

## **ETUDE SUR LES RESPONSABLES CULTURELS HOSPITALIERS**

### **Conclusions**

#### **Stage interSTICES / Valérie Véricel**

Ce document constitue une analyse de la fonction de référent culturel au sein des établissements hospitaliers de la région Rhône-Alpes. Commandé par l'association interSTICES, qui représente une partie des porteurs de projets Culture et Santé, il établit d'une part un état des lieux des situations existantes afin de mieux appréhender la réalité régionale du portage de ce type de projets, et d'autre part, une grille d'analyse pour alimenter les réflexions du réseau autour de la reconnaissance de ce métier. L'étude menée a aussi fait l'objet d'un mémoire sociologique basé sur l'identité du métier et des individus occupant la fonction ainsi que son degré de professionnalité.

### **1 Méthodologie :**

Ce document se base sur quatre types de sources d'informations : des entretiens, un questionnaire, de l'observation et une recherche documentaire.

Vingt et un entretiens ont été menés auprès des trois financeurs du dispositif Culture et Santé, neuf directeurs d'établissements hospitaliers et huit référents choisis selon des clés de représentativité. Celle-ci n'est pas à entendre au sens statistique du terme mais plutôt comme une vision la plus large possible pour englober les différents contextes et réalités du métier.

Le questionnaire a été conçu sur Google Drive et testé par trois anciens référents culturels puis envoyé aux 82 référents recensés de la région Rhône Alpes. Il s'agit des porteurs de projets qui ont répondu au moins une fois à l'appel à projet dans le cadre du dispositif Culture et Santé. Pour autant, l'ensemble des établissements qu'ils représentent ne sont pas tous subventionnés à ce jour. Quarante-six questionnaires ont été remplis, soit un taux de retour de 56 %. Sur certains établissements, plusieurs référents ont répondu ; à l'inverse sur d'autres établissements avec plusieurs référents, un seul a répondu.

L'ensemble des informations récoltées a fait l'objet d'une analyse à plat, d'analyses comparées et de tableaux croisés. Aux vues de la multitude de situations, j'ai opté pour une dénomination neutre de la fonction et du poste dans ce document, afin de rendre le propos plus éclairant. Le terme « référent culturel » ne sera donc pas utilisé.

### **2 Etat des lieux :**

#### **2.1 Caractéristiques des établissements représentés :**

Une répartition relativement équilibrée entre les différents types de pathologies proposées avec tout de même une représentation plus importante pour les établissements SSR et une

moins pour les MCO ; par ailleurs 9 établissements ne peuvent être classés car ne répondant à aucune des pathologies proposées<sup>1</sup>. De même, entre les différents types de séjours, un partage par tiers s'organise selon les 3 durées de séjour proposées qui s'étale entre 31 et 35 %.

Quant à la taille des établissements, l'échantillon construit présente aussi bien des structures de très petite taille (3 établissements ont moins de 100 lits et places) et de très grande taille (3 d'entre eux disposent de 2 000 à 5 000 lits et places). Toutefois, majoritairement, les établissements représentés sont de taille intermédiaire, entre 100 et 500 lits (54%). Une grande proportion d'établissements présente plusieurs sites d'activités (64 %). Ils sont plutôt urbains (16 %) ou périurbains (17%), avec tout de même une part non négligeable d'établissements ruraux (11%).

D'un point de vue géographique, tous les départements sont représentés et ce dans le même niveau de proportion, avec toutefois une légère sur représentation du Rhône<sup>2</sup> et une nette sous représentation de l'Ardèche.

C'est sur le statut de l'établissement que l'on trouve la plus grande disparité, puisque seul 9% sont privés contre 62 % d'établissements publics et 29 % d'ESPIC, soit des établissements de santé privé d'intérêt collectif.

## **2.2 Conditions d'emploi :**

Les réponses montrent une certaine stabilité dans les conditions d'emploi puisque 93 % des répondants sont des contractuels avec un contrat CDI ou des fonctionnaires, embauchés directement par l'hôpital. Une seule personne est en CDD et 2 personnes ont un statut annexe à l'hôpital dans une relation commerciale de prestation de services (free lance ou délégation par convention).

Les 3 personnes en contrat potentiellement « précaire » sont toutes issues de formation culturelle et exercent également une activité professionnelle dans une, voire plusieurs autres structures culturelles. Par conséquent, leur temps de travail à l'hôpital ne reflète pas leur temps de travail total.

L'ancienneté dans l'établissement est très échelonnée : de plus de 30 ans à quelques mois, avec un pic entre 10 et 20 ans (32%). Le pic d'ancienneté dans le métier revendiqué<sup>3</sup> est aussi entre 10 et 20 ans mais dans une proportion plus importante (41%). Tandis que l'ancienneté dans la mission culture est plutôt de moins de 5 ans (50%). Toutefois 37 % le sont depuis 5 à 10 ans, une ancienneté qui leur a permis de prendre la mesure de la fonction.

Les parcours sont donc divers, certains ont occupé le même métier dans différentes structures alors que d'autres n'ont connu qu'un établissement avec plus ou moins d'évolution. Les reconversions restent marginales. L'activité que nous observons est plutôt assimilée à un

---

<sup>1</sup> Liste des pathologies proposées dans le questionnaire : Médecine Chirurgie Obstétrique, MCO, Soins de Suite et de Réadaptation/Rééducation (SSR), Psychiatrie, Soins longue durée (hébergement) et autres activités spécifiques

<sup>2</sup> Les établissements du Rhône sont répartis dans tout le département, avec des établissements urbains comme ruraux.

<sup>3</sup> Il s'agit en majorité des métiers de l'hôpital.

métier de la culture au même titre que les fonctions exercées dans des structures culturelles et donc éloignée des compétences présentes à l'hôpital.

Quelque soit le métier exercé, 57 % des personnes qui ont répondu au questionnaire occupent un emploi à temps plein. Toutefois les temps partiels se rapprochent d'un temps plein puisque 23 % d'entre eux sont employés à  $\frac{3}{4}$  de temps et 6 % au delà de 80% d'un temps complet. Lorsque le temps de travail à l'hôpital est modique, il s'agit de personnes multi-employeurs. Dans ce cas, nous ne disposons pas d'informations suffisantes sur leurs conditions d'emploi globales. Tous temps de travail confondu, seul 19,5 % des postes sont consacrés entièrement à la culture.

La mission culture occupe quand à elle, de quelques heures de travail (1 % d'un temps plein) à la totalité d'un temps plein.

Quant à la rémunération, les réponses ont souvent manqué de précisions et ne permettent pas de tirer des conclusions fiables. D'autant qu'une grande majorité des référents sont employés sur des postes traditionnels de l'hôpital qui constituent leur référence salariale.

Pour les postes dédiés, la rémunération s'échelonne de 22 200 à 54 000 € bruts annuels<sup>4</sup>. La moyenne des rémunérations est donc de 33 751 €, tandis qu'un échelonnement régulier au sein de la fourchette positionne la médiane à 31 380 €.

### **2.3 Les intitulés de poste :**

43 % des intitulés comportent le mot « culture », dont 27 % d'intitulés exclusivement culturels. L'identité culturelle représente donc une part non négligeable des intitulés. Toutefois, il reste 57 % de personnes en charge de la culture sans que cela soit clairement identifié dans leurs intitulés de postes.

De même, les intitulés administratifs reflètent le statut de la fonction principale occupée et n'éclairent pas le statut accordé aux postes consacrés à la culture.

Ces pourcentages s'inversent lorsqu'il s'agit de l'identité professionnelle que s'attribuent les individus puisqu'ils dénomment à 54 % leur métier comme culturel. Toutefois, 33% ne sont pas du tout à l'aise pour le nommer et utilise une périphrase.

Lorsque la fonction culturelle est associée à une autre fonction dans l'intitulé de poste officiel, celles-ci sont réparties de façon relativement uniforme puisqu'on dénombre 3 cumuls avec la fonction de communication, 2 cumuls avec la relation aux usagers, et 1 cumul avec une fonction d'éducatrice. Pour les personnes qui cumulent plus de deux fonctions, cela n'est pas traduit dans l'intitulé du poste.

Par contre, la quasi totalité des individus revendique une seule de leur fonction, une seule personne s'identifie par le cumul de 2 fonctions dans l'intitulé qu'elle utilise. Une grande majorité s'assimile au domaine culturel, sans toutefois aller jusqu'à s'attribuer un niveau de

---

<sup>4</sup> La fourchette donnée ici ne correspond pas à la rémunération réellement perçue, mais à une extrapolation de la rémunération des temps partiels pour les ramener sur la base d'un temps plein.

responsabilité en la matière et choisit un vocable neutre (chargé de, coordinateur, référent). Cela dénote un attachement à l'aspect culturel mais une difficulté d'identification à un niveau de responsabilité, voire à un niveau hiérarchique.

#### **2.4 Le statut :**

Les 18 fonctionnaires représentés sont répartis sous 11 intitulés administratifs. Cette disparité rapprochée de celle du service de rattachement confirme un manque d'identification du métier que l'on ne sait pas comment positionner. Par ailleurs, les intitulés administratifs ne font pas référence à l'aspect culturel. Cette possibilité n'est sans doute pas présente dans la nomenclature des métiers de la fonction publique hospitalière. La culture n'est pas identifiée clairement comme partie intégrante d'un service plutôt qu'un autre, ni même comme une activité de l'hôpital. De façon assez anarchique, elle relève de services aussi divers que la direction générale, une direction de pôle, la direction des soins, de service de soins, d'un service animation, de service ressources humaines, de la direction qualité, de la direction de la communication, ou encore des services financiers.

Ce constat montre que la culture n'est pas clairement identifiée dans les métiers de l'hôpital et ce malgré la fiche de poste existante dans la nomenclature de la fonction publique hospitalière. Pourtant cette fiche intitulée « responsable des affaires culturelles » a le mérite d'exister, même si sa description est assez sommaire et qu'elle rattache maladroitement le poste aux métiers de l'animation.

En admettant que les catégories A et plus de la fonction publique correspondent au statut cadre du privé, alors l'échelle de classification est sensiblement identique puisque 36 % de fonctionnaires et 39 % de salariés relevant du droit privé ont le statut cadre. Pourtant, comme nous l'avons vu, les intitulés de poste ne reflètent pas ce niveau de responsabilité puisque seuls 24 % sont dénommés sous un vocable afférent (« responsable », « chef »...), mais plutôt en lien avec leur poste principal (une seule personne en interaction avec le domaine de la culture correspond à ce cas de figure).

Toutefois, une grande majorité se déclare globalement plutôt autonome (67 %) voir totalement autonome (18 %). Dans le détail, cette autonomie concerne notamment leur organisation de travail et le choix de leurs actions. Elle est plus relative en ce qui concerne la gestion du budget puisque 40 % n'en ont pas la maîtrise et seuls 22 % en sont totalement responsables.

Nous notons donc l'absence de cohérence ou de logique collective que ce soit en terme d'intitulé de poste, de rattachement hiérarchique, de catégorie, de service, ou encore de niveau d'autonomie. Certains établissements ont identifié un service culture au même titre qu'un service de soins. Le poste en lien avec la culture n'a pas de place standardisée dans l'organisation. Il est rattaché à un service souvent en lien avec les autres missions de l'individu, et par conséquent, personne ne semble directement accompagner ceux-ci dans l'exercice de leur fonction culturelle. Le regard porté sur cette partie de leur activité est relatif voir distancé. De fait, peu d'entre eux revendique la responsabilité de la mission. Ce flou est corroboré par l'absence généralisée de fiches de poste concernant la mission culture. En effet, seuls 50 % des répondants en disposent, contre 84 % pour les autres missions.

## **2.5** *Le temps consacré à la mission culture :*

Malgré une forte disparité, le temps de travail globalement accordé à la mission est particulièrement bas (deux contrats de travail prévoient moins d'1 %). 34 % des répondants déclarent consacrer moins de 25 % d'un temps plein à la mission. Par ailleurs, plusieurs contrats ne prévoient pas de temps de travail identifié, notamment sur les postes où peu de temps est octroyé à la mission culturelle.

On ne constate aucun lien entre le temps dédié à la culture et la taille de l'établissement. En effet, les établissements employant des temps pleins sur la fonction recensent entre 400 et 1 500 lits et places, alors que les établissements représentés peuvent aller jusqu'à 5 000 lits et places. Il faut toutefois relativiser ce constat car certains établissements confient la mission culture à plusieurs personnes. Pour ces situations, le questionnaire a rencontré ici une de ses limites, puisqu'il ne permet pas de quantifier alors le temps de travail total dévolu à la mission.

Nous pouvons toutefois relever un écart entre le temps théorique et le temps réel, plus important pour 6 personnes dont 3 qui déclarent y consacrer plus de temps que leur temps de travail total. Cet état de fait est confirmé voir amplifié par les entretiens puisque toutes les personnes rencontrées déclarent s'investir au-delà de leur temps de travail, mobilisant même parfois leur sphère privée et familiale. Une seule personne déclare y consacrer moins de temps que celui prescrit. Le temps de travail réel déclaré court de 6 heures par mois à 150% d'un plein temps.

Il semblerait qu'une large majorité de temps soit consacré aux actions aidées par le dispositif Culture et Santé, voire la totalité. Peu d'établissements développent d'autres actions. Cette disparité de temps illustre la vision de l'hôpital et la place accordée par ce dernier à la culture, allant d'actions ponctuelles à une programmation annuelle dense.

## **2.6** *La mission :*

Un certain flou semble entretenu autour de la mission et l'absence de fiche de poste y contribue. Alors que 84 % des répondants multifonctions ont une fiche de poste sur les métiers identifiés comme purement hospitaliers, seuls 50 % des individus ont une fiche sur leur fonction culturelle et on tombe à 37 % pour les postes dédiés. De même, les objectifs de la mission sont rarement exprimés voire parfois auto administrés. Ainsi les caractéristiques de la mission ne semblent pas clairement définies, ce qui est source d'un sentiment de malaise tant de la part de l'institution que de la part des individus.

Toutefois, le contenu du poste est commun à tous, en complète déconnexion avec le temps de travail. Construire une action isolée ou une programmation requiert des tâches communes. Ce faisceau de tâches constitue donc un cœur de métier.

Voici les actions recensées par tous les référents par ordre décroissant de temps passé : (cet ordre n'a pas de lien avec l'importance stratégique des tâches)

- Mise en œuvre opérationnelle du projet (suivi des artistes, mobilisation interne, accompagnement des patients, animation de la commission culture, logistique...);
- Gestion du projet (de la conception à la supervision du projet);
- Administratif;

- Communication ;
- Recherche de partenariats et relation avec les partenaires culturels ;
- Elaboration et suivi du budget ;
- Relation avec les acteurs institutionnels et le réseau Culture et Santé ;

Certaines personnes assurent aussi d'autres tâches comme la recherche de financement. Cette activité est décrite comme chronophage pour avoir été citée 8 fois comme la tâche, qui occupe le plus de temps. Plus marginalement, certaines tâches du cœur de métier peuvent ne pas être assurées par la personne en poste comme : la gestion du projet culturel, la recherche de partenaires, l'élaboration et le suivi du budget. De plus, même si un travail de mobilisation interne est assuré par tous, il peut se décliner à des niveaux très différents : de la simple information à une démarche d'implication et de sensibilisation quasi quotidienne des personnels de l'hôpital.

En sus du cœur de métier, il faut aussi ajouter pour certains individus, l'animation du réseau ou le management avec l'accueil par exemple de stagiaires voire la gestion d'une équipe, mais aussi la représentation de l'établissement dans le monde de la culture notamment.

## **2.7 Les compétences et capacités :**

### **2.7.1 Le profil des personnes en poste :**

Le référent type est une femme de + de 50 ans avec un niveau d'étude à BAC + 4/5 dans un domaine autre que celui culturel et avec une expérience dans son domaine de formation. Elle occupe un poste d'animation ou de communication, plus marginalement un poste de cadre ou administratif. Elle est dans l'établissement depuis 10 à 20 ans et n'a pas vécu de reconversion professionnelle. Elle a choisi la mission culture pour son aspect culturel soit en lien avec sa propre conception de la culture, soit par passion personnelle, mais aussi pour enrichir le domaine des soins par des éléments périphériques.

Plus généralement, une part importante des personnes en poste est formée à la culture (25%) et/ou a déjà exercé dans ce domaine (30%).

Elles prennent en charge cette fonction essentiellement du fait de son lien avec la culture, et aussi de la conception de l'hôpital et du soin que cela leur permet de défendre ou d'exprimer. Cela peut aussi répondre à un besoin d'autonomie, une volonté de diversifier leur activité ou encore à une suite logique de leur parcours. Mais aucune ne semble faire ce choix pour des perspectives de carrières et de salaire. Il est à noter que 4 % ont répondu à une obligation et que 7 % ont saisi une opportunité. D'ailleurs, 31 % d'entre elles ne se projettent pas dans l'avenir. Tandis qu'une même proportion souhaite elle développer la mission culturelle dans leur établissement. De façon marginale, certaines aimeraient vraiment investir les métiers de la culture.

D'après les répondants, leurs motivations premières pour mener à bien leur mission sont : l'intérêt qu'ils portent aux patients et leur implication dans la mission, viennent ensuite leur capacité à fédérer et leur intérêt pour la culture puis leur intérêt pour l'hôpital arrive en dernière position.

### **2.7.2 Les attendus**

L'ensemble des chefs d'établissement semblent s'accorder sur leurs attentes envers les personnes à qui ils confient le poste : une certaine autonomie, de l'ouverture et une indépendance d'esprit ainsi qu'une double compétence : relationnelle et en matière de gestion de projet.

La nécessité de posséder des connaissances culturelles fait elle débat. Une appétence pour le domaine est le plus petit dénominateur commun. Mais certains chefs d'établissements comme les individus en poste prônent, bien au-delà de simples connaissances, l'appartenance aux réseaux culturels locaux. D'ailleurs, avec le recul, tous les établissements qui ont fait ce choix en sont devenus de fervents défenseurs. En parallèle, les individus non formés à la culture se disent en difficulté pour mener à bien leur mission.

71% des personnes en poste disent avoir besoin de formation, dans des domaines très divers ; parmi les plus cités nous notons :

- la communication,
- le budget,
- le secteur de la culture (vocabulaire, codes)
- le rôle du référent,
- les questions juridiques (relation avec les organismes officiels SACD, SACEM, et le fonctionnement des cachets),
- la bureautique avec graphisme, élaboration de document de communication,
- le travail de réseau (mobiliser/fédérer en interne),
- le montage du projet et l'évaluation des actions culturelles,
- l'organisation du temps.

Certains répondants se disent empêchés de suivre une formation par le manque de temps dont ils souffrent au quotidien dans l'exercice de leur activité ; pour quelques uns, prendre du temps pour se former ne serait pas légitime au regard du peu de temps accordé à cette mission. D'autres souhaiteraient plutôt un accompagnement personnalisé, une présence locale des institutions de tutelle ou encore des temps d'échanges de pratiques animés par une personne ressource.

### **2.8 Les projets :**

La grande majorité des projets est impulsée dans une logique artistique, même si celle-ci peut être partagée avec une logique sociétale essentiellement. Toutefois, tous les acteurs pensent qu'elle influe aussi sur d'autres dimensions de l'institution comme la communication et le commercial. La vocation première de la démarche se voulant philanthropique, cet aspect pragmatique est plutôt évoqué comme un tabou.

Pourtant les mots « projet », « action », « intervention », « partenariat » ou « culture » ne semblent pas avoir la même signification pour tous. Cela peut parfois créer de l'incompréhension mais aussi entretenir un certain flou qui constitue des marges de manœuvre pour chacun. Le nombre d'interventions varie au regard du temps passé sur la mission ; d'une intervention de quelques heures dans l'année à une programmation artistique comparable à une structure culturelle de création et/ou de diffusion.

Les personnes en poste mettent en avant trois éléments indispensables pour mener des actions culturelles : des moyens financiers, la collaboration des soignants et l'implication de la direction.

## **2.9 La commission culture :**

70% des établissements sont organisés avec une commission culture, qui ne porte pas toujours ce nom-là<sup>5</sup>. Elles sont composées de soignants, médecins, membres de la direction pour une grande part, parfois avec la participation de partenaires culturels voir d'acteurs culturels locaux. Il est à noter une représentation des usagers dans quelques commissions.

Malgré les disparités de fonctionnement, les missions principales de ces commissions sont similaires quelques soient les établissements : validation du projet culturel, relais interne de la politique menée. Quelques-unes vont même jusqu'à participer à la mise en œuvre.

## **2.10 La reconnaissance du métier à travers les relations avec les autres acteurs :**

### **2.10.1 Avec les personnels de l'hôpital :**

Dans leur mission, les personnes en poste se sentent plutôt :

- reconnues par leur responsable hiérarchique et la direction puis les partenaires
- soutenues par le personnel soignant,
- accompagnées par le personnel technique,
- et plutôt isolées du personnel administratif, même si ce sentiment d'isolement est ressenti bien plus largement.

Les marques de reconnaissance importantes à leurs yeux peuvent être regroupées en 5 catégories :

- Les marques d'intérêt porté au projet : que ce soit en interne comme en externe, les propositions de projet par les équipes et leur sollicitation par des collègues pour des conseils culturels ;
- La place de la démarche : visibilité et communication autour de celle-ci, positionnement de la politique culturelle comme facteur de contribution d'un hôpital lieu de vie et pas uniquement de soins ;
- Le niveau de participation : public nombreux (en interne et externe), présence de la direction ;
- Le niveau des soutiens financiers acquis : obtention de la subvention Culture et Santé, accords internes de financement ;
- Leur propre positionnement dans l'établissement.

Cette dernière catégorie est très largement la plus énoncée par les porteurs de projets, et sur laquelle reposent nombres de leurs attentes. Celles-ci regroupent : l'inscription de leur activité dans une fiche de poste, un intitulé représentatif de leur niveau de responsabilité, la légitimité pour participer aux réunions des cadres, un statut et un positionnement hiérarchique en

---

<sup>5</sup> La commission peut porter d'autres dénominations comme : comité de pilotage ou commission informelle voir groupe sans plus de précisions. De même, les réunions d'équipe peuvent aussi parfois faire office de commission.



adéquation avec leur réalité, la reconnaissance de leur qualification, la confiance et la présence de la direction, une juste rémunération de leur travail, mais surtout un temps suffisant pour mener à bien la mission.

### **2.10.2 Entre pairs :**

Le réseau entre porteurs de projets est très actif puisque 40% d'entre eux communiquent à l'échelle régionale et 51% à l'échelle locale. Globalement, ces contacts se font essentiellement dans le cadre des rencontres initiées par Interstices ou dans le cadre de l'animation du dispositif, mais aussi par mail. Ce dernier vecteur est d'ailleurs le plus utilisé à l'échelle nationale car les rencontres restent marginales.

Les échanges entre eux s'appuient sur la structuration du réseau d'animation du dispositif avec les comités locaux et la commission régionale qui permettent de créer des liens plus ou moins formels, entre les individus en charge de la culture. Les comités locaux représentent une aide opérationnelle tandis que la commission régionale endosse un double rôle en l'absence de cadrage de la fonction au sein de chaque établissement. Au delà de sa vocation de validation des projets, elle fait office de validation entre pairs (à l'instar des différents ordres de certaines professions comme les médecins ou les avocats) et donc de reconnaissance du travail réalisé par une instance suprême.

## **3 Analyse :**

Il s'agit ici de recenser les différents aspects du métier, qu'ils soient clairement définis ou non afin de poser une base de réflexion et d'aider les adhérents d'Interstices à définir l'identité qu'ils souhaitent pour ce métier.

*Aspects remarquables :*

- Fort investissement des individus ;
- Soutien politique ;
- Structuration du réseau (les comités locaux, la commission régionale, InterSTICES) ;
- Solidarité et entraide entre les porteurs de projets ;
- Institutionnalisation du poste de « responsable des affaires culturelles » dans la nomenclature des métiers de la fonction publique hospitalière ;
- Poste très complet et complexe ;
- Richesse des multiples interactions internes et externes ;
- Autonomie
- Richesse du positionnement à la croisée de deux secteurs professionnels, et donc de deux cultures.

*Aspects ambigus ou problématiques :*

- Fragilité des financements ;
- Personnification de la mission fragilisant une structuration pérenne (la mission repose sur des individus : le chef d'établissement comme la personne en poste) ;
- Multiples confusions dans les conditions d'emploi (niveau de responsabilité, intitulé, statut, ligne hiérarchique...) ;
- Scepticisme des chefs d'établissement sur la plus-value d'un poste dédié ;
- Porosité entre vie privée et vie professionnelle ;
- Insuffisance du nombre de postes, et/ou du temps dédié pour asseoir une identité collective ;
- Manque de revendications des personnes en poste, voir d'identification au métier ;
- Manque de visibilité de l'ensemble de la démarche
- Manque de visibilité sur les possibilités d'évolution de carrières ;
- Absence d'identification à un secteur professionnel et donc une place autant dans le monde de la culture que celui de l'hôpital ;
- Absence d'un cadre collectif clair d'identification de la fonction avec un statut et une rémunération.

*Conditions à remplir pour professionnaliser la fonction :*

- Identification dans le réseau culturel local du référent et/ou de l'établissement ;
- Formation dans le domaine de la culture (montage d'actions culturelles idéalement) ou expérience significative ;
- Reconnaissance interne de l'ensemble de la démarche ;
- Poste identifié avec un statut normalisé ;
- Des temps suffisants pour l'exercice de la mission, pour l'implication des soignants et personnels de l'hôpital ;
- Pérennisation de la mission par des créations de poste.

*Suggestions de réflexions à mener :*

- Identifier la volonté ou non de faire émerger un métier spécifique ;
- Préciser le rôle de chaque acteur et ses marges de manœuvre ;
- Préciser la stratégie des financeurs sur la finalité du dispositif (incitation ou pérennisation), et le cas échéant repenser les 2 types de subventions en ce sens mais aussi comme une forme de reconnaissance du travail accompli ;
- Faire adhérer les chefs d'établissement et les accompagner ;
- Préciser le contour du métier pour une meilleure identification avec éventuellement une segmentation pour distinguer le métier du simple relais ;
- Travailler collectivement à la définition et la dénomination du métier ;
- Travailler à la pérennité et au développement des moyens (recherche de financements privés et publics, européens), notamment avec une réflexion sur le financement des postes ;
- Identifier des métiers similaires ou adjacents pour appréhender des évolutions possibles, ex : responsable du service culturel municipal ;
- Rendre la démarche et/ou le poste obligatoire ;
- Créer un vocabulaire partagé.

#### 4 Conclusion :

Le premier constat marquant de cette étude se positionne sur la dichotomie entre l'ambition des projets et les moyens, qui leurs sont réellement alloués. En effet, le dispositif intervient tant financièrement que structurellement parlant sur les projets qu'il est amené à cofinancer avec une approche essentiellement basée sur des interventions artistiques. Par contre, personne ne semble se sentir suffisamment légitime pour porter la démarche dans son intégralité y compris pour susciter la mise en place d'équipes pour l'animer au sein des établissements. Il semblerait que tout repose sur l'individu, qui doit toujours en faire plus pour justifier lui-même l'existence de son poste.

Toutes les personnes en poste exercent le même métier dans son contenu opérationnel, mais leur identité reste elle à construire, notamment par un truchement collectif. Alors qu'il y a une homogénéité des tâches, l'hétérogénéité des conditions d'emploi (intitulé du poste, catégorie, statut, service, temps, autonomie) génère de multiples confusions, opacifiant ainsi la lisibilité de la fonction. Par ailleurs, deux segments se dessinent : dans un rôle de « relais » de la démarche ou de « spécialiste ». Le groupe des « relais » rassemble des individus de toutes fonctions et de tous métiers, identifiés comme contacts rendant possible des interventions culturelles à l'hôpital. Les « spécialistes » quant à eux forment un groupe d'individus initiés aux métiers de la culture en charge d'organiser et de coordonner un rapprochement culture/hôpital.

Par ailleurs, les différents aspects de la démarche illustrent une interpénétration entre le poste culturel quel que soit son identité, et la légitimité de la culture à l'hôpital induisant une certaine interdépendance. La mission n'a de sens que si elle s'inscrit dans un ensemble plus large lui-même porteur de sens. Ainsi, au delà d'une question de reconnaissance des individus, leur légitimité reste à construire à travers la structure du lien social, qui unie l'ensemble des acteurs du processus de part leur vertus sociales et mobilisatrices.

Enfin, du fait de la marginalité du nombre de postes existants à l'échelle de la région, une reconnaissance en tant que profession relève d'un idéal.

Il serait intéressant d'observer dans quelques années, l'évolution de la fonction dans le temps en réutilisant les outils construits à l'occasion de cette étude, comme de s'intéresser à une échelle plus large en menant une étude inter-régionale voire nationale.