- Permettre aux résidents de se réinvestir dans la lecture afin de retrouver le goût de lire et du plaisir que l'on peut en retirer. La lecture offre la possibilité de s'évader par la pensée, de voyager en rêves, d'ouvrir une fenêtre sur un ailleurs.
- Canaliser l'attention, mobiliser la concentration et développer la capacité d'écoute.
- Améliorer l'expression verbale, développer le vocabulaire, les capacités de langage expressif et la mémoire.
- Susciter des émotions (joie, peur, tristesse, surprise...) à travers une lecture vivante, animée d'une intonation marquée, empruntée au conteur et sur lesquelles nous poserons des mots. Favoriser la socialisation en acceptant d'attendre son tour pour lire et en apprenant à s'écouter. Encourager les échanges et l'expression de chacun par le partage de ce qui a été lu.

II – DEROULEMENT :

L'accueil des résidents par les bibliothécaires est un temps essentiel et privilégié où nous nous saluons et prenons des nouvelles de l'autre.

La séance de lecture se déroulera en deux étapes sur une durée de 40 minutes.

Dans un premier temps, les résidents choisiront ensemble le livre pour aller ensuite s'installer dans de confortables fauteuils où chacun lira à tour de rôle.

Dans un second temps, je tenterais de faire partager ce qui aura été lu à l'aide de questions.

III – MOYENS (matériel) :

Livres : romans, contes, recueils de poèmes, quotidiens de presse, récits historiques...

IV – EVALUATION :

Les observations concernant le déroulement de l'activité seront notées sur le dossier et permettront lors des synthèses de réévaluer le projet de vie individualisé de chacun des résidents

Il s'agit du « projet Bibliothèque » mené par la maison d'accueil spécialisée (MAS) de la Fondation Bon Sauveur d'Alby. Ce projet de service permet aux patients d'assister et de participer à des lectures qui se tiennent à la bibliothèque de l'établissement. Le projet est mené par une seule personne, une aide médico psychologique (A.M.P) qui en est par ailleurs l'instigatrice et l'intervenante. Il ne concerne que trois patients, ce qui est plus faible que la participation au projet culturel, mais plus important au niveau des patients d'une même unité.

Sur le plan organisationnel, la principale distinction est liée à la fréquence des séances. Ici, elles sont de l'ordre d'une fois par semaine à hauteur d'une heure trente contre deux heures toutes les deux semaines pour le projet culturel. Ce décalage est lié, pour partie, à l'impossibilité de rémunérer un artiste pour des interventions hebdomadaires. Pour le projet Bibliothèque, les interventions sont comprises dans le temps de travail des salariés.

Intéressons-nous maintenant aux objectifs définis dans ce projet de service. La possibilité donnée aux patients de sortir de leur service est l'élément déclencheur à la mise en place du projet. Elle doit favoriser une mise à distance avec leur quotidien. Nous retrouvons également comme dans le projet culturel, l'intérêt de générer chez les patients une prise de plaisir en leur donnant l'occasion de s'évader. La volonté de susciter chez eux des émotions est importante. Le projet de service, tout comme le projet culturel, doit favoriser la socialisation des patients, notamment à travers le travail de groupe. Chacun doit accepter les contraintes afférentes au travail collectif, en attendant par exemple son tour pour prendre la parole.

D'autres objectifs sont plus techniques, en lien direct avec les préoccupations soignantes. C'est la principale distinction observable avec le projet culturel. On y trouve un travail sur l'attention, la concentration, l'écoute, l'expression verbale. Ce projet de service, comme beaucoup d'autres, ne nécessite pas d'apports de moyens spécifiques, d'ordre

financier notamment. Dans ce cas, il y a une exploitation des ressources mises à disposition par l'hôpital : la documentation fournie et le lieu de la bibliothèque.

L'autre caractéristique distinctive entre les deux catégories est la présence obligatoire dans le projet de service et dans sa réalisation, d'une partie évaluative. Le projet de service est totalement intégré et reconnu dans le travail de prise en charge du patient, tel que défini dans la quatrième partie de l'extrait précédemment cité.

Cependant, les entretiens menés ont permis de rendre compte que les projets de services ne sont pas nécessairement portés par l'ensemble de l'équipe soignante. Ce projet Bibliothèque est accepté par l'unité, mais la personne référent rencontre des difficultés, du même ordre que celles rencontrées dans le projet « Culture à l'hôpital ». Elle a du mal à trouver des personnes assurant la relève lors de ses absences. Le lancement du projet s'est fait de manière progressive, le référent du projet a dû convaincre ses collègues, qui compte tenu de la pathologie de leurs patients, s'avéraient plutôt sceptiques quant à la réussite et au bien-fondé de ce projet de service :

. Et est-ce qu'il y a une autre personne dans le service qui travaille avec vous ?

« Non voilà, je n'ai pas trouvé, il n'y a pas de relais. C'est un petit peu dommage, quand je suis absente l'activité ne se fait pas. Moi je suis à mi-temps donc c'est pour ça que je peux un peu plus me détacher aussi que mes collègues. C'est vrai que j'ai cette possibilité aussi de pouvoir me libérer, mais après il n'y a pas de relais. »

. Et est-ce que vous faites des retours à l'équipe soignante de ces ateliers que vous faites avec les patients ? Est-ce que l'on vous demande ?

« Il n'y en a pas forcément, non, il n'y a pas d'intérêt. Moi je le retranscris sur le dossier des résidents, mais après non, il n'y a pas d'intérêt particulier.¹⁶¹ »

Bien qu'ils apparaissent comme étant parfois en concurrence, projet culturel et projet de service rencontrent les mêmes difficultés dans leur mise en application.

Néanmoins, ils ne sont pas toujours mis en confrontation. À l'hôpital de Montfavet, nous avons constaté l'inscription d'un atelier théâtre (relevant du programme « Culture à l'hôpital », dans le projet de l'unité. Mis en visibilité, il permet aux patients de se tenir au courant des séances. C'est un système pratique, notamment pour les nouveaux venus lorsque le personnel ne les a pas ou n'a pas eu le temps de les tenir informés.

¹⁶¹ Entretien n°32 : aide médico psychologique- Fondation Bon Sauveur d'Alby.

Nous venons de voir que le projet de service peut faire l'objet d'une appropriation symbolique par le personnel hospitalier, tandis que le projet culturel se révèle comme un élément de mise en tension de la ritualisation à l'œuvre, dans les services de soins.

4. Perturbation de la ritualisation et appropriation territoriale :

Les rapports qu'entretiennent les personnels hospitaliers avec les patients sont en partie prédéfinis par le rôle associé à leur statut professionnel. Une certaine hétérogénéité est observable. Dans les services hospitaliers classiques, nous pouvons retenir quatre catégories distinctes : les agents hospitaliers, les aides soignants, les infirmiers et les médecins. Nous reprendrons ici ces catégories, en concentrant notre attention sur celles entretenant le plus d'interactions avec les patients, à savoir les aides soignants et les infirmiers. Les catégories plus élevées hiérarchiquement, comme celle des médecins ont des relations d'ordre plus techniques avec les personnes hospitalisées. Les autres au contraire, de par leur responsabilité plus réduite envers les patients, peuvent développer envers eux des relations plus informelles.

Dans le contexte présent (augmentation de la technicité et de la productivité), le soignant est contraint de tenir une double position au sein de l'hôpital. En réponse aux attentes organisationnelles, il se doit d'être productif. On pourrait penser que l'hôpital psychiatrique par son action plus prononcée sur le plan relationnel que strictement technique échappe à ce constat, mais il n'en est rien. L'accomplissement d'actes (tels que reconnus dans le cadre du plan T2A¹⁶²) ne représente pas une charge de travail majeure en psychiatrie, néanmoins l'exigence de la qualité et l'augmentation des tâches administratives, notamment au niveau infirmier laissent peu de place au développement de relations interpersonnelles avec les patients. Le projet culturel peut être un moyen pour développer ces interactions ; mais cela signifie par la même qu'il peut participer d'un bousculement de la ritualisation établie.

¹⁶² « La tarification à l'activité ou T2A est un nouveau mode de financement des hôpitaux en France. Avant, ils bénéficiaient d'un budget global sans rapport avec le nombre d'actes effectués dans leurs murs. Depuis la mise en place de la T2A en 2005, chaque séjour d'un patient est rentré dans une base de donnée informatique et chiffrée précisément en fonction des actes pratiqués pendant le séjour et des diagnostics de maladie. » Définition issue de Doctissimo : dictionnaire médical en ligne : www://dictionnaire.doctissimo.fr/definition-t2a.htm (consulté le 07/11/2009).

4.1 Le projet culturel comme perturbateur de la ritualisation instituée :

Nous allons voir comment le projet culturel bouscule le caractère ritualisé de l'institution hospitalière. Pour cela, nous pouvons de nouveau prendre appui sur les travaux de Marie Christine Pouchelle. L'auteure a mené des observations dans des hôpitaux publics spécialisés en actes chirurgicaux. Bien que ce terrain soit différent de l'hôpital psychiatrique, certains des faits relevés par cette anthropologue y apparaissent comme transposables. Son étude, menée essentiellement dans des services de réanimation, rassemble des lieux qui, à l'instar de l'hôpital psychiatrique, sont souvent vécus par les patients comme des lieux concentrationnaires. L'auteure analyse les pratiques professionnelles qui s'y tiennent comme des formes de rites initiatiques tels qu'on peut les trouver dans les sociétés traditionnelles. Cette ritualisation est aussi présente dans les hôpitaux psychiatriques, non pas tant dans les actes que dans le comportement des individus. Pour définir ce que nous entendons par rite, nous reprendrons la définition qu'en donne Marie-Christine Pouchelle. Nous la compléterons par celle que propose Pascal Lardellier :

« Par ritualisation, j'entends le développement de comportements stéréotypés et répétitifs destinés à conjurer le malheur, à assurer le succès des procédures, à canaliser les affects, à cimenter la communauté des initiés et à la distinguer de la masse informe des profanes » (Pouchelle, 2003 : 7).

« Fondamentalement, il permet aux individus d'appartenir : à des communautés, à des institutions, à des sociétés fonctionnant sur des logiques de classes, de corps, d'affinités électives » (Lardellier, 2003 :13).

Marie-Christine Pouchelle, dans sa conceptualisation de la ritualisation, s'appuie sur les travaux de Roberto Lionetti (1988) qui définissent l'hospitalisation dans sa globalité comme un ensemble cérémoniel. Nous allons voir que le projet culturel peut être considéré comme une réelle perturbation dans les processus établis et ritualisés qui norment le fonctionnement hospitalier.

Pascal Lardellier quant à lui démontre comment les processus de ritualisation permettent de contrôler les « turbulences interstitielles ». Il envisage le rituel comme un contenant pour les communautés. Par les normes qu'il impose, il permet de canaliser toute forme potentielle de désordres et assure un certain équilibre.

Par ailleurs, la ritualisation à l'œuvre dans les services de soins participe du conditionnement des rites d'interaction, dans leur sens goffmanien. Les attitudes et comportements des acteurs (personnel et soignants) répondent aux codes institués par le contexte de l'unité et de l'hospitalisation.

La présence de rites participe de la difficile perméabilité des institutions hospitalières face au changement, et donc au projet culturel. Ce dernier perturbe la ritualisation des services hospitaliers et provoque un glissement des territoires.

4.2 Un déplacement de territoires (physique et symbolique) :

4.2.1 Le projet culturel, un territoire à investir communément :

L'hôpital est constitué de plusieurs communautés qui entrent parfois en conflit. Si nous reprenons la classification donnée par Marie-Christine Pouchelle, il en existe différentes. En premier lieu, nous pouvons retenir les communautés territoriales qui distinguent les services, puis les communautés professionnelles (médecins, infirmiers, as, personnel administratif...) ainsi que les communautés affectives au sein même des services (Pouchelle, 2003).

Les territoires respectifs des acteurs sont bien délimités dans le contexte du service. Par contre dans celui du projet culturel, ils sont bousculés, se croisent et parfois se confondent. Ici, nous entendons le territoire d'après la définition qui en est donnée par Marie-Christine Pouchelle :

« La notion de territoire recouvre des aspects complexes (cf Goffman 1973), mais, au sens éthologique, c'est un espace géographique propre à une personne ou un groupe, caractérisé par des limites, plus ou moins fixes, et par la qualité d'intrus appliquée à celui qui les franchit » (Pouchelle, 2003 : 179).

Le territoire des soignants est délimité par plusieurs espaces : salle de soins, salle de pause et salle de réunion. Si l'on devait rapprocher l'atelier culturel d'un des espaces du service de

soins, ce serait celui du couloir. Madeleine Kattan-Farrhat¹⁶³ le considère comme l'espace public par excellence de l'unité de soins :

« C'est là que se tissent les réseaux entre les personnes qui forment le soubassement de la vie quotidienne dans l'unité. Il semble aussi que ce soit un lieu de détente, aussi bien pour les malades que pour les soignants. C'est là que s'expriment des sentiments qu'il ne serait pas possible d'exprimer ailleurs. Le couloir est un espace peu investi professionnellement, mais il assure une fonction homéostatique fondamentale dans la vie de l'unité » (Kattan-Farrhat in Cosnier, Grosjean, Lacoste, 1993 :193).

Cette notion de territoire est à mettre en lien direct avec celle d'identité :

« L'univers hospitalier nous apparaît comme fortement marqué par la question des identités. Elles sont au coin de toutes les lèvres et sont sans cesse mobilisées. Par exemple, chaque établissement revendique une image, un style, particuliers évoquant la "culture des lieux". Chaque catégorie de professionnels affiche son attachement à son statut, entendant distinguer résolument celui-ci de ceux des catégories voisines. Chaque position statutaire se voit déclinée en une multitude de spécialités qui constituent autant de nouvelles frontières identitaires spécifiques. Chacun tient à marquer spatialement (son service) ou bien encore temporellement son territoire (son équipe d'affectation) (...) Ce souci de l'appartenance, dont on pourrait dire qu'il est légitime parce qu'il correspond à une quête d'identité, finit principalement par engendrer des frontières, des clivages et, bien évidemment, là où existent des frontières, se trouvent forcément des "gardes frontière", tous plus jaloux les uns que les autres du territoire dont ils ont la charge. » (Herrerros, 2007).

Dans le projet culturel, il n'y a plus cette répartition normée du territoire, on assiste plutôt à un partage du territoire. Entendu dans son caractère géographique, le projet culturel est un territoire nouveau à investir au sein de l'hôpital.

Les lieux attribués pour la tenue des ateliers diffèrent d'un établissement à l'autre. Dans la majorité des cas, il s'agit d'un espace au sein de l'institution, dans un service. Face au manque de locaux, il arrive même que ce soit les salles réservées aux ateliers thérapeutiques qui soient mobilisées. Cela n'est pas sans poser certains problèmes.

Les personnes chargées du projet culturel acceptent souvent, à regret, ces conditions. Organiser les séances dans le lieu qui sert aux ateliers thérapeutiques, ne permet pas toujours aux patients d'établir une distinction entre ces deux activités. Lorsque l'atelier a lieu à l'intérieur même du service, la difficulté est d'autant plus renforcée. Le service est associé

¹⁶³ Madeleine Kattan-Farrhat. 1993. « Territoires et scénarios de rencontres dans une unité de soins » in *Soins et communication : approche interactionniste des relations de soins*. Cosnier (J), Grosjean (M) et Lacoste (M) sous (sous la direction de.) Lyon : ARCI, Presses universitaires de Lyon- Collection Ethnologie et Psychologie des communications, pp.179-197.

aux soins et au traitement, il n'est pas aisé pour la personne hospitalisée de parvenir à s'en détacher.

Le personnel insiste sur la nécessité du déroulement des ateliers à l'extérieur du service. On perçoit une volonté de s'éloigner des services de soins pour se détacher du côté thérapeutique et inscrire pleinement le projet culturel dans une fonction artistique. Bien que la tendance soit à la généralisation de ce cas de figure, cette nécessité de « détachement » du service, invoqué par le personnel, n'est pas toujours comprise par les services économiques. Les deux groupes fonctionnent dans des logiques différentes d'où bien souvent un certain manque de compréhension.

Un lieu fixe est défini pour l'atelier, mais cela n'empêche pas le déroulement de séances ou d'actions culturelles dans d'autres espaces. À la Fondation Bon Sauveur d'Alby, l'artiste a réalisé certaines de ses interventions, à l'auditorium, dans la cafétéria, dans les cours de services fermés. Ce procédé permet d'investir plus globalement l'institution en l'appréhendant différemment. L'hôpital dans sa globalité devient la scène du projet culturel. L'occupation de divers lieux dans l'établissement permet de dynamiser les ateliers et de multiplier l'impact possible auprès de tous les salariés.

L'idéal reste l'atelier qui se déroule à l'extérieur de l'hôpital et si possible à l'intérieur de la ville. C'est le choix qu'ont fait les soignants référents du projet théâtre à l'hôpital de Montfavet :

« Nous en plus maintenant on a la chance que l'atelier qui est proposé dans l'unité puisse se passer à l'extérieur de l'hôpital, ce qui n'était pas le cas il y a trois mois en arrière. Le fait que ça se passe à l'extérieur, du retour des patients c'est un plus aussi et puis pour nous c'est vachement moins morbide (...) Du moment où l'on arrive à sortir de l'hôpital, on arrive à mobiliser des choses que l'on ne mobilise pas sur place. Il y a ce côté magique de l'extérieur qui rien que d'aller à l'extérieur, de dire que l'on y va, de commencer à y aller, déjà ça change quelque chose.¹⁶⁴ »

À la Fondation Bon Sauveur d'Alby, le récent partenariat passé avec le musée Toulouse Lautrec a permis d'y organiser certaines séances. Le projet culturel ne se limite pas au cadre de l'hôpital psychiatrique. Opérateur de déplacements à l'intérieur de l'hôpital psychiatrique, il peut aussi être déplacé.

¹⁶⁴ Entretien n°25 : infirmier- hôpital de Montfavet.

La séparation physique entre les deux territoires (l'hôpital et le projet) participe de l'abolition de la distance hiérarchique qui existe dans les services entre soignants et soignés. On peut dès lors parler du projet culturel comme d'un territoire neutre, à investir communément par les différentes parties en présence (patients, soignants, artistes).

4.2.2 Le projet culturel comme territoire symbolique pour le soignant :

Le projet culturel notamment par le biais du dispositif de l'atelier représente un nouvel espace de reconnaissance identitaire pour le personnel.

La théorie du processus identitaire relationnel a été développée dans les travaux de Renaud Sainsaulieu. Ce dernier définit l'identité comme « façon dont les différents groupes au travail s'identifient aux pairs, aux chefs, aux autres groupes, l'identité au travail est fondée sur des représentations collectives distinctes, construisant des acteurs du système social d'entreprise » (Sainsaulieu cité par Dubar, 1998 :119).

Le travail est donc le lieu où se développent des expériences relationnelles qui peuvent être conduites par un désir de reconnaissance. Cette théorie développée par Renaud Sainsaulieu nous permet de mieux saisir l'enjeu que peut avoir pour le personnel la participation à un projet culturel. Sortis du contexte traditionnel des rapports de pouvoir avec leur chef de service, leurs collègues, l'implication dans le projet culturel peut être vécue comme une réussite, une reconnaissance professionnelle. Cette dernière est alors faite à titre personnel et non plus au nom de l'équipe comme c'est souvent le cas.

Cette réalité bien que rarement explicitée, tend à expliquer le phénomène selon lequel le personnel impliqué dans ces ateliers a du mal à déléguer, et lorsque c'est le cas, se sent parfois dépossédé. Ce constat pose d'ailleurs un dilemme, une antinomie observable dans le processus discursif du personnel. Nombreux sont ceux qui déplorent l'absence d'implication du reste de l'équipe dans le projet ou un certain manque de soutien, cependant peu d'entre eux apparaissent prêts à laisser leur place à un collègue. La présence de nouvelles personnes est parfois même considérée comme « dérangeante ».

Le détachement peut être difficile pour le personnel participant, car le projet symbolise un espace autre, différent du service, un espace dans lequel les rapports sont « redistribués ». Une reconnaissance personnelle et (ou) professionnelle y est rendue possible.

En effet, l'implication dans le projet culturel se révèle comme l'affirmation d'un territoire pour certains soignants. Il est l'occasion de se démarquer par rapport au reste de l'équipe et de s'impliquer différemment auprès des patients. Il existe une certaine « possession » vis-à-vis du projet culturel. Une certaine forme de « dépendance » au projet culturel se crée. Ils ont conscience que ce comportement n'est pas adéquat et qu'il est préférable d'avoir d'autres salariés qui se sentent impliqués dans le projet. Toutefois, un lien affectif s'établit souvent et le projet culturel est évoqué par les soignants qui en sont porteurs, comme leur « bébé ».

« C'est difficile de laisser la place aux autres. On a tellement été porteur de ce projet que c'est un peu notre bébé, même si l'on sait que ce n'est pas bien. Moi par exemple je n'y vais pas cet après-midi, ça m'emmerde mais on a des nouveaux collègues dans le service et c'est vachement important aussi qu'ils puissent y aller (...) C'est une bouée de sauvetage, ça donne un sens à mon travail. Le travail en psychiatrie c'est aussi là où l'on crée des liens avec l'extérieur, dans le plaisir si possible. Il est important d'introduire la culture pour les aider à aller mieux. Je me dis que le jour où ce ne sera plus possible moi j'arrête mon boulot. Je sais qu'il n'y aurait plus d'intérêt à faire ce boulot enfermé entre quatre murs, il n'y aurait plus de sens.¹⁶⁵ »

L'affect développé par les soignants autour du projet est conséquent. Il devient le territoire d'affirmation d'une identité. Le soignant de par sa participation au projet culturel, s'affirme en tant qu'individu au sein du groupe constitué par l'équipe soignante.

Comme nous venons de le voir, le projet culturel peut faire l'objet d'une appropriation personnelle ; la forme la plus extrême réside dans le refus de communiquer (pour partie) au reste de l'équipe soignante, sur le déroulement des ateliers. Sous couvert de ne pas vouloir « trahir » la confiance acquise auprès des patients dans ces moments, des soignants occultent volontairement certaines informations relatives au comportement des patients, lors de leur restitution auprès des collègues de l'unité. Il arrive aussi que l'information sur les séances ne soit pas laissée à l'équipe en l'absence de la personne référent :

« Ce sont des échanges que je ne fais jamais en présence de soignants qui ne participent pas au projet. Je considère que je n'ai pas à livrer comme ça certaines choses qui sont de la vie des patients et de leur intimité aussi. Bien sûr qu'en réunion il m'arrive d'en parler quand même [...] Après cette séance Sandrine m'est tombée dans les bras, a énormément pleurée et c'est quelque chose que l'on a partagé et que je n'ai pas ramené en réunion. Alors en

¹⁶⁵ Entretien n°21 : infirmière- hôpital de Montfavet.

réunion j'ai ramené le fait qu'elle avait pu dépasser toutes ces choses-là, mais pas ce moment de pleurs et de joie.¹⁶⁶ »

Ce cas de figure reste assez minoritaire, le plus souvent, le personnel impliqué a conscience de l'apport que peut avoir la restitution des séances en atelier dans la compréhension et la prise en charge future du patient :

« Je pense que si l'on gardait les choses pour nous et que l'on ne communiquait pas aux autres, ce ne serait pas bienveillant. Parce que finalement nous, on a l'info, on l'a vécue avec lui, on l'a vu se détacher de certaines choses et eux, ils sont comme nous pris dans les difficultés du quotidien.¹⁶⁷ »

Au regard du reste de l'équipe, le projet culturel apparaît comme un territoire marqué, relatif à un ou deux individus. Ce constat participe de la limitation de l'implication du personnel, certains ne souhaitent pas être intrusifs au regard du travail mené par leurs collègues :

*« Il y a aussi le pour et le contre. C'est-à-dire que c'est aussi fermé, moi je parle juste de l'atelier. C'est un soignant qui y va, c'est toujours le même et ça ne permet pas aux autres de pouvoir intervenir. C'est mon petit quoi, tu vois ? C'est une ouverture plus large, mais c'est aussi une fermeture par rapport à ça. [...] . Avez-vous des échanges avec les patients liés à ces actions culturelles ?
- Relativement peu, c'est succinct. Je ne suis pas partie de ce projet donc personnellement ce serait comme de l'intrusion par rapport à la collègue qui mène cet atelier. J'ai l'impression que c'est son bébé et donc tu ne vas pas piquer le bébé de celle qui vient d'enfanter. Effectivement moi je me mets un frein. Mais aussi ne connaissant pas les tenants et les aboutissants, je ne veux pas mettre les pieds dans le plat envers les patients, les induire en erreur.¹⁶⁸ »*

Conclusion :

Nous retiendrons que l'usage du projet culturel comme outil de communication institutionnelle peut représenter une limite pour certains salariés qui y dénoncent un côté « vitrine ». Pour d'autres c'est le refus d'accorder davantage de temps à l'institution qui légitime leur non-implication. Par ailleurs, pour bon nombre d'entre eux il reste difficile

¹⁶⁶ Entretien n°13 : infirmière- Fondation Bon Sauveur d'Alby.

¹⁶⁷ Entretien n°25 : infirmier- hôpital de Montfavet.

¹⁶⁸ Entretien n°17 : infirmière- Fondation Bon Sauveur d'Alby.

d'établir un lien direct entre le projet culturel et leur travail soignant. Le projet culturel reste perçu comme quelque chose d'extérieur, d'étranger aux préoccupations quotidiennes, on ne se sent pas vraiment concerné. Toutefois lorsque c'est le cas, il entraîne des difficultés dans l'organisation des services et l'absence de résultats concrètement objectivables pose aussi problème. Il arrive qu'il soit mis en tension avec les projets de service, et cela, bien que l'on puisse constater des difficultés similaires dans leur mise en application. Enfin, le projet culturel perturbe les traditionnels rapports de pouvoirs établis, il est réapproprié par certains comme nouveau territoire symbolique. Ce qui suscite l'élaboration de nouvelles frontières, expliquant par ailleurs la réticence de certains soignants à s'impliquer davantage dans un projet culturel.

Néanmoins, le projet culturel est opérateur de déplacements pour l'ensemble de la communauté hospitalière.