

Le programme « Culture à l'hôpital » et son inscription dans la politique culturelle en faveur des publics « empêchés »

Pour introduire ce travail de recherche, l'histoire de l'art est particulièrement appropriée, pour mettre à jour les divers rapports entretenus entre le champ artistique et culturel et le champ hospitalier. Leur évolution permet entre autres d'éclairer le contexte actuel. Il s'agira de comprendre, à la suite de quoi, vient s'inscrire la mise en place du programme « Culture à l'hôpital », et par là même ce qui le distingue des précédentes actions artistiques et culturelles menées dans les établissements hospitaliers.

Ce chapitre s'organise autour de trois points, reprenant historiquement trois phases distinctes dans les interactions art-culture et hôpital. Pensé comme élément thérapeutique pouvant ramener les « fous » sur le chemin de la raison, l'art, à l'origine, était exposé dans les grandes salles de réfectoire des hôpitaux. Dans le courant du XIXe, des collections d'art asilaire se constituent, les médecins exploitent alors les créations de leurs patients comme outil de diagnostic. Le siècle suivant a été celui de l'avènement de l'art thérapie et de la prescription artistique auprès des personnes hospitalisées. Plus récemment, nous avons assisté à l'entrée de l'art contemporain dans l'hôpital psychiatrique. Il participe, en l'occurrence, du développement de réflexions nouvelles, sur des problématiques sociales.

C'est dans cette lignée, que se développent les actions menées dans le cadre du programme « Culture à l'hôpital », contexte de notre recherche. Ce programme s'intègre dans la politique culturelle française menée en direction des « publics empêchés ». En effet, la poursuite du désir de démocratisation culturelle a conduit le gouvernement à s'intéresser au public ayant des difficultés d'accès à la culture.

Nous verrons la place occupée par les « publics empêchés », dans la politique culturelle française. Partant de là, nous ferons un point sur les différents programmes mis en place par l'État. Nous porterons attention aux enjeux respectifs, mais aussi transversaux de ces programmes, à savoir notamment la volonté de réduction de la « fracture sociale⁵ ». Qu'il s'agisse de restaurer du lien social, de réinsérer les individus ou de participer de l'affirmation d'une dimension citoyenne, ces projets laissent entrevoir la mobilisation possible de la culture au profit du social.

Par ailleurs, nous analyserons les discours portés sur le programme « Culture à l'hôpital », instauré en 1999. Quels sont les objectifs visés par ses instigateurs, à quelles problématiques ce programme est-il censé pouvoir apporter des réponses ?

Sachant que la culture était déjà présente dans les hôpitaux à ce moment-là, nous nous interrogeons sur les spécificités de ce programme. Modifie-t-il les effets de l'action culturelle à l'hôpital ou se retrouve-t-on simplement face à une politique culturelle qui vise un élargissement de ses publics, dans le cadre de son grand chantier de démocratisation culturelle ?

⁵ Le terme de « fracture sociale » est apparu pour la première fois en 1985 dans *Le désenchantement du monde*, ouvrage du philosophe Marcel Gauchet, afin de rendre compte de l'écart qui se creuse entre les élites et les populations. L'expression s'est vue popularisée lors de la campagne présidentielle de Jacques Chirac en 1995, notamment au travers des discours portés sur les banlieues. Dans le sens commun, tel que nous le mobilisons dans cette recherche, le terme de « fracture sociale » est à entendre comme une forme de rupture au sein d'un groupe entraînant une situation de conflit. Plus spécifiquement, elle désigne le fossé séparant une tranche socialement intégrée de la population d'une autre composée d'exclus.

1. Histoire et enjeux de la présence artistique et culturelle en milieu hospitalier :

1.1 Histoire de l'art et de la culture à l'hôpital :

L'histoire de la présence de l'art dans les hôpitaux a connu un tournant majeur à la fin du XIXe avec l'avènement de l'art moderne⁶. On s'éloigne brusquement de la longue tradition esthétique héritée de l'Antiquité.

Cette rupture avec un idéal du Beau marque une volonté de fidélité à la vérité. L'œuvre d'art moderne, par la multitude de sens qui peuvent lui être donnés, a cette capacité de pouvoir simultanément troubler et émouvoir. C'est certainement grâce à cette capacité de troubler l'individu que la psychiatrie l'a progressivement acceptée et intégrée à son milieu. Par son aspect parfois informe, inadéquat, l'œuvre d'art moderne a pu être apparentée à l'aliéné (informe au sens d'une déficience mentale, et inadéquat dans son incapacité à suivre une existence sociale commune). Ainsi, par le biais du trouble et des questionnements suscités par les créations d'art moderne, certains espéraient-ils qu'elles entraîneraient l'aliéné vers la redécouverte de la vérité. C'est à partir d'une remise en cause esthétique (découlant elle-même d'une remise en cause sociale) que l'art moderne a pu entrer en interaction avec l'univers psychiatrique.

L'une des premières traces d'activité artistique en milieu psychiatrique remonte au début du XIXe entre 1803 et 1813 où le marquis de Sade organisa des pièces de théâtre et des représentations données par des patients à l'asile de Charenton (Grappin, 2008).

1.1.1 De l'outil clinique à l'art thérapeutique :

→ *La création comme « outil clinique »* :

Dès la fin du XIXe, des témoignages de créations sont recensés dans les asiles. À l'époque, certains grands médecins aliénistes se servaient de la production artistique de leurs patients pour réaliser des études nosologiques. L'œuvre était alors analysée par le médecin

⁶ Nous traitons ici de l'art moderne uniquement pour rappeler les rapports historiques entre hôpital psychiatrique et action culturelle. Cette période dite de l'art moderne couvre principalement la première moitié du XXe. Notre recherche, parce qu'elle prend pour contexte le programme « Culture à l'hôpital » se concentrera uniquement sur l'art contemporain étant donné que les ateliers sont menés par des artistes vivants.

pour déterminer la pathologie dont le patient était atteint. L'art prend un enjeu clinique avec les travaux du docteur Max Simon (asile de Bron, actuel Vinatier) qui en 1876 établit les premiers parallèles entre formes graphiques et pathologies.

La valeur artistique des œuvres n'est pas encore reconnue; la création reste envisagée comme simple matériel clinique, à part quelques exceptions comme Max Parchappe qui dans son article sur la *Symptomatologie de la folie* (1850) associe les créations des aliénés aux origines de l'acte créateur.

→ *Une approche esthétique de l'art des aliénés :*

Début XXe, on assiste à une évolution du regard porté sur les œuvres produites par les malades mentaux ; parallèlement, c'est le mode de pensée sur la maladie mentale qui est mis en question. Un ouvrage rend particulièrement compte de cette évolution dans les états d'esprit, *L'art chez les fous* (1907) du docteur Paul Meunier (plus connu sous son pseudonyme Marcel Réjà). Son ouvrage est le premier à aborder l'art des aliénés d'un point de vue esthétique et non simplement clinique. S'en suivra un véritable engouement pour la production des aliénés, notamment de la part des mouvements avant-gardistes, ce qui parallèlement entraîna une multiplication des collections.

À titre d'exemple, nous pouvons retenir les travaux du médecin Hans Prinzhorn. La collection qu'il a constituée a fait l'objet d'un ouvrage⁷ paru en 1923. Il s'agit d'une collection basée sur des œuvres créées spontanément par des malades mentaux sans formation artistique. On trouve des figures pétries dans la mie de pain, des statues taillées dans des matériaux de fortune, même des dessins tracés sur du papier hygiénique.

Hans Prinzhorn envisage les productions de ses sujets sous un angle esthétique. Il fait apparaître chaque style comme étant l'expression totale de l'expérience vécue de son auteur. Ainsi, chaque œuvre serait un élément révélateur d'un fragment, d'un moment de vie de son créateur. Cet aspect nous apparaît essentiel, car comme nous le verrons par la suite, certains soignants aujourd'hui sont dans un discours similaire et estiment que la création peut révéler une part de l'état psychologique dans lequel se trouve le patient.

Ce médecin part d'un concept central qu'il appelle « *gestaltung* » soit la mise en forme qui met en évidence l'idée d'une nécessité originelle poussant à cette mise en forme. Il reconnaît la capacité qu'ont les malades mentaux à puiser dans les profondeurs de leur vie intérieure,

⁷ Hans Prinzhorn. 1923. *Expressions de la folie- Dessins, peintures, sculptures d'asile*, Paris: Aubin.

ainsi que dans leurs propres visions et idées. L'ouvrage d'Hanz Prinzhorn connaît une influence manifeste chez les surréalistes tout comme dans le travail mené par Jean Dubuffet.

Ce dernier créa en 1949 la Compagnie de l'Art Brut avec Paulhan, Ratton, Roche, Tapié et Breton (Peiry, 1997). Par « art brut » Jean Dubuffet entend « des productions de toute espèce, dessins, peintures, broderies, figures modelées ou sculptées (...) présentant un caractère spontané et fortement inventif, aussi peu débitrices de l'art coutumier ou des poncifs culturels, et ayant pour auteurs des personnes obscures, étrangères aux milieux artistiques professionnels » (Thévoz, 1980 :11).

L'art brut suscite tour à tour l'irritation, l'inquiétude, l'interrogation et l'admiration. L'intensité des réactions témoigne du malaise que provoquent ces expositions dans le milieu artistique parisien de l'après-guerre (Thévoz, 1980). Un débat sur la finalité de l'œuvre s'instaure, car bien que les œuvres de la collection n'aient pas été réalisées lors de séances médicales, leurs créateurs ont néanmoins trouvé refuge dans leur production. Ainsi, certains se mettent-ils à débattre de la possible utilisation thérapeutique de l'œuvre.

→ *L'art comme thérapie :*

Au même moment, le concept d'art thérapie voit le jour. L'aménagement d'un lieu, la mise à disposition de fournitures et surtout l'incitation à l'expression donnent naissance à un art encadré, organisé, en tous points opposé aux manifestations solitaires de l'art brut. Depuis, le débat est posé et ouvert, concernant la frontière entre manifestation artistique et art thérapie. Nous verrons que cette question de la limite est aussi très présente entre les projets de thérapies médiatisées et les projets culturels menés dans le cadre du programme « Culture à l'hôpital ».

Dans la notion d'art thérapie, l'art est entendu comme mode d'expression et il se met au service du soin (Collectif AFRATAPEM⁸, 1990). Il devient alors un moyen d'expression et de communication privilégié. Il joue le rôle d'un médiateur. L'art-thérapie est un accompagnement thérapeutique des personnes en difficultés (psychologique, physique ou sociale) à travers leurs productions artistiques. Elle se base sur la valeur thérapeutique de l'expression artistique. Elle utilise le processus artistique en tant que modalité thérapeutique.

⁸ Créée en 1976 et représentant l'École d'art-thérapie de Tours, l'AFRATAPEM est l'Association Française de Recherches et d'Applications des Techniques artistiques en Pédagogie et Médecine.

Parallèlement, l'acceptation progressive de l'art à l'hôpital par le corps médical en a permis le développement, durant ces cinquante dernières années. Les grands mouvements de la médecine, notamment dans les années cinquante-soixante, ont permis l'émergence d'un sentiment rationaliste montrant que les patients ne pouvaient pas être réduits à leurs simples pathologies.

L'art, à l'hôpital, est souvent vu comme un vecteur d'extériorisation des émotions. L'hôpital est un lieu de naissance, de souffrance et de mort, réunissant ainsi les principales phases existentielles de l'être humain. Intrinsèquement, l'art permet de représenter les moments forts de l'expérience humaine, mettant en scène les diverses émotions pouvant traverser notre vie affective. Ainsi en exprimant avec intensité l'affectivité dégagée par les passions humaines, l'art entre en résonance avec la sensibilité des personnes et la souffrance vécue par les personnes hospitalisées⁹. Ce rapprochement peut permettre au patient une meilleure connaissance et une compréhension de ses émotions internes.

D'un point de vue médical, l'art peut être envisagé comme un réel canalisateur. Selon certains professionnels, l'art aurait le pouvoir de refréner certaines pulsions agressives. Dans certains cas, on peut constater une évolution chez le patient qui passe d'un état de destruction à un état de création. De manière plus générale, l'art peut aussi se révéler comme catalyseur d'angoisse. La peur liée à la maladie peut se voir éconduite ou au moins freinée pour un instant grâce à une émotion nouvelle produite par une œuvre d'art, ou par la participation du patient à un atelier culturel. Par cette immersion relative dans un espace nouveau, le patient peut temporairement oublier les raisons qui l'ont conduit à l'hospitalisation, ainsi que la souffrance qui en découle.

L'art peut être pensé comme une forme « d'invitation au voyage ». Cet aspect particulier prend encore plus de sens au cœur des hôpitaux psychiatriques où les secteurs sont souvent fermés, les durées d'hospitalisation plus longues, réduisant la mobilité spatiale du patient. Ce contexte peut rendre propice le développement du désir d'évasion et de l'imaginaire. Selon l'état du patient et sa sensibilité personnelle, le rapport à l'art et à une œuvre en particulier peuvent se révéler comme voyage esthétique, voyage intérieur.

Contrairement à un diagnostic médical, scientifiquement approuvé et parfois irrémédiable, l'œuvre d'art quant à elle n'est jamais figée et reste ouverte à toutes les interprétations. À travers l'œuvre et l'émotion qu'elle peut susciter ou l'interprétation qu'il peut en faire, le

⁹ MINISTÈRE DE LA CULTURE ET DE LA COMMUNICATION, MINISTÈRE DE LA SANTE. 2004. *Culture et hôpital, des compétences, des projets de qualité*. Actes du séminaire, Paris, les 30 et 31 mars 2004.

patient peut mentalement se transporter, s'évader un instant de sa situation de malade soit en se projetant à l'intérieur de l'œuvre soit en laissant libre cours à son imagination en se réappropriant la création, c'est pourquoi on peut considérer l'art propice au cheminement intérieur, au voyage de l'esprit.

Nous pouvons aussi retenir que l'évolution du concept d'œuvre d'art au cours du XXe a permis de repenser ses fonctions autrement que dans la simple matérialisation de l'objet. Pour reprendre les termes de Jean Caune, chercheur en Sciences de l'information et de la communication: « L'art ne s'incarne plus nécessairement dans un objet : il peut se manifester comme un processus ou comme transaction sensible qui se saisit à travers une relation » (2006b : 98). L'art peut donc être appréhendé en tant que processus communicationnel en raison des relations qui peuvent s'établir autour de lui.

1.1.2 Le recours à l'art par le malade comme « dérivatif » ou « adaptation secondaire ¹⁰ » :

Dans son oeuvre *Asiles* (1968), Erving Goffman fait référence aux actions culturelles et artistiques proposées par l'hôpital ou directement entreprises par les patients. Dans l'univers du reclus, l'expression artistique peut être un palliatif au « temps mort ». Relativement à la longueur et à la quotidienneté de l'écoulement du temps qui passe dans l'asile, Erving Goffman explique que l'une des stratégies mises en avant par le malade est le recours à des dérivatifs. L'auteur place la pratique individuelle ou collective d'une activité artistique ou culturelle dans la liste des dérivatifs :

« Activités poursuivies sans intentions sérieuses, mais suffisamment passionnantes et absorbantes pour faire sortir de lui-même celui qui s'y livre et lui faire oublier pour un temps sa situation réelle » (Goffman, 1968 :114).

L'importance de ces activités pour les reclus (patients d'hôpital psychiatrique ou détenus en prison) est liée à l'environnement qu'elles permettent de créer temporairement et qui peut à leurs yeux supplanter celui de l'institution par et dans laquelle ils sont contraints :

¹⁰ Erving Goffman donne la définition suivante concernant « l'adaptation secondaire » : « Toute disposition habituelle permettant à l'individu d'utiliser des moyens défendus ou de parvenir à des fins illicites (ou les deux à la fois) et de tourner ainsi les prétentions de l'organisation relatives à ce qu'il devrait faire ou recevoir, et partout à ce qu'il devrait être. Les adaptations secondaires représentent pour l'individu le moyen de s'écarter du rôle et du personnage que l'institution lui assigne tout naturellement » (Goffman, 1968 :245).

« Pour d'autres malades, c'est la pièce de théâtre que l'on monte deux fois l'an qui constitue l'activité compensatoire efficace : les répétitions, la fabrication de costumes et des décors, les essayages, la mise en scène, la rédaction des pièces sans cesse recommencée, la représentation enfin paraissent aussi efficaces que dans la vie normale pour placer les participants dans un monde à part » (Goffman, 1968 :363).

Comme le souligne Erving Goffman, certaines de ces activités sont directement proposées et gérées par l'institution. Il s'agit dans la plupart des cas des prémisses de la psychothérapie institutionnelle et des ateliers de création à visée thérapeutique.

La participation à ces ateliers par les patients n'est pas ressentie comme quelque chose de subi, mais plutôt comme une occasion d'améliorer pour un moment donné, leur cadre de vie dans l'institution. Cependant, ces activités, dans le sens où certains patients pensent qu'elles vont assurer la réussite de leur traitement (aux yeux du personnel médical et de la société), peuvent être considérées comme une forme d'adaptation secondaire.

Mais c'est principalement lorsque l'activité est réalisée à la propre initiative du malade qu'Erving Goffman parle « d'adaptation secondaire ». Dans ces adaptations secondaires, sont aussi comprises des expériences qui n'ont rien à voir avec l'art et la culture et qui sont plutôt considérées par l'institution comme déviantes, à savoir le jeu, le sexe et l'alcool.

Nous venons de voir que l'art peut être vécu comme « adaptation secondaire », au regard des patients, mais qu'en est-il pour les professionnels ? Qu'entend-on par « culture » dans le sens commun ? En vue de quels objectifs est-elle mobilisée dans les établissements hospitaliers ?

1.1.3 La notion de « culture » et son usage dans le milieu hospitalier :

À son origine le mot culture est issu du latin *cultura* qui signifie le soin apporté aux champs ou au bétail, il apparaît vers la fin du XIII^e pour désigner une parcelle de terre cultivée. C'est au XVIII^e que le sens moderne du mot s'est formé. Il désigne à la fois la formation et l'éducation de l'esprit. Progressivement on passe du sens de « culture » comme action (action d'instruire) au sens de « culture » comme état (état de l'esprit cultivé par l'instruction). Pour le Siècle des Lumières, la culture est un concept unitaire et singulier rassemblant l'ensemble des connaissances recueillies et transmises par l'humanité.

Le siècle suivant on assiste à un élargissement donné au concept de culture. Il ne s'agit plus du simple développement intellectuel de l'individu, la culture revêt une dimension collective caractérisant désormais un ensemble de caractères propres à une communauté. Par la suite, il conviendra de mettre à jour les grands traits de ce que l'on nomme la « culture hospitalière », afin de saisir dans quelles mesures elle peut avoir une incidence sur le développement du programme « Culture à l'hôpital ».

Pour l'anthropologue Franz Boas, la culture est un phénomène acquis et non inné, et c'est elle qui est la véritable origine des différences qui existent entre les divers groupes humains.

Enfin, nous pouvons retenir l'une des définitions les plus importantes sur la notion de culture, celle du sociologue Émile Durkheim avec le développement de sa théorie sur la « conscience collective ». Élément de chaque société dont elle dépend, elle serait l'ensemble de valeurs, idéaux et représentations communs à tous les membres de cette société. Dès sa naissance, la conscience collective est imposée à l'individu et elle doit prendre le dessus sur la conscience personnelle. Pour reprendre les termes d'Émile Durkheim, on retiendra que l'unité et la cohésion d'une société sont réalisées par la conscience collective (Durkheim, 1967).

Autres travaux, ceux de Margaret Mead qui au milieu du XXe s'est attachée à démontrer l'importance de la transmission culturelle pour le développement de l'individu. Les phénomènes d'ordre psychologique, et l'« anormalité » dénoncée chez certaines personnes seraient donc le fruit de leur inadaptabilité à leur propre culture (Cuche, 2004 :36). Cette dernière définition peut justifier (en partie), l'importance aujourd'hui reconnu du développement de la culture dans les hôpitaux psychiatriques. La réappropriation de la culture par un patient peut être l'un des moyens susceptibles d'engendrer sa resocialisation. La notion de socialisation étant entendue comme : « le processus d'intégration d'un individu à une société donnée ou à un groupe particulier par l'intériorisation des modes de penser, de sentir et d'agir, autrement dit les modèles culturels propres à cette société ou à ce groupe.» (Cuche: 46).

Aujourd'hui, le terme de « culture » est de plus en plus mobilisé (succès s'expliquant notamment par une vulgarisation de l'anthropologie culturelle) ; Marc Fumaroli parle même

de « boulimie sémantique » (1992). Néanmoins, cet usage abusif entraîne certains brouillages et utilisations inappropriées du terme.

La culture a toujours été présente dans le milieu hospitalier et particulièrement en psychiatrie. Dans ce secteur, les objectifs poursuivis sont différents de ceux connus dans les services d'hospitalisation générale¹¹. Dans ces derniers, la culture était envisagée comme occupationnelle, relaxante alors qu'en psychiatrie elle était envisagée en tant que composante du soin ou élément diagnostiquant.

Au fil des siècles, la culture a, de manière générale, été appréhendée comme source de plaisir pour des patients en souffrance et facteur de rupture face à l'isolement engendré par l'hospitalisation.

Les relations entre art et hôpital ont pris un sens nouveau avec l'introduction récente d'artistes contemporains et de leurs œuvres dans les établissements psychiatriques. Voyons quels sont ces rapports de l'art contemporain avec l'hôpital psychiatrique. Quels sont les enjeux de telles interactions ?

1.2. L'art contemporain dans l'hôpital psychiatrique :

1.2.1 L'hôpital comme nouvel espace de création :

On assiste depuis quelques années à l'appropriation par les artistes contemporains de nouveaux espaces de création. Les institutions culturelles sont délaissées au profit des quartiers, du métro, des friches industrielles (Djian, 2005). L'hôpital peut donc représenter un nouvel espace de création pour les artistes, mais en rester à cette simple affirmation serait trop simpliste. On ne peut pas occuper une friche ou un métro comme l'on occupe un hôpital. La création en hôpital nécessite un minimum d'interactions et de collaboration avec les instances en place. L'intervention des artistes dans ces institutions ne peut pas s'inscrire dans la même démarche. C'est d'ailleurs ce que nous questionnerons dans la seconde partie de cette recherche, mais pour l'instant revenons aux origines de cette rencontre entre art contemporain et hôpital psychiatrique.

¹¹ José Sagite in ministère de la Culture et de la Communication, ministère de la Santé. 2001. *Premières rencontres européennes de la culture à l'hôpital : la place de l'art et de la culture en milieu hospitalier*, p. 84.

La collaboration des structures hospitalières avec des artistes permet l'insertion progressive de l'art contemporain dans les hôpitaux, notamment dans le domaine des arts plastiques et du théâtre. De nos jours, l'art contemporain prend peu à peu place au sein de notre société. Ce mouvement fut pourtant loin de faire l'unanimité et suscite encore de nombreux débats.

La nouveauté à l'origine du lancement de ce courant artistique est l'importance octroyée à la notion de concept. Désormais, ce n'est pas tant l'œuvre qui importe, mais sa conception, ce n'est plus le contenant, mais le contenu. La valeur de l'œuvre est dorénavant portée sur l'intentionnalité de la démarche bien plus que sur le résultat final produit. Cet élément qui marque l'essence même de ce mouvement alimente aussi les propos virulents de ses détracteurs. L'épuration formelle et la simplicité esthétique dégagée par de nombreuses œuvres d'art contemporain se sont heurtées et se heurtent encore à un refus et une réticence signifiée de certains spectateurs qui pensent voir l'art tourné en ridicule et leur jugement de valeur dénigré.

Alors, comment expliquer que cet art, visiblement mal accueilli par notre société puisse trouver sa place dans un lieu déjà lui-même reclus, à savoir l'hôpital psychiatrique ? Et bien peut-être que la réponse se trouve dans cette notion de concept. Au tournant du XXIe, l'art contemporain a émergé et s'est manifesté par des événements culturels incontournables : biennales, festivals, etc. Le gouvernement l'a placé sous la coupe de sa politique de diffusion et de diversité culturelle.

Le fait d'axer la valeur de l'œuvre sur les intentions et la démarche de son auteur peut en faire des œuvres plus « proches » du public, des œuvres de l'esprit, de l'humain ; loin des clichés traditionnels de l'œuvre d'art à la valeur purement esthétique. Cet aspect « œuvre de l'esprit » opposé à « œuvre du beau » est ce côté essentiel qui rend propice le développement de l'art contemporain en secteur hospitalier et plus particulièrement en psychiatrie où l'on se trouve confronté à des pathologies mentales.

Le marché de l'art a connu une importante remise en question depuis la fin des années quatre-vingt ce qui a généré des réflexions nouvelles. L'artiste contemporain semble désormais vouloir travailler en interaction directe avec son environnement. Ses productions témoignent d'une prise en compte des questions sociales. Alors, la réflexion sur la place accordée aux malades et à l'hôpital psychiatrique dans notre société y est tout à fait légitime.

L'œuvre d'art contemporain peut représenter un « interstice social » pour reprendre les termes de Karl Marx. Dans son ouvrage *Esthétique relationnelle* (2006), Nicolas Bourriaud en donne la définition suivante :

« L'interstice est un espace de relations humaines qui, tout en s'insérant plus ou moins harmonieusement et ouvertement dans le système global, suggère d'autres possibilités d'échanges que celles qui sont en vigueur dans ce système » (Bourriaud, 2006 : 16).

Cette définition caractérise l'art relationnel à qui l'on reproche pourtant de ne se limiter qu'aux galeries et centres d'arts. Mais l'esthétique relationnelle n'est-elle pas applicable, observable dans d'autres lieux ? Si l'on prend la définition selon laquelle l'esthétique relationnelle consiste à juger des œuvres par rapport aux relations qu'elle produit et génère, force est de croire que oui. Dans le cas de notre étude, nous pourrions considérer l'atelier culturel dans l'hôpital psychiatrique comme un interstice, favorisant le développement de relations et d'échanges autres que ceux régis dans le système traditionnel hospitalier.

1.2.2 L'exemple du Centre d'art de l'hôpital psychiatrique d'Aix-en-Provence :

Le 3 bis f est un lieu d'arts contemporains situé dans l'hôpital psychiatrique d'Aix-en-Provence. Le projet est né en 1983 d'un praticien hospitalier et d'un peintre qui ont proposé à des artistes de venir occuper un ancien pavillon d'hospitalisation afin d'y créer une nouvelle démarche artistique. La proximité de l'hôpital avec le centre d'Aix-en-Provence est avancée comme un atout supplémentaire de réussite du projet. Les principes fondateurs révèlent une « volonté de transformation des attitudes à la fois vis-à-vis des personnes hospitalisées et de l'art contemporain »¹².

C'est en 1983 que l'association *Entracte* voit le jour afin de gérer ce projet. Pour ce faire, elle propose l'occupation d'un nouveau lieu, véritable espace d'échange entre le milieu de la santé et celui de la culture. Les protagonistes misent sur l'établissement de nouveaux rapports, permis par la mise en place d'ateliers de pratiques artistiques collectives (cinq à vingt personnes par séance).

¹² Site du 3 Bis f : <http://www.3bisf.org/IMG/pdf/typologie.pdf> (consulté le 02/05/07).

Pour le patient, le thérapeutique est exclue de ce cadre, la participation est établie sur le volontariat. Outre le développement des relations sociales entre patients, ces ateliers permettent la rencontre avec des personnes extérieures à l'hôpital. Il s'agit là d'un des principes essentiels des ateliers du 3 bis f, être ouverts aux patients comme à toute autre personne extérieure.

Le 3 bis f en tant que lieu d'art contemporain est inauguré en février 1992. Depuis, deux pavillons lui sont consacrés : l'un pour les ateliers d'artistes plasticiens (pavillon Guiraud) et l'autre pour les activités scéniques, ateliers collectifs et expositions. Pour les artistes reçus en résidence, leur apport tourne autour de l'échange et du partage. Aucune directive ne leur est imposée, le 3 bis f met simplement à leur disposition un lieu où ils peuvent poursuivre leur démarche de création. En retour, ils doivent ouvrir leur atelier à la fois sur l'hôpital et sur la ville. Un pari est pris quant à la richesse que peut apporter ce nouvel échange entre l'artiste et les patients pour ce nouveau public.

Pour le public extérieur, il peut s'agir d'une expérience nouvelle susceptible de modifier son regard sur la folie. Toutes ces articulations et ces diverses entités fluctuant autour des ateliers entraînent avant même le lancement de tout projet, « l'acceptation d'une non-maîtrise de ce qui va se passer »¹³. La volonté commune reliant chaque projet est basée sur les partages permis par l'expérience. L'éventuel apport d'une quelconque technicité est ainsi délaissé.

Concernant les financements, le 3 bis f a diverses ressources. Chaque financeur ayant trouvé ses propres priorités dans le projet. Tout d'abord, la ville d'Aix-en-Provence qui souhaite aider à la diffusion et à l'accueil des compagnies départementales et des artistes. L'hôpital, financeur principal, se positionne dans une logique d'amélioration de l'accompagnement du patient, de l'ouverture de l'institution sur la ville, et de la démystification de la folie.

Depuis 1999, le 3 bis f dispose d'un nouvel apport financier, celui de la DRAC. La signature de la convention « Culture à l'hôpital » a permis de développer ce lieu en lui faisant bénéficier d'une aide directe du ministère de la Culture dans le cadre de ce programme national. En plus de l'apport de subventions, cette convention a contribué à favoriser toutes les actions

¹³ *Ibid.*

entreprises dans le cadre d'un rapprochement et d'un développement des liens entre les milieux culturels et médicaux.

Le rôle du 3 bis f ne se limite pas à une simple programmation artistique, il mène un important travail réflexif autour de la présence de l'art en hôpital psychiatrique. En témoigne la rédaction d'une déclaration établie avec d'autres acteurs de l'action culturelle en milieu hospitalier portant sur les « Enjeux des pratiques artistiques dans les espaces psychiatriques » et diffusée sur le net¹⁴.

Comme nous venons de le voir, la présence de l'art et de la culture dans le milieu psychiatrique a été porteuse d'enjeux divers au cours de l'évolution sociale et structurelle des établissements. Désormais, la culture est de plus en plus mobilisée par la politique pour répondre à des questions qui dépassent son champ et qui relèvent d'ambitions sociales. C'est notamment le cas avec l'élargissement de la prise en compte des publics et la prise en considération d'une catégorie récente, celle définie comme regroupant les « publics empêchés ».

2. La prise en compte des « publics empêchés » dans la politique culturelle :

Par « public empêché », nous entendons la définition qui en est donnée par le ministère de la Culture. Ce terme est souvent synonyme de « public éloigné » ou « public exclu » et concerne toutes les personnes qui pour des raisons géographiques, physiques, psychologiques ou sociologiques se retrouvent éloignées de l'offre culturelle.

L'analyse des programmes culturels appliqués en direction des « publics empêchés » nécessite au préalable un bref rappel du fonctionnement général de la politique culturelle française. Nous n'avons cependant retenu que les points essentiels, qui se trouvent dans les programmes spécifiques qui seront étudiés. Notre attention s'est portée sur trois axes, à

¹⁴ La déclaration est visible dans son intégralité sur le site suivant : www.3bisf.org/IMG/pdf/declaration_pdf.pdf (consulté le 15/06/2009).

savoir : la volonté de démocratisation culturelle, l'exigence de la qualité artistique des projets et les problèmes liés à l'évaluation.

2.1 La poursuite d'un idéal de démocratisation culturelle :

Les programmes culturels développés en faveur des publics empêchés ont pour point commun la poursuite de l'idéal de démocratisation culturelle issue de l'ère André Malraux. Si l'on reprend l'article premier du décret du 24 juillet 1959, l'objectif du ministère de la Culture est de rendre accessibles les œuvres capitales de l'humanité au plus grand nombre et d'encourager la création des œuvres de l'art et de l'esprit. Ainsi, plusieurs procédés ont été déployés pour mettre cet objectif en application.

D'après Pierre Moulinier (2005), l'État dispose de plusieurs voies pour rendre la culture accessible à tous et lui faire perdre sa dimension élitiste. L'une d'entre elles vise la démocratisation culturelle par l'action culturelle. Pour l'auteur, il s'agit là d'une stratégie interactionniste, entre artistes et individus. Elle se base sur la mise en relation entre l'artiste et une population ou un groupe, à travers divers procédés parmi lesquels des ateliers de sensibilisation artistique (Moulinier, 2005). C'est dans cette voie que s'inscrit l'ensemble des programmes culturels menés en direction des publics empêchés.

Depuis les années soixante, la fonction de l'État, en terme de démocratisation culturelle, n'a cessé de se développer, mais s'est vue rattrapée et parfois mise en tension avec un autre idéal, celui de la démocratie culturelle. Rendre accessible les œuvres de l'humanité (démocratisation culturelle) ne suffisait plus, il apparaissait nécessaire que les différentes entités présentes dans la société puissent s'exprimer librement et faire reconnaître leur art (démocratie culturelle). Cette volonté s'est concrétisée, en partie, dans les programmes culturels développés en faveur des publics empêchés.

La co-présence de ces deux objectifs n'est pas sans poser certains problèmes. On peut se demander si l'un ou l'autre prédomine dans les actions culturelles mises en place par l'État et plus particulièrement comment ils s'articulent dans le cadre du programme « Culture à l'hôpital ».

Ceci entraîne une autre interrogation relative à l'interaction entre la politique culturelle et les politiques territoriales. Nous partageons ainsi le questionnement posé par Jean-Michel

Lucas dans ses recherches sur les relations entre politiques culturelles et politiques territoriales où il soulève le risque de confusion entre art et manifestation sociale.

« Comment être proche des pratiques culturelles des habitants, ancrer l'action culturelle de l'État dans les territoires de vie, reconnaître leurs différences, et, en même temps, comment ne pas diluer l'art dans le fait social ? » (Lucas, 1999 : 6).

Le nouvel objectif de démocratie culturelle s'intègre dans une réflexion plus large sur le rôle du ministère de la Culture. Les actions culturelles menées doivent prendre en compte les réalités sociales et territoriales. Ce constat permet de repenser le rôle du ministère de la Culture dans l'ensemble de la politique d'État et tend à développer la multiplicité des enjeux autour des accords interministériels.

D'un autre côté, la profusion de visées multiples (socialisation, intégration, valorisation identitaire, éducation...) réduit parfois l'enjeu strictement culturel du projet. Nous tendons à penser qu'une fonction sociale se dégage des programmes du ministère de la Culture, particulièrement quand des accords interministériels en sont à l'origine (Culture et Justice, Culture et Santé). Nous tâcherons de le vérifier par la suite, notamment aux travers la mise en confrontation des études déjà menées sur ces terrains.

Sous le ministère d'André Malraux, l'art se suffisait à lui-même, étant lui-même considéré comme une forme de médiation. L'objectif de la culture aujourd'hui est plutôt d'un ordre « médicamenteux », comme le souligne Jean Caune : « les discours sur l'art s'expriment en termes orthopédiques et incantatoires. On lui demande de réduire la "fracture sociale" par la production d'un "lien social" » (1999 : 44).

À travers les actions menées dans le programme « Culture à l'hôpital », nous tâcherons de vérifier cette tendance et les modalités de sa formalisation. Nous pourrions alors vérifier si le culturel persiste à être mis à profit du social.

2.2 La « qualité artistique », objet légitime au soutien des projets :

Qu'il s'agisse des projets culturels menés en direction des publics empêchés ou de tout autre projet public quel qu'il soit, l'État en matière de politique culturelle n'a et n'assume son soutien que sur la base d'une qualité artistique reconnue aux projets menés (Lucas, 1999). Ce constat est toujours d'actualité, mais nous allons voir que cette exigence peut au contraire se

révéler être un véritable obstacle au développement de projets culturels notamment sur notre terrain, l'hôpital psychiatrique.

Nous aurions pu interroger ce qui légitime la qualité artistique des projets en question, mais ce n'est pas là l'objet de notre recherche. Rappelons seulement que bien que ce jugement soit soumis aux spécialistes des milieux artistiques concernés, le cas du programme « Culture à l'hôpital » peut prêter à interrogation, étant donné que le choix des artistes intervenants est soumis à la décision de la DRAC.

La place et le choix de l'artiste ont un rôle majeur dans la politique culturelle française. La qualité du projet culturel est souvent reconnue par l'État aux vues de la structure culturelle par laquelle l'artiste est présenté. Ces structures sont elles-mêmes présentées par l'État, comme des lieux officiels de culture.

Dès la mise en place du ministère de la Culture, par André Malraux en 1959, la conception de la démocratisation culturelle passait déjà par une offre reconnue de qualité, d'où l'appel à des artistes de renom. Dans la catégorie de projets culturels étudiée ici, la demande faite n'en est que le prolongement.

2.2.1 Un recours obligé aux artistes reconnus :

Les projets menés dans le cadre du programme « Culture à l'hôpital » font appel, et ce, de manière systématique à des artistes reconnus. Cette exigence d'un recours à des artistes professionnels se retrouve aussi dans le cadre du protocole Culture/Justice et dans le programme d'actions culturelles en faveur des quartiers difficiles. Gage de professionnalisme et de sérieux au regard des ministères et de certains praticiens hospitaliers, ce choix soulève néanmoins certaines interrogations.

Tout d'abord, il s'agit d'une mesure qui pour certains établissements hospitaliers peut s'avérer restrictive. Nombreux sont les hôpitaux qui ont développé en amont de la convention de 1999 des projets encadrés par des artistes autodidactes ou non reconnus par la profession. Par là même, c'est le statut d'artiste qui peut être remis en question. Ce statut n'est-il réservé qu'à ceux qui ont suivi un enseignement complet d'une École de Beaux-arts ? La création doit-elle avoir été validée par un diplôme national pour être reconnue ?

Ce questionnement sur la légitimité de l'œuvre a notamment été posé par le sociologue Gilles Herreros dans ses recherches sur la culture à l'hôpital :

« La légitimité pour un projet vous semble être dans l'artistique : c'est la qualité des œuvres, la qualité des artistes. Cela aussi fait question : qu'est-ce qui nous fait dire qu'une œuvre artistique a une valeur intrinsèque qui permettrait de faire une différence entre une œuvre qui relève de l'animation et une œuvre qui relève de l'art ? Les frontières ne sont pas aussi claires » (Herreros in ARSEC.2004 : 114).

Il ne s'agit là que de quelques questions soulevées au cours de ce travail, mais auxquelles nous ne répondrons pas, car notre débat est aujourd'hui autre.

Du fait de cette obligation de sélectionner un artiste reconnu, certains hôpitaux peuvent ne pas souhaiter prendre part au programme « Culture à l'hôpital ». Ce choix peut être motivé dans le but de préserver et de pérenniser des actions déjà menées avec un artiste non reconnu.

Un autre cas de figure est celui de l'établissement hospitalier qui accepte d'adhérer au programme « Culture à l'hôpital », mais en renonçant à des projets et à des personnes déjà impliqués, ce qui n'est pas sans provoquer certaines tensions au sein de l'institution. Il arrive dans certains cas que les deux actions (avec artiste professionnel dans le cadre de la convention et sans professionnel hors convention) puissent coexister, mais c'est plutôt rare. L'obstacle majeur reste l'obtention de financements, l'un des deux se retrouve souvent lésé au profit de l'autre.

De plus, le recours à des artistes professionnels induit l'introduction d'un « art d'État » au sein des hôpitaux. On ne peut pas nier qu'avec ce nouveau système l'État garde un certain contrôle sur les créations nées ou diffusées dans le cadre du programme « Culture à l'hôpital » ; pas à un niveau national (aucune motion de censure n'ayant été promulguée), mais à une échelle régionale à travers le pouvoir décisionnel dont les DRAC ont été investies pour ces conventions. Aucun jumelage ne peut être réalisé sans l'aval de la DRAC ; donc nous nous retrouvons face à un art soumis aux conditions et valeurs de jugement officiel.

Cependant, la présence de l'artiste relève souvent d'une véritable nécessité lorsque sont programmées des actions culturelles en faveur des publics empêchés.

2.2.2 La présence de l'artiste, un élément indispensable :

Dans les projets culturels mis en place au sein des quartiers difficiles une place importante est accordée aux résidences d'artistes. Dans ces territoires dits sensibles, il

apparaît indispensable que l'artiste soit présent, visible, afin que son projet puisse d'abord être connu puis reconnu par les habitants. Les conditions spatio-temporelles sont des paramètres tout aussi importants que l'expression artistique elle-même pour assurer la réussite du projet (Colin, 1998).

Un autre élément mis en évidence par cet auteur est l'importance du climat créé par l'atelier culturel. Il se démarque par l'ambiance qu'il contribue à instaurer. L'absence de jugement développe une expression libre et une certaine liberté d'agir.

Néanmoins, malgré la prise en compte de ces publics empêchés, les efforts faits par le gouvernement en matière culturelle sont encore difficiles à objectiver.

2.3 Des difficultés d'évaluation au bilan mitigé de la démocratisation culturelle :

Dans un bilan relatif aux politiques culturelles en France, Fabrice Thuriot¹⁵ a mis l'accent sur les difficultés d'évaluation dont elles font l'objet. D'après l'auteur, plusieurs points expliquent l'absence d'évaluation. L'élément principal, évoqué également par Philippe Urfalino (1997), est le caractère flou, voire changeant, des finalités de ces politiques.

Toutes les tentatives de démocratisation qui se sont succédé ces cinquante dernières années n'ont pas fait oublier le résultat mitigé de cet enjeu. L'objectif initial d'ouverture à la culture, du plus grand nombre, n'a pas été à la hauteur des espoirs escomptés. Même si l'on note une légère augmentation du nombre d'amateurs dans les différentes disciplines artistiques, elle n'en demeure que peu significative.

Le bilan de la démocratisation culturelle n'est pas à la hauteur des actions engagées par l'État. D'après le rapport dirigé par Jean Marcel Bichat, en 2004, c'est justement l'absence d'un recensement de progrès dans ce domaine qui fait que la démocratisation reste toujours considérée comme un des enjeux majeurs du ministère de la Culture, comme un idéal à atteindre.

¹⁵ Fabrice Thuriot est enseignant-chercheur au Centre de recherche sur la décentralisation territoriale, Faculté de Droit et de Science Politique, Université de Reims Champagne-Ardenne. L'article auquel nous faisons référence ici n'a pas fait l'objet de publication et n'est pas daté. Néanmoins, l'auteur a publié deux ouvrages : *Culture et territoires, les voies de la coopération*, Paris : l'Harmattan en 1999 ainsi que *L'offre artistique et patrimoniale en région, proximité et rayonnement culturels*, Paris : l'Harmattan. Nous pensons donc pouvoir dater de manière approximative cet article autour des années 2000. Il est disponible en ligne à l'adresse suivante : www.seval.ch/documents/.../ExposeFabriceThuriot.pdf (consulté le 20/06/2009).

Cependant, le constat d'échec de la démocratisation culturelle est posé depuis le début des années 1990 (Fumaroli, 1992 ; Thuriot). Certains auteurs remettent en cause les objectifs qui lui ont été attribués :

« Non la politique culturelle n'est pas une chose si grande qu'elle fortifierait la démocratie, entretiendrait la citoyenneté et lutterait contre les inégalités sociales. Oui, l'impact social de la culture est limité et, à tout le moins, très indirect. Non, ce n'est pas grave, car ce n'est pas sa vocation. Oui, le bilan de près de quarante années de ministère de la Culture est positif en terme d'équipements et d'institutions artistiques. Non, il n'a pas contré les effets de la stratification sociale sur les "pratiques culturelles"¹⁶ » (Urfalino, 1997).

Il y a un véritable décalage entre les moyens mis en place et leurs impacts sur les populations concernées. Pour Philippe Urfalino, les motifs évoqués par l'État dans la mise en place de ses politiques culturelles, tels que la démocratisation culturelle, le maintien du lien social, ne sont que des prétextes à la légitimation de budgets servant avant tout le financement d'institutions culturelles et d'artistes¹⁷.

Bien qu'il apparaisse clairement que les fins de l'action culturelle ne peuvent pas donner lieu à un consensus, certains effets de la politique culturelle menée en faveur des publics empêchés sont observables. Nous tenterons, à travers notre étude sur le programme « Culture à l'hôpital » de démontrer ceux qui opèrent dans le cadre de l'hôpital psychiatrique. Bien que peu perceptibles et parfois non énoncés ou non pressentis à l'origine, certains sont identifiables. Une partie d'entre eux est transversale à l'ensemble de la politique culturelle en direction des publics empêchés.

Voyons maintenant quels sont les principaux programmes nationaux qui ont été mis en place en direction de cette catégorie de publics. Les discours du politique sur ces programmes ainsi que les études déjà menées devraient permettre de faire émerger certaines pistes qui pourront par la suite nous servir afin de définir un axe d'approche pour le programme « Culture à l'hôpital ». Par la même, il s'agira de comprendre comment se positionne ce programme face à ceux déjà constitués en direction des publics empêchés.

¹⁶ Voir à ce sujet l'article de Philippe Urfalino, « Quelles missions pour le ministère de la culture ? » *Esprit*, janvier 1997, pp. 37-59.

¹⁷ L'auteur dénonce la non distinction faite au sein du ministère de la Culture entre la démocratisation culturelle et le soutien aux institutions culturelles.

3. Les programmes culturels en faveur des publics empêchés ou comment réduire la « fracture sociale » :

Nous avons recensé trois programmes mis en place en faveur des publics empêchés. Ils s'adressent à trois catégories de publics considérées comme éloignées de la culture, à savoir, les habitants des quartiers difficiles, les personnes placées en détention et les personnes hospitalisées.

Du côté du ministère de la Culture, ces trois programmes visent tous la poursuite de l'idéal de démocratisation culturelle. Du côté des acteurs locaux (professionnels de la justice, de l'action sociale et de la santé), les enjeux sont autres.

Ces programmes en faveur des publics empêchés ont pour caractéristique principale de développer des projets culturels qui se profilent comme étant avant tout sociaux. La démocratisation culturelle participe d'une lutte contre l'exclusion et favorise la rencontre en permettant notamment l'interaction entre artistes et publics isolés.

3.1 L'action culturelle dans les quartiers, un élément du « lien social » :

3.1.1 Des programmes culturels pour lutter contre l'exclusion :

Dans les quartiers dits « sensibles » ou difficiles, des actions culturelles sont recensées depuis le début des années 1990. C'est en 1996, sous le ministère de Philippe Douste Blazy, que fut mis en place un programme de projets culturels à destination des quartiers. Il comportait vingt-neuf projets. L'enjeu principal affiché par le ministère de la Culture était la lutte contre l'exclusion.

C'est le programme culturel qui témoigne le plus manifestement de la volonté de l'État d'amoindrir la « fracture sociale ». La culture y est envisagée comme élément participant du développement des dynamiques collectives, en permettant aux habitants de devenir acteurs du changement de leur quartier.

Les structures culturelles sont alors encouragées à mener des projets culturels en collaboration avec les quartiers environnants. Mais l'interaction entre les deux univers n'est pas sans poser problème. Le climat difficile qui règne dans ces quartiers nécessite la mise en place d'un partenariat avec les acteurs locaux dès le début du projet. Il s'agit essentiellement

des travailleurs sociaux. Certains d'entre eux ont mal accueilli ces projets qu'ils interprétaient parfois comme une réponse imposée, face à leurs difficultés d'accompagnement des personnes en souffrance. D'autres y ont même vu, une remise en cause de leur fonction (Colin, 1998).

Malgré quelques difficultés, la mise en place de partenariats s'est révélée positive. Ce travail en commun a été l'occasion d'échanges entre des catégories professionnelles qui ont peu l'habitude de se côtoyer (travailleurs sociaux et artistes). La définition du rôle de chacun et la conscience réciproque de son intérêt ont permis de dépasser des tensions originelles, souvent liées à une méconnaissance de la fonction de chacun.

Afin de faciliter les échanges entre les partenaires, des postes de médiateurs ont vu le jour. Leur rôle était d'assurer le lien entre les structures culturelles et les structures sociales. Néanmoins, les postes en question n'ont pas été renouvelés.

L'aboutissement de ces projets culturels se caractérise par l'organisation d'une exposition au sein du quartier. Ce point est assez caractéristique de ce type d'actions. Nous verrons par la suite que dans d'autres lieux tels que les prisons ou les hôpitaux, l'exposition peut poser certains problèmes qu'ils soient d'ordres organisationnels et/ou éthiques.

Dans les quartiers, les expositions ont plutôt un rôle positif. Elles permettent une valorisation des habitants à travers leurs œuvres, une reconnaissance par leurs pairs, mais aussi une reconnaissance et parfois même une intégration du partenaire culturel dans la vie du quartier. Ce point peut laisser présager une modification du rapport des habitants à la culture et aux structures culturelles.

Pour le ministère de la Culture, le projet culturel est aussi pensé comme un accès potentiel à l'emploi pour les habitants des quartiers difficiles. En effet, pour parvenir à mobiliser un nombre important d'habitants sur les projets et dans le but de faire coïncider le projet culturel avec les réalités socio-économiques des quartiers, des contrats d'emploi solidarité (CES) ont été mis en place. L'objectif à l'origine de cette mesure était double: offrir un emploi à des personnes en difficultés et les faire participer aux projets culturels. Cette démarche confirme la fonction sociale allouée à la culture dans ce type d'interventions.

Dans ce cadre, l'action mise en place paraît légitime, mais nous émettons certaines réserves. Des difficultés ont été évoquées par des travailleurs sociaux sur la mise en place de ce dispositif. À la suite de l'arrêt du projet culturel qui crée déjà un vide pour certains habitants, c'est aussi leur emploi qui prend fin, car les contrats CES proposés sont liés à la

période du projet culturel. De ce fait, il n'y a pas de pérennité (tant sur l'action culturelle que sur l'emploi) et l'après projet s'avère parfois difficile.

Nous ne souhaitons pas traiter de cette question, mais nous soulevons cette interrogation. L'action culturelle dans les quartiers est-elle pensée dans un objectif de démocratisation culturelle ou comme un outil de l'action sociale ? Il semblerait que l'objectif du ministère de la Culture soit à la fois culturel et social, mais un certain flou subsiste sur ces deux objectifs dans le développement des projets culturels. Cette absence de clarification semble aussi être à l'origine des difficultés d'évaluation tout comme des tensions qui apparaissent entre les différents acteurs qui ne partagent pas nécessairement la même vision de la culture.

Philippe Urfalino (1997) a d'ailleurs soulevé l'imprécision qui prédominait dans les discours politiques autour du sens donné au terme « culture ». Cette absence de consensus entraîne dès lors des difficultés de compréhension de l'objectif premier du ministère de la Culture lors de la mise en place d'un programme culturel. Philippe Urfalino parle de « crise » des politiques culturelles, ce climat difficile a selon lui été renforcé par la réaffirmation importante depuis les années 1995 de la mission sociale de la culture.

Au lancement de ce programme culturel dans les quartiers, d'importants moyens financiers ont été débloqués par le gouvernement. Cependant, dès la deuxième année, les aides allouées ont baissé et les villes n'ont pas pu prendre le relais financier. Ce programme n'a pas été reconduit et pose la question de la pérennité des interventions publiques.

L'échec de ce programme a pourtant permis d'engager une réflexion sur la nécessité d'une programmation inscrite sur la durée, prenant en compte les ressources disponibles sur le territoire concerné. Les actions culturelles dans les quartiers ont perduré, malgré l'arrêt du programme, notamment par la mobilisation des associations déjà en place.

3.1.2 La démocratie culturelle au profit de la valorisation interculturelle :

En 2008 (30 janvier), l'État réaffirme son investissement culturel en direction des quartiers avec leur intégration dans le plan d'éducation artistique et culturelle du gouvernement.

Les enjeux du premier programme (1996) sont toujours présents, notamment cette volonté de démocratisation culturelle ; l'État parle désormais de mettre en place une « offre culturelle d'excellence pour les quartiers.¹⁸»

D'autres enjeux émergent comme celui de la démocratie culturelle. Le programme vise à permettre l'expression du potentiel créatif des populations vivant dans les quartiers difficiles, on parle de cultures urbaines. La mise en place de pôles culturels est proposée dans les quartiers où les cultures urbaines sont considérées comme vivantes, capables de produire une activité importante.

Au-delà de la volonté du gouvernement d'assurer une certaine cohésion sociale dans les quartiers, par le biais de l'action culturelle, l'objectif est aussi de permettre un dialogue entre les cultures¹⁹ présentes au sein de ces quartiers. Ces territoires sont souvent habités par des populations immigrées, l'action culturelle participe alors de la valorisation de la diversité culturelle et d'une intégration des personnes dans le tissu local et urbain.

L'identité des participants est davantage prise en compte, des projets sont par exemple engagés autour de la mémoire collective. Il s'agit de rendre compte de la vie de ces lieux, de ces populations. La démocratie culturelle est mise au service de la reconnaissance des différentes cultures existantes.

Nous pouvons par ailleurs, reprendre les propos de Marie Hélène Buffet. L'auteure travaille sur la question des enjeux des actions culturelles chez les populations issues de l'immigration (dont la représentation est importante dans les quartiers difficiles) :

« Si elles sont vecteur d'une prise de conscience culturelle, les expressions culturelles et artistiques des populations immigrées permettent également de donner forme à une mémoire, un parcours identitaire, et ainsi souvent, de légitimer une expérience migratoire, aux yeux de la société » (Buffet, 2003).

Dans la fonction sociale reconnue à la culture, la volonté d'intégrer directement les jeunes des quartiers dans les métiers liés à la culture est toujours confirmée. L'État propose que les emplois consacrés à la médiation culturelle soient proposés aux jeunes diplômés des quartiers.

¹⁸ Programme d'action triennal du ministère de la Culture et de la Communication, 2008.

¹⁹ Le terme de culture étant entendu ici dans son sens anthropologique.

3.1.3 Des appels à projets nationaux, une volonté d'éducation culturelle :

En 2008, la mise en place du plan « Dynamique Espoir Banlieues » a permis le lancement d'un appel à projet national visant à favoriser le développement de projets culturels dans les quartiers prioritaires entre artistes et habitants. Les projets privilégiés sont ceux s'inscrivant de manière durable sur le territoire et menés dans un contexte de recherche et d'expérimentation. La nouveauté en matière de création est encouragée. L'appel à projet lancé est régi par quatre objectifs majeurs :

- « - Favoriser l'accès à la culture des populations les plus éloignées de l'offre et de la pratique culturelle pour des raisons sociales, économiques, territoriales ;
- Développer, renforcer et pérenniser une offre artistique et culturelle diversifiée et d'excellence ;
- Valoriser la diversité des cultures et des modes d'expressions dans un souci de dialogue interculturel ;
- Structurer les partenariats entre les différents acteurs, former les médiateurs et les acteurs sociaux et associatifs de la culture» (Programme d'action triennal du ministère de la Culture et de la Communication, 2008.)

Ces objectifs reprennent donc les anciens (démocratisation culturelle, excellence des projets, artiste professionnel) et les complètent avec de nouveaux (démocratie culturelle, valorisation interculturelle, inscription dans la durée) pour répondre simultanément à des enjeux culturels, mais aussi sociaux et territoriaux.

Le plan « Dynamique, espoirs banlieues » se démarque également des anciens programmes menés dans les quartiers, par un objectif affiché d'éducation artistique et culturelle.

Les modalités des projets se rapprochent des partenariats connus entre école et musée. En effet, les partenariats entre établissements scolaires et institutions culturelles sont encouragés. Pour reprendre l'idée développée par Philippe Urfalino sur son constat des missions du ministère de la Culture (1997), après avoir constaté que l'accès à l'offre n'était pas un gage de réussite de l'entreprise de démocratisation culturelle, l'État s'est orienté vers une forme d'éducation artistique dont l'atout premier est de permettre aux populations d'acquérir des outils de connaissance. C'est par ce travail d'acquisition que les publics seront en mesure d'avoir une bonne réception de l'offre culturelle.

Cette volonté d'éducation culturelle est un enjeu récent des projets culturels dans les quartiers, elle n'a pas encore donné lieu à évaluation. L'éducation culturelle apparaît comme

relativement récente dans ce type de programmes, néanmoins l'éducation, entendu dans sa globalité n'est pas un phénomène nouveau.

Intéressons-nous maintenant aux actions du ministère de la Culture en direction des établissements pénitenciers.

3.2 L'action culturelle dans les prisons, une aide à la réinsertion :

3.2.1 Démocratisation culturelle et réinsertion sociale :

La convention Culture/Justice du 25 janvier 1986 marque le début du programme interministériel en faveur de l'action culturelle dans les prisons. Pour le ministère de la Justice, il s'agissait d'améliorer les conditions de détention des personnes incarcérées, tout en participant à leur projet de réinsertion sociale.

Du côté du ministère de la Culture, cette convention poursuivait un objectif de démocratisation culturelle, favoriser l'accès à l'art et à la culture du plus grand nombre. Notons cependant qu'avant la mise en place de cette convention, des ateliers, notamment autour des arts plastiques, étaient déjà proposés dans les prisons. L'action culturelle n'a donc pas attendu la mise en place de cette convention pour se développer au sein des établissements pénitentiaires ; il en est de même comme nous l'avons vu, dans le cas des hôpitaux psychiatriques.

Au-delà des enjeux particuliers, les deux ministères se sont rassemblés autour d'une volonté commune, celle de permettre la rencontre entre un public en difficulté, des artistes, et un milieu culturel afin de participer à la lutte contre l'exclusion. Le premier protocole a donc permis de donner les grandes lignes en ce qui concerne les objectifs et le fonctionnement pour la mise en place d'une politique culturelle dans les établissements pénitentiaires.

Le 15 janvier 1990, soit quatre ans après sa mise en place, la convention Culture/Justice est élargie avec la signature d'un nouveau protocole d'accord entre le ministère de la Justice et le ministère de la Culture, de la Communication, des Grands Travaux et du Bicentenaire.

Ce protocole marque l'élargissement de la convention Culture/Justice en direction des publics ouverts. Les actions culturelles mises en place s'adressent désormais à tous les publics relevant du ministère de la Justice et non uniquement aux personnes incarcérées comme cela était le cas auparavant. Les personnes suivies par des comités de probation et d'assistance aux libérées ainsi que les jeunes sous protection judiciaire sont désormais considérés comme public potentiel dans ce nouveau dispositif.

Comme pour les programmes menés dans les quartiers dits sensibles, l'enjeu éducatif est présent. En effet, le protocole d'accord Culture/Justice de 1990 marque le constat de la fonction éducative²⁰ de ces projets. Ils seraient pour les détenus, l'occasion d'une revalorisation de l'apprentissage. De nouvelles actions de diffusion relevant d'une diversité de champs artistiques sont alors proposées : cinéma et audiovisuel, livre et lecture, musique et danse, expression et création, arts plastiques.

La discipline artistique prédominante dans ces années 1990 est la musique. Bien avant la signature de la convention, de nombreuses associations intervenaient déjà pour proposer des concerts aux personnes incarcérées.

Dans le nouveau protocole, l'enjeu éducatif des projets culturels transparaît dans de nombreuses disciplines. Pour les beaux-arts et arts plastiques, il est prévu la circulation d'expositions dans les établissements et le prêt d'oeuvres par les fonds régionaux d'art contemporain (FRAC). Le développement du cinéma et de l'audiovisuel est encouragé selon une perspective pédagogique, pour favoriser entre autres la multiplication des enseignements à distance.

Concernant la mise en place de projets relatifs au livre et à lecture, le public visé est essentiellement celui des jeunes sous protection judiciaire, l'objectif étant le développement de leurs pratiques de lecture. Pour les bibliothèques situées dans les établissements, leur présence est antécédente à la mise en place du protocole d'accord et l'enjeu reste le même, à savoir la lutte contre l'illettrisme.

Le protocole a été complété par l'élaboration de deux circulaires qui indiquent les applications à suivre. La première en 1992²¹ concerne le développement des pratiques de lecture, la seconde en 1995²² est relative à la mise en œuvre de programmes culturels.

²⁰ Nous ne parlons pas ici d'éducation artistique, le terme « fonction éducative » est à entendre sous l'acception fonction d'apprentissage au sens large.

²¹ Circulaire relative au fonctionnement des bibliothèques et au développement des pratiques de lecture dans les établissements pénitentiaires, du 14 décembre 1992 (Direction de l'administration pénitentiaire et Direction du livre et de la lecture).

Dans la mise en place de ces projets, un certain nombre de points est identique aux projets menés dans le cadre du programme « Culture à l'hôpital ».

La convention Culture/Justice a été déclinée régionalement²³. Des appels à projets sont lancés auxquels les établissements peuvent répondre. Bien que cette convention soit plus ancienne que celle du programme « Culture à l'hôpital », on constate aujourd'hui que la seconde a des effets sur la première. Dans la convention pluriannuelle de 2006, les demandes de dossiers renvoient à la rubrique « Culture à l'hôpital » concernant notamment les démarches à suivre pour faire intervenir un artiste.

Tout projet doit être préalablement soumis à la Direction départementale des services d'insertion et de probation (DSIP) du département concerné. Les projets n'ayant pas une reconnaissance du point de vue institutionnel ne sont pas acceptés.

Les projets doivent être dirigés par des artistes professionnels dont le choix est soumis à la Délégation au développement et aux affaires internationales (DDAI) ; pour le programme « Culture à l'hôpital » il s'agit de la DRAC. Les partenariats doivent être passés avec des structures culturelles locales dans les deux cas.

Concernant l'évaluation, les porteurs de projet doivent remettre en fin d'année un bilan quantitatif, qualitatif et budgétaire auprès de la DSIP et de la DRAC. Malgré tout, comme dans le cas du programme « Culture à l'hôpital », il existe de réelles difficultés pour l'obtention de données chiffrées et aucun état des lieux des activités culturelles en prison n'existe à ce jour (Siganos, 2007).

La gestion et la coordination de ces projets culturels sont assurées par les Services pénitentiaires d'Insertion et de Probation²⁴ (SPIP) depuis leur création par l'administration pénitentiaire en 1999. Ils gèrent les actions culturelles proposées aux personnes incarcérées, ils représentent l'équivalent du responsable culturel hospitalier dans le cadre du programme « Culture à l'hôpital ». Ils occupent un rôle de médiateur dans le déroulement des projets culturels.

« Il y a une définition de la médiation culturelle qui apparaît de manière implicite [...] le médiateur apparaît non pas comme un go-between entre les différents

²² Circulaire relative à la mise en œuvre de programmes culturels adressés aux personnes placées sous main de justice du 30 mars 1995 (Direction de l'administration pénitentiaire et Délégation au développement et aux formations).

²³ Le dernier recensement effectué début 2010 fait état de 21 conventions régionales signées depuis la mise en application du programme en 1986.

²⁴ Le SPIP est un service de l'administration pénitentiaire qui opère à l'échelle départementale. Son rôle auprès des détenus est de proposer et de suivre des actions favorisant la réinsertion et la prévention contre la récidive. Il assure aussi un accompagnement des personnes placées en milieu ouvert.

partenaires, mais comme garant de la continuité du service public culturel. Par ailleurs, le médiateur n'a pas à "tricoter" la réconciliation entre des mondes opposés et clos sur eux-mêmes. Il ressort du rapport Chavigny/Lieber l'importance d'une réflexion à entreprendre sur les nouveaux emplois qui feront suite aux agents de justice qui ont inventé des nouvelles formes de médiation culturelle » (BORDEAUX in FILL, actes des rencontres nationales, 2004 : 28).

La convention pluriannuelle d'objectifs permet de comprendre comment le ministère de la Justice envisage les effets de l'action culturelle en direction des personnes dépendant de son ministère. Les fonctions socialisantes des projets culturels transparaissent clairement :

« Les actions artistiques menées auprès de ces publics n'ont pas pour finalité de constituer des formations, mais une sensibilisation susceptible d'avoir des effets insérant ou réinsérant » (Convention Pluriannuelle d'objectifs 2007-2008).

À l'instar des projets menés dans les quartiers difficiles, la politique de réinsertion développée par le ministère de la Culture amène à penser un autre aspect de ces projets culturels. Ils sont aussi envisagés en tant qu'outil de formation pour ces publics dans le champ artistique et culturel. Par exemple, des formations de bibliothécaires sont proposées aux détenus et certains travaux d'intérêt général (TIG) peuvent être réalisés dans des musées : inventaire, classement d'objets d'archives²⁵...

Cependant, tous les détenus n'y ont pas accès. Des critères de sélection ont été établis autour de la durée restante de la peine, du comportement en détention, de l'existence d'un projet personnel chez le détenu.

Nous verrons aussi que dans le cadre du programme « Culture à l'hôpital », certains critères limitent la participation des patients. Pour le programme Culture/Justice, l'information est communiquée aux détenus par voie d'affichage et la sélection est faite en fonction des demandes formulées. Malgré tout, ces procédés sont encore peu généralisés. Néanmoins, l'État maintient son engagement à l'égard des établissements pénitentiaires au travers d'un troisième protocole d'accord signé le 30 mars 2009. Celui-ci se particularise par la proposition d'un cadre commun de références, relatif à l'accès aux activités culturelles des personnes majeures et mineures.

²⁵ Pour exemple une formation à la numérisation d'archives à la médiathèque de l'architecture et du patrimoine (MAP) de Saint- Cyr a été mise en place dans le cadre d'un aménagement de peine d'un détenu issu de la maison centrale de Poissy.

Bien que les deux ministères (Culture et Communication et Justice) poursuivent leur collaboration, il n'en reste pas moins que les enjeux de ces actions sont encore loin de faire consensus auprès des différents acteurs.

3.2.2 Des représentations divergentes du projet culturel :

L'accès aux actions culturelles est encore limité pour les personnes incarcérées. Ce phénomène s'explique en partie, par le fait que certains membres de l'administration pénitentiaire y voient une forme « d'instrumentalisation » de la culture. Cette crainte est liée à la possibilité d'une réduction de peine attribuable au détenu participant à un projet culturel inscrit dans la durée²⁶. À l'opposé, cette modalité est défendue dans le cadre de la contribution de la culture à la réinsertion du détenu, mentionnée dans le protocole d'accord Culture/Justice de 1986. Dans ce cas, le projet culturel au même titre que le TIG est envisagé comme une alternative à l'incarcération. Ceci pose la question du rôle du magistrat, acteur jusqu'à présent peu identifié dans son rôle d'accessibilité du détenu aux projets culturels. Les difficultés posées dans ce cadre relèvent essentiellement des représentations qui sont faites de la fonction allouée au projet culturel. Comme l'a relevé Denise Jodelet, la représentation est « une forme de connaissance socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant d'une réalité commune à un ensemble social. » (Jodelet, 1989 b : 36).

De plus, comme l'a démontré Serge Moscovici la représentation sociale permet de comprendre quel est le cadre de référence des gens. Il est donc nécessaire de s'y intéresser, car elles peuvent expliquer pour partie le fonctionnement des cadres d'expérience des individus.

Les différents acteurs n'ont pas la même vision du projet culturel, ce qui peut rendre difficile la collaboration ainsi que sa reconnaissance. Nous tendons à penser qu'il en sera de même dans le cadre de l'hôpital psychiatrique.

« Il n'existe pas d'argument juridique déterminant et pertinent susceptible de constituer un obstacle à l'octroi d'aménagement de peine fondé sur la mise en œuvre et la poursuite de projets culturels. La difficulté réside surtout dans la nécessité de procéder à un réel changement dans les mentalités : la plupart des projets de sortie acceptés par les juges de l'application des peines sont principalement axés autour d'une problématique professionnelle ou autour de la nécessité d'accéder au marché de

²⁶ Pour plus de détails voir « La prise en compte de la culture dans le cadre de l'application des peines » par Jean Claude Bouvier et Georges Lombard (juges d'application des peines) dans les *Actes du séminaire sur l'action culturelle en direction des personnes placées sous main de justice*. FILL.2007.

l'emploi ; de fait, c'est cette démarche "utilitariste" qui est essentiellement privilégiée. Trop souvent encore, la réinsertion du condamné est entendue comme l'instauration d'un projet strictement défini, à la portée immédiatement définissable (une formation débouchant sur une activité, l'accès à un emploi rémunéré) ; le projet à contenu culturel ne participe pas de la même logique et s'inscrit dans une dynamique différente, aux "effets" sans doute moins directement perceptibles. Cependant, le projet à contenu culturel ne rentre pas moins, en raison notamment de l'ouverture à la société qu'il est susceptible d'offrir, dans les objectifs assignés aux aménagements de peine » (Bouvier, Lombard in FILL. 2007).

Comme pour les actions culturelles développées dans les quartiers, on retrouve ici une mise à profit du projet culturel dans l'offre et l'accès à l'emploi. Cet aspect n'est cependant pas présent dans le programme « Culture à l'hôpital ».

Pour l'administration pénitentiaire, la culture est aussi envisagée comme un outil pour les professionnels, notamment dans le travail d'aide à la réinsertion des détenus.

« Il faut replacer l'action culturelle telle que nous la pensons, dans notre objectif : un SPIP est un service de l'État ayant pour but de prendre en charge des personnes dans le contexte particulier qu'est la prison et d'amener ces personnes à travailler sur un projet de sortie, de vie, d'existence, sur une capacité à s'insérer, à respecter un certain nombre de règles. Je le dis avec force : l'action culturelle en milieu pénitentiaire est un des outils à notre disposition pour pouvoir travailler avec les personnes. Je sais que cela peut vous paraître un peu choquant, mais c'est bien un des outils et pas autre chose. Pour le ministère de la Culture et de la Communication et les artistes, la culture est une finalité, pour nous c'est un moyen » (Philippe Monçavoit- SPIP Lot et Garonne, FILL, 2004 : 151).

Les définitions données de la culture sont bien différentes en fonction des acteurs et de l'usage qu'ils pensent pouvoir en faire. De manière générale, la culture est reconnue comme étant un droit accessible à tout citoyen. Le détenu bien qu'en rupture avec une partie de ses droits sociaux, n'en perd pas pour autant son statut de citoyen. Dans l'objectif d'une réinsertion future, le maintien de ses droits est essentiel (dont celui d'accès à la culture). Le ministère de la Culture entend faire respecter ce droit. Ces actions culturelles représentent aussi une opportunité de poursuivre les objectifs de démocratisation culturelle.

Malgré des points de vue divergents, l'évolution du programme culturel en milieu pénitentiaire a plutôt été favorable. L'analyse de l'évolution du protocole Culture/Justice vingt ans après sa mise en place est particulièrement révélatrice. Dans pratiquement toutes les régions, des conventions ont été signées entre les DRAC et les Directions régionales des

services pénitentiaires en faveur de l'action culturelle dans les prisons. En 2004, on comptabilise 216 conventions signées entre les SPIP et les établissements culturels et fin 2009 on atteint le chiffre de 526.

Intéressons-nous maintenant au programme choisi dans le cadre de cette recherche, le programme « Culture à l'hôpital ».

3.3 « Culture à l'hôpital », un programme pour réaffirmer la dimension « citoyenne » des établissements de santé :

3.3.1 Présentation du programme « Culture à l'hôpital » :

La mise en place du programme « Culture à l'Hôpital » est le résultat d'un accord interministériel passé entre les ministères de la Culture et de la Communication et le ministère de la Santé en mai 1999. Elle intervient en pleine crise hospitalière à la veille d'une série de réformes modifiant l'espace hospitalier. La culture à l'hôpital est alors envisagée comme une réponse à la mutation hospitalière de cette dernière décennie, découlant elle-même d'une crise sociale généralisée. Ce programme s'est constitué autour de différents temps forts, sur lesquels nous allons revenir chronologiquement pour en saisir à la fois l'évolution et les enjeux.

Pour répondre aux premiers objectifs de ce programme « Culture à l'hôpital », une enquête a été menée auprès de tous les établissements hospitaliers. Les résultats ont permis de dresser un bilan des actions culturelles menées dans les hôpitaux au moment de la mise en place de la convention nationale.

Nous n'énumérerons que les principaux, afin de pouvoir par la suite identifier les changements induits par les actions menées dans le cadre du programme « Culture à l'hôpital ».

Les résultats ont été communiqués à travers la Circulaire DHOS/FH3/DDAT n° 2000-418 du 24 juillet 2000 ²⁷ relative à la poursuite du développement des activités culturelles dans les établissements de santé. L'action culturelle en milieu hospitalier n'est alors pas professionnalisée. La typologie des acteurs fait ressortir que dans plus de 70 % des cas il

²⁷ Circulaire rédigée par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité- Le Secrétaire d'État à la santé et aux handicapés, La Direction des hôpitaux, La Sous direction des personnels de la fonction publique hospitalière, Le Bureau des professions hospitalières, Le ministère de la Culture et de la Communication, La Délégation au développement et à l'action territoriale, Le Département de l'action territoriale.

s'agit de bénévoles. Lorsqu'il s'agit de personnes salariées de l'hôpital, leur rattachement institutionnel est ambigu. La moitié dépend de la direction, ce qui marque l'implication de cette dernière dans l'action culturelle. Reste l'autre moitié, qui elle est rattachée à un service de soins. Dans ce cas, la visibilité et la légitimité de l'action culturelle en tant que telles sont plus problématiques. Le projet peut être associé à un objet soignant.

Autre constat relevé, les partenariats déjà élaborés le sont essentiellement avec des associations, très peu sont passés directement avec des structures culturelles²⁸.

→ *La création du Cercle des Partenaires de la Culture à l'hôpital :*

Le 31 mars 1998 est créé le Cercle des Partenaires de la culture à l'hôpital par les ministères de la Culture et de la Communication et le ministère de la Santé. Ayant pris conscience du développement de ce type d'actions (37 jumelages existants déjà avant la signature du protocole) et souhaitant concrétiser cette démarche, les deux ministères instaurent le Cercle des Partenaires dans le but de favoriser les jumelages entre les équipements culturels et les établissements hospitaliers d'une même région. Cette création est légitimée en tant que réponse à l'attente commune des malades et des soignants de voir une « tonalité plus humaine » dans les hôpitaux en facilitant son ouverture sur la cité.

Ce rapprochement interministériel poursuit dans la lignée de celui déjà établi en 1986 entre les ministères de la Culture et de la Justice. Ces deux protocoles bien que signés à plus de dix ans d'intervalle attestent de la volonté de l'État d'ouvrir l'accès du champ culturel à tous les citoyens en limitant les exclusions. Il contribue de même à la recherche et à l'insertion de nouveaux publics pour les structures culturelles.

Le Cercle regroupe à sa création les représentants des directions centrales et régionales du ministère concerné et les entreprises et Fondations partenaires²⁹. Le regroupement de ces grandes entreprises tout comme leur implication dans cette action témoignent du rôle et de l'implication du mécénat en faveur de la culture. Le suivi des jumelages et le fonctionnement

²⁸ Dans cette recherche, le choix d'un cadrage sur l'institution hospitalière et ses acteurs explique l'absence de traitement des enjeux de ce programme au niveau des structures culturelles. Notre travail ne fera qu'aborder très brièvement les interactions entre hôpitaux et structures culturelles.

²⁹ Lors de sa création le Cercle des Partenaires de la « Culture à l'hôpital » comprenait les entreprises suivantes : Fondation d'entreprise Banques CIC pour le livre, Fondation Bayer Santé, Laboratoire Pierre Fabre, Fondation d'Entreprise France Telecom, Fondation Hachette, Institut Electricité Santé, Groupe Lego, Fondation Ronald Mc Donald- Sanofi, Fondation Suez Lyonnaise des Eaux.

du Cercle sont assurés par la Délégation au développement et aux formations. Chaque entreprise est libre quant au choix des jumelages qu'elle souhaite soutenir et sa contribution financière s'élève en moyenne à 4 500 euros (soit un tiers du budget annuel estimé), sachant que la durée minimale d'un jumelage est fixée à une année.

Pour faire suite à la mise en place du Cercle des Partenaires, le 4 mai 1999 le ministère de la Culture et de la Communication et le ministère de la Santé et des Solidarités signèrent la convention « Culture à l'hôpital », officialisant ainsi le lancement d'un programme national. Dès lors, on peut s'interroger sur l'intérêt de la mise en place d'un tel programme. En quoi est-il différent de ce qui était préalablement conduit en termes d'action culturelle, au sein des structures hospitalières ? Est-il porteur de nouveaux enjeux ? De nouvelles modalités ? Comment est-il mobilisé par la classe politique ?

→ *Un programme culturel a priori « non thérapeutique » :*

Ce qui peut paraître novateur dans cette démarche interministérielle, comparé aux projets culturels jusqu'alors menés, est que la culture apparaît « libre », c'est-à-dire qu'elle apparaît comme un choix face à l'hospitalisation qui elle, est souvent obligatoire et contraignante. Ce point essentiel distingue le programme « Culture à l'hôpital » des ateliers d'art thérapie, qui eux sont proposés sur prescription médicale. Ce programme se défend de s'inscrire dans quelque lignée thérapeutique quelle qu'elle soit. Dans ce cadre spécifique, reconnaître la valeur thérapeutique de l'action artistique reviendrait à catégoriser ce programme dans le domaine du soin. Si tel était le cas, le ministère de la Culture n'y trouverait pas son intérêt puisque la dimension culturelle serait effacée au profit de la dimension thérapeutique, de ce fait il ne pourrait nullement soutenir et cautionner un tel projet autant sur le plan moral que sur le plan financier. Pour les parties instigatrices de ce projet, reconnaître sa valeur thérapeutique équivaudrait à une « instrumentalisation » de l'œuvre d'art. Nous verrons cependant que dans les discours du personnel hospitalier il en est autrement, et c'est bien souvent cette possible valeur thérapeutique qui incite les soignants à s'impliquer dans un projet culturel.

Il s'agit aussi pour les deux ministères de ne pas impliquer les artistes dans une démarche qui n'est pas la leur, à savoir celle des soignants. Ainsi, l'accès à la culture pour tout citoyen émane préalablement d'un choix, d'un désir, dès lors la politique culturelle peut réellement se

différencier et marquer sa place à côté de la prise en charge sanitaire que le patient est tenu de respecter lors de son hospitalisation.

→ *Un programme inscrit dans la durée :*

Deux ans après la signature de la convention nationale (1999) ont lieu à Strasbourg les premières rencontres européennes de la Culture à l'hôpital. Elles témoignent d'une volonté interministérielle, mais aussi européenne d'échanges entre acteurs (patients, soignants, artistes), de confrontation des expériences afin de développer des propositions communes. Les débats sont agrémentés de manifestations artistiques ouvertes à tous, se déroulant dans les hôpitaux comme dans les structures culturelles de la ville afin de sensibiliser un plus grand nombre et de réaffirmer l'idée que l'hôpital doit et reste en contact direct avec la ville. Redonner à l'hôpital sa place au sein de la cité est l'un des enjeux principaux de cette convention.

Les échanges sur ce programme à l'échelle européenne entraînent une nouvelle réflexion sur la politique culturelle hospitalière à mener. Le débat est proposé lors d'un colloque organisé les 24 et 25 janvier 2002 par la Direction de l'hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS): *quelle politique culturelle pour les établissements de santé ?*

Le ministère de la Santé représenté à cette occasion par la ministre Catherine Tasca souhaite appuyer le désir du gouvernement de Lionel Jospin de faciliter l'accès à la culture au plus grand nombre, rappelant par là même que « cette politique participe du service public comme de la santé³⁰ ». Ce colloque est l'occasion d'un premier état des lieux des actions menées.

Bien que distincts, les ministères de la Culture et de la Santé ont des objectifs communs dans cet engagement. L'un d'entre eux est l'application de cette convention à toutes les régions avant la fin 2002 ; cet objectif n'a toujours pas été atteint à ce jour.

Pour que toutes les conditions nécessaires soient entreprises afin d'accélérer ce processus, l'État n'omet pas d'accroître l'enveloppe budgétaire. Le budget du programme « Culture à l'hôpital » a été doublé depuis les premières rencontres européennes, passant ainsi de presque un million d'euros en 2001 à deux millions en 2002. De plus, les financements apportés par le Cercle des Partenaires augmentent avec l'arrivée de quatre nouvelles entreprises que sont la

³⁰ L'ensemble des actes est consultable en ligne : http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/actes_seminaire_2002.pdf (consulté le 24/12/09).

Fondation EDF, la Fondation internationale Carrefour, les Laboratoires Servier et Avantis-Pharma, portant ainsi à quatorze le nombre des partenaires pour l'année 2002.

Pour aller plus loin dans l'action et nourrir de nouveaux jumelages, les ministères mettent en avant le nécessaire développement d'actions nouvelles, s'organisant autour de domaines aussi divers que le cinéma, l'architecture ou le patrimoine. Concernant l'architecture et le patrimoine, ressource culturelle à part entière des hôpitaux, ils restent encore trop mal connus du grand public. Leur emploi dans le cadre d'actions culturelles peut avoir un double intérêt. Il permettrait d'abord aux personnes de prendre conscience de leur environnement direct tout en suscitant une réflexion autour de la place de l'hôpital dans la cité. À cette occasion, la Direction de l'architecture et du patrimoine est sollicitée pour réfléchir aux côtés du ministère de la Santé, à un éventuel plan d'action.

Afin de mettre en application ces nouvelles propositions, en maintenant celles établies lors de la convention de 1999, le ministère a envisagé deux procédures. La première est la publication prévue d'un décret interministériel sur le 1 % artistique, prévoyant que 1 % du coût d'un investissement public doit être réservé à une intervention artistique (décret appliqué depuis longtemps, mais seulement pour le domaine de l'éducation nationale). Ce décret est envisagé comme un nouveau vecteur relationnel entre le milieu artistique et celui de la santé. L'autre procédure envisagée est le développement des commandes publiques des hôpitaux. Néanmoins, il n'a pas encore été appliqué à ce jour.

Ces premières rencontres européennes de la « Culture à l'Hôpital » font apparaître quelques dissonances dans le discours français. À plusieurs reprises, l'impact de l'art dans la guérison est évoqué, reconnu, ce qui en fait relève de l'ordre du thérapeutique. La frontière entre le culturel et le médical ne semble pas si clairement établie, ce qui va prêter à confusion dans certaines conventions régionales et dans leur application même.

→ *Les premières journées de la culture à l'hôpital :*

Dans l'optique de décloisonner et de rendre plus visibles les actions menées dans le cadre du programme « Culture à l'hôpital » de nouveaux événements nationaux sont programmés. En collaboration avec Bernard Kouchner, Catherine Tasca annonce l'organisation des premières journées de la Culture à l'hôpital les 15 et 16 mars 2002. Les hôpitaux qui le désiraient ont pu ouvrir leurs portes au grand public afin de présenter et faire découvrir leurs activités culturelles au grand public.

Le discours d'ouverture de ces journées est marqué par la présentation de la culture à l'hôpital comme le « signe d'une évolution du milieu artistique et culturel »³¹. Le développement récent de la culture à l'hôpital serait donc la réponse au désir du milieu artistique de travailler hors des cadres conventionnels vers un nouveau public, avec lequel des rapports plus forts seraient possibles. L'hôpital s'impose alors comme le lieu idéal pour une démarche artistique nouvelle. Cet aspect d'une relation autre aux citoyens est aussi recherché par les structures culturelles, toujours en quête de nouveaux publics. Ainsi, un nouveau rapport à la cité elle-même serait permis.

Le lancement de ces journées intègre parfaitement la logique menée par d'autres événements nationaux auxquels les hôpitaux participent déjà tel que *La fête de la musique*, *Lire en fête* ou *Les Journées du Patrimoine*. À la seule différence que cette nouvelle manifestation est entièrement destinée à l'hôpital. Pour cette première journée, la mobilisation a été encourageante puisque plus de cinquante structures hospitalières ont souhaité y participer. Cependant, cela ne semble pas avoir suffi puisque l'action n'a pas été reconduite à ce jour. Ceci n'a pas empêché la poursuite de la réflexion menée sur l'action culturelle dans les établissements hospitaliers. En 2006, un nouveau protocole d'accord a été signé, nous y reviendrons plus en détail par la suite.

→ *Le programme « Culture à l'hôpital », une dimension interministérielle adaptée aux spécificités territoriales :*

Rappelons que l'objectif premier de ce programme est d'encourager les structures culturelles et les établissements de santé à se rencontrer et à développer ensemble des projets susceptibles d'établir une solide politique culturelle dans le secteur hospitalier. Les ministères ont développé cette convention en insistant sur le développement de trois axes essentiels : la mise en place de jumelages, la multiplication des bibliothèques hospitalières et la formation de responsables culturels hospitaliers. Attardons-nous un instant sur le premier qui concerne l'instauration de jumelages entre les équipements culturels et les hôpitaux.

Le jumelage est ici entendu comme outil d'ouverture sur la cité. Il permet la naissance et le développement de projets artistiques dans les hôpitaux. Ces jumelages donnent lieu à la

³¹ MINISTÈRE DE LA CULTURE ET DE LA COMMUNICATON, MINISTÈRE DE LA SANTÉ. 2001. *Premières rencontres européennes de la culture à l'hôpital : La place de l'art et de la culture en milieu hospitalier : Conférences, débats, ateliers, spectacles*. Actes du colloque, Strasbourg, du 4 au 6 février 2001. Publication en ligne : < www.culture.gouv.fr/culture/politique-culturelle/actes-strasbourg.pdf. > [Page consultée le 21 septembre 2006.]

signature de conventions à l'échelle régionale. Elles participent du processus de légitimation de la culture à l'hôpital. Il s'agit d'une légitimation territoriale et les participations financières communales et régionales y sont essentielles et symboliques. Pour établir ces jumelages, il est demandé aux hôpitaux de faire appel aux ressources culturelles qui leurs sont proches.

Ces conventions régionales reprennent les objectifs de la convention nationale, mais en les adaptant aux particularismes régionaux. Il devrait donc être intéressant de procéder par la suite à une analyse comparative, entre certaines de ces conventions. Nous pouvons d'ores et déjà retenir que le programme « Culture à l'hôpital » n'est pas un dispositif fixe, il est modulable, c'est-à-dire adaptable aux diverses réalités territoriales.

Chaque convention est établie pour trois ans sauf pour les régions Lorraine, PACA ou Midi-Pyrénées où elle est fixée à un an renouvelable. Néanmoins, le programme « Culture à l'hôpital » participe indirectement du renforcement des disparités régionales en terme de culture. En 1999, le budget culture des régions pouvait varier de 0,7 % à 5 % de leur budget total (Moulinier, 2005).

L'encouragement des partenariats s'inscrit dans une politique plus générale d'aménagement culturel du territoire, visant à favoriser la collaboration avec les équipements culturels de proximité pour développer les mises en réseau. Cette politique d'aménagement du territoire passe aussi par la mise en place d'actions culturelles dans les quartiers défavorisés comme nous avons pu le voir.

L'inscription de l'hôpital dans la cité tient encore à ce jour, plus de l'ordre d'un idéal que d'une réalité. Elle n'est effective qu'en partie. En fait, il s'agit essentiellement d'une ouverture sur la vie culturelle de la cité et non pas sur la cité elle-même dans sa globalité. Les conditions pratiques d'accueil du public extérieur à l'hôpital ne permettent pas d'en accueillir un nombre trop important.

« En ce sens, la cité n'est pas concrètement présente au sein de l'établissement hospitalier. L'intégration de la vie culturelle citadine au sein de l'établissement de soins permet cependant au sentiment de coupure avec l'extérieur de s'amoinrir. Le fait de pouvoir accéder ponctuellement à des représentations théâtrales ou musicales crée au final une ouverture symbolique sur la sphère sociale » (Grappin, 2008 : 97).

L'appropriation territoriale du programme se manifeste une nouvelle fois en 2006, lorsque la région Rhône Alpes réaffirme sa place motrice dans le développement de ce

programme en intégrant le volet culturel dans le Schéma régional d'organisation sanitaire 2 (SROS) et en ralliant la région à la signature de sa convention. Les collectivités reprennent donc progressivement à leur charge l'action instituée par les ministères de la Culture et de la Communication et le ministère de la Santé.

→ *Le souci d'une adaptation constante du programme :*

Tout au long de l'évolution de ce programme, plusieurs études ont été menées. En 2003 par exemple, une enquête a été lancée par la commission Culture de la Conférence des Directeurs généraux de Centre hospitalier universitaire (CHU) créée en mars 2002. L'objectif était d'évaluer la structuration des projets culturels menés dans les Centres Hospitaliers régionaux et universitaires de France, 29 établissements (soit 90% ont répondu au questionnaire.) Parmi les constats posés, l'un témoigne de la lente, mais progressive inscription du projet culturel dans le projet d'établissement (46% des CHU). Il en découle une augmentation de la prise en compte des salariés en tant que public potentiel de l'action culturelle. On constate une augmentation des projets qui leur sont destinés (32%).

Plus récemment, on retiendra une adaptation des projets aux publics et aux établissements. Elle s'est concrétisée par la signature d'un protocole d'accord, le 10 janvier 2006 entre le ministère de la Santé et des Solidarités, le ministère de la Culture et de la Communication ainsi que le Cercle des Partenaires.

À cette occasion, un bilan est esquissé de la convention signée en 1999. Elle a engendré la signature de 19 conventions régionales entre les DRAC et les ARH. Dans ce même temps, plus de 250 professionnels ont reçu une formation de sensibilisation à la culture.

Ce nouveau protocole d'accord vise à pousser plus loin les objectifs de la convention de 1999 en lui donnant un nouvel élan grâce à des propositions novatrices. La priorité de ce protocole est l'adaptation des actions culturelles aux publics et aux établissements concernés. Parmi les activités artistiques encouragées à accroître leur présence, on retrouve en tête la lecture, ce qui n'empêche pas un désir exprimé pour une plus grande diversification des partenariats avec les établissements culturels.

Les ministères voient dans ce nouveau protocole d'accord avec le Cercle des Partenaires, une opportunité pour relancer les jumelages entre les DRAC et les ARH sur le programme « Culture à l'hôpital ». Dans ce cadre, les manifestations culturelles sont envisagées comme facteur de lien social. Le texte protocolaire vise à redéfinir les engagements et actions des

partenaires du programme. L'entreprise reste libre quant au choix du jumelage qu'elle souhaite financer. Dans le but de répondre à une augmentation des demandes régionales, les entreprises sont incitées à accompagner plusieurs jumelages en même temps. Le partenaire s'engage pour une durée de trois ans avec une participation financière de 5060 euros par an et par jumelage. La durée du jumelage a donc été triplée et le financement s'est vu augmenté depuis 1998.

La mise en place de cette convention et son évolution, au-delà de la démocratisation culturelle, reflète une volonté de l'État. Il s'agit de modifier ou plutôt de réaffirmer le rôle tenu par les institutions hospitalières dans notre société. Pour en rendre compte, nous allons développer deux thématiques émergentes au travers des discours politiques relatifs au programme « Culture à l'hôpital », à savoir l'hôpital comme espace citoyen et l'hôpital comme vecteur d'humanisme.

3.3.2 L'hôpital comme lieu de « citoyenneté » :

Avec la mise en place du programme « Culture à l'hôpital », la politique culturelle à l'hôpital est promue en tant que réponse à la mutation du système hospitalier. On assiste à une redéfinition de la place de l'hôpital au sein de la société. Aux antipodes de l'ancienne conception du milieu asilaire assimilé à un lieu d'enfermement, de cloisonnement engendrant la privation de toutes les libertés, l'État souhaite redonner aux hôpitaux l'image d'un lieu de citoyenneté à part entière. Il décide d'inscrire officiellement la « mission de citoyenneté » au sein des missions de santé, l'objectif avéré étant l'instauration d'une « démocratie sanitaire » (ARSEC. 2004).

Processus émergent depuis une dizaine d'années, il convient de rappeler ce qu'est la « démocratisation sanitaire ». Nous verrons par la suite qu'elle est intrinsèquement liée aux notions de « citoyenneté » et « d'humanisation » dont il apparaît aussi nécessaire de définir les contours.

→ *La « démocratie sanitaire » :*

Le développement de la culture est concomitant à la mise en place du processus de « démocratisation sanitaire ». Souvent mobilisé par les politiques, ce terme recouvre plusieurs

aspects qu'il convient de définir afin de comprendre de quels enjeux il est porteur au regard des politiques, au travers du programme « Culture à l'hôpital ». Son usage est relativement contemporain, pourtant il est porteur de valeurs plus anciennes telles que le respect des droits des malades, la participation des usagers aux décisions de santé...

La première évocation officielle de la « démocratie sanitaire » remonte au 30 juin 1999 lors de la clôture des États généraux³² (Maudet, 2002). La mise en place d'un débat public sur les questions de santé marque la première « pierre » du processus de « démocratisation sanitaire ». Sa valeur législative a été affirmée par la loi du 4 mars 2002³³.

Son principal objectif est de participer à l'amélioration des services rendus par le système de santé. Elle se caractérise notamment par la volonté de rendre les usagers acteurs de leur système de santé, ce qui contribue par la même au désir du gouvernement de relégitimer les décisions publiques prises en matière de santé. Elle intervient comme une réponse face à la crise affectant le pouvoir politique et médical (Maudet, 2002).

« En réponse aux attentes des usagers, les pouvoirs publics ont décidé d'agir afin de relégitimer le système de soins. La mise en place de la démocratie sanitaire répond à cet objectif. En permettant de rendre les usagers acteurs du système, elle peut apparaître comme un moyen d'accroître la qualité des soins » (Tasset, 2004 : 19).

La démocratie sanitaire participe également, au regard de l'État, d'une volonté de responsabilisation des patients face aux questions de soins. De plus, elle permet de réinstaurer un certain équilibre dans les rapports médecins-patients.

→ *L'accès à la culture, une « mission citoyenne » pour l'hôpital :*

Franco Bianchini nous rappelle que la notion de citoyenneté a été fondée suite à la Seconde Guerre mondiale. Elle s'est constituée essentiellement autour du droit d'accès à la culture considéré dès lors comme un prolongement légitime du droit social (Bianchini, 2001). Le terme de « citoyenneté » a fait l'objet de diverses études dans le champ de la sociologie politique. De nos jours, voici la définition qui en est donnée :

³² Allocution de Lionel Jospin alors premier ministre.

³³ Loi n°2002-303 du 04 mars 2002 relative aux Droits des malades et à la qualité du système de santé. Composée de 126 articles cette loi se décompose en cinq parties : « solidarité envers les personnes handicapées », « démocratie sanitaire », « qualité du système de santé », « réparation des conséquences des risques sanitaires » et « dispositions relatives à l'outre-mer ».

« La citoyenneté est l'état ou la qualité de citoyen. Elle permet à un individu de devenir citoyen. La citoyenneté donne accès à l'ensemble des droits politiques, tout en créant des devoirs, permettant de participer à la vie critique d'une société ou d'une communauté politique, par opposition au fait d'être simple résident. En général, la citoyenneté est liée au droit de vote.

Dans une société démocratique, la citoyenneté est également l'une des composantes du lien social, notamment par l'égalité des droits qui lui est associée.³⁴»

La dernière partie de cette définition nous paraît la plus à même d'explicitier le sens dans lequel la « citoyenneté » est actuellement mobilisée par les politiques. Ce qui renvoie à considérer comme « mission citoyenne » toute mission participant au développement du lien social.

Aujourd'hui, le territoire de la santé est reconnu comme un des espaces constitutifs du politique. La culture apparaissant comme la plus propice à l'écriture d'une dimension citoyenne dans l'espace politique de la santé. Ainsi, l'hôpital est enclin à suivre la même mutation que notre espace social. L'espace de soins considéré comme constitutif du politique doit en ce sens développer sa propre politique culturelle pour remplir sa « mission citoyenne ».

→ *Un programme participant de la volonté « d'humanisation » des hôpitaux :*

La question de l'humanisation des hôpitaux n'est pas récente. Elle est apparue à la suite de la Seconde Guerre mondiale. Suite aux maltraitances subies par les populations durant cette période, un mouvement a émergé dans les années cinquante pour dénoncer ces faits et se positionner contre. C'est dans ce contexte que naquit ce désir de faire de l'hôpital un lieu plus humain (Grappin, 2008).

Le concept « d'humanisation » a été mobilisé publiquement pour la première fois en 1949 lors du premier congrès de la Fédération internationale des Hôpitaux³⁵.

Quelques années plus tard, parmi les réformes instituées par le Professeur Robert Debré une ordonnance relative à l'humanisation des hôpitaux paraît le 5 décembre 1958. Cette volonté de rendre l'hôpital plus accueillant pour les patients se poursuit avec la rédaction d'un rapport par le Conseiller d'État Ducamin ; il est mis en œuvre par la circulaire du 18 décembre 1970.

³⁴ Le dictionnaire de politique : www.toupie.org/Dictionnaire/Citoyennete.html (consulté le 02/12/09).

³⁵ À l'occasion de son exposition « *L'humanisation de l'hôpital. Mode d'emploi* » qui s'est tenue du 21/10/2009 au 20/06/2010, le musée de l'APHP, dans son dossier de presse, traite largement de l'évolution du terme « d'humanisation » et de sa mobilisation par les politiques. Nous invitons le lecteur à s'y référer : www.aphp.fr/documents/musee/microsoft_world (consulté le 18/12/09).

Cependant, aucune allusion à la culture n'est faite. Le lien établi par les politiques entre humanisation et culture apparaît comme quelque chose de beaucoup plus contemporain.

La volonté d'humanisation de l'hôpital semble répondre à la longue crise que connaît le système hospitalier. D'après Jean Lombard et Bernard Vandewalle (2007) ce n'est pas l'hôpital dans sa globalité qui est remis en cause, mais certains aspects spécifiques parmi lequel le manque de prise en compte de l'individu en tant que personne. Les auteurs situent l'émergence du discours contemporain sur l'humanisation de l'hôpital autour des années 1970, ce n'est pourtant que depuis une dizaine d'années que le politique se l'est approprié. La modernité de l'institution et le renforcement des logiques de spécialisation renforcent cette attente. Le côté hyper-technicisé des établissements de santé, a tendance à leur conférer l'image d'un lieu où les équipements modernes ont remplacé le relationnel et l'interaction avec les équipes de soins. L'idée de conférer aux hôpitaux une tonalité plus « humaine » devrait permettre de contrebalancer le déficit de prise en compte de l'individu en tant que personne au profit de sa prise en compte en tant qu' « usager » telle qu'elle est décrite depuis ces dernières années.

« Il est clair, d'emblée, que cette demande d'humanisation est proportionnelle à l'inquiétude que suscitent d'un côté la nature et l'évolution de l'institution et de l'autre le développement d'une médecine qui de plus en plus tend à fonctionner comme une techno science, à s'intégrer à une économie de marché et à une modernité qui modifient profondément la place, le rôle et le sens du corps, de la santé et de la maladie, de la vie et de la mort » (Lombard, Vandewalle, 2007 : 11).

C'est dans ce contexte que les politiques se sont saisies de ce concept d'humanisation³⁶ et en ont fait l'un des axes majeurs du programme « Culture à l'hôpital ». Le programme « Culture à l'hôpital » est posé par le politique comme devant contribuer à retisser des liens entre l'hôpital et la ville, afin de lui redonner une place reconnue et légitime au sein de notre société. La culture au sein du programme « Culture à l'hôpital », envisagée comme vecteur d'humanisme, devrait permettre de recréer du relationnel là où la technicité ne cesse de se développer.

« La culture est souvent considérée comme une réponse que peut donner l'hôpital au risque de "déshumanisation" que perçoivent beaucoup d'acteurs de terrains. Il ne

³⁶ Aujourd'hui la mobilisation de ce concept tend à être remplacée par celui de « qualité » comme le fait judicieusement remarquer le musée de l'APHP : http://www.aphp.fr/documents/musee/microsoft_world_

s'agit pas en fait tant de désintérêt pour l'humain (l'hôpital a fortement progressé sur la prise en compte de la personne : information du patient, droit des malades, prise en charge de la douleur, etc.) que d'un sentiment de déficit relationnel à l'intérieur de l'hôpital [...] La culture est alors un moyen de réintroduire une dimension de relation humaine, par les échanges qu'elle peut permettre » (Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports. 2007: 37).

Le programme s'inscrit dans le plan de construction et de réhabilitation des établissements hospitaliers. La politique culturelle devient alors une politique d'ouverture, d'échanges participant ainsi du service public de la culture comme de celui de la santé, expliquant par là même la mutualisation ministérielle à l'origine de cette convention. La culture apparaît comme un droit auquel la personne hospitalisée doit pouvoir accéder.

Les actions culturelles qui viennent d'être évoquées, dans les quartiers difficiles, les prisons ou les hôpitaux participent de la volonté de démocratisation et de diversité culturelle que s'est fixée le ministère de la Culture. La question de l'usage de la culture dans une optique sociale nous est apparue prégnante dans les démarches exposées. Aujourd'hui, elle est mise en interrogation par le ministère.

« La participation du ministère de la Culture à une politique interministérielle (avec les ministères chargés de la justice, de la santé, de la ville, de la jeunesse et des sports, des personnes handicapées...) lui a permis de s'ouvrir à des populations diversifiées, à des publics qui ne sont pas ses "habitués". Mais ces actions soulèvent deux questions: celle d'une instrumentalisation du culturel au profit du social et celle de l'évacuation de la "question des publics" au profit d'une politique à destination de publics spécifiques. Par ailleurs, la stagnation des chiffres de fréquentation des publics dans les lieux institués de la culture, les faibles résultats des politiques de démocratisation culturelle, qui n'ont pas sensiblement modifié les modes de fréquentation et la composition sociologique de ces publics, mettent en question l'efficacité générale de ces actions et de ces médiations » (Salmét, 2005: 20).

Conclusion :

La manière d'envisager et de mobiliser l'action artistique et culturelle a fortement évolué au cours du XXe. Considérée à l'origine par les professionnels de la santé comme élément diagnostiquant, elle est rapidement développée dans une logique de soins. Pour les patients cependant, il s'agit simplement de rompre la monotonie liée à la durée d'hospitalisation. La dimension qui lui est accordée s'est vue modifiée et élargie suite à

l'intégration progressive de l'art contemporain dans les établissements psychiatriques. Ce dernier parce qu'il questionne l'institution hospitalière confère à l'art une dimension sociale. Celle-là même qui sera reprise dans la politique culturelle menée en faveur des publics empêchés.

En effet, nous pouvons retenir que dans leur évolution, les programmes culturels menés en faveur des publics empêchés persistent à conférer à la culture un rôle avant tout social.

Dans les quartiers difficiles, l'action culturelle est comprise comme permettant la mise en place d'une dynamique pouvant favoriser la réflexion et l'initiative d'actions des habitants sur leur environnement tout en contribuant à la lutte contre l'exclusion.

Dans les prisons, elle est mobilisée pour aider les détenus à se réinsérer dans le tissu local et sociétal.

Enfin, dans les hôpitaux elle participe d'une redéfinition de la fonction des établissements de soins en réaffirmant leur mission « citoyenne ». L'action culturelle est reconnue comme élément du processus de démocratie sanitaire. Elle conforte la volonté d'humanisation des hôpitaux défendue par les ministères, ainsi que leur reconnaissance en tant qu'espace public.

Les études déjà menées auprès des publics empêchés nous donnent certaines indications sur un « décalage » existant entre les discours portés sur les programmes culturels, leur vision et utilisation par les différents acteurs concernés. Ce point nous intéresse particulièrement.

Maintenant que nous avons défini les enjeux de ce programme national tel qu'ils sont définis par les ministères concernés, nous allons nous intéresser de plus près à la concrétisation de ces discours en observant les différentes formes de mise en application du programme « Culture à l'hôpital ».