

Université Lumière Lyon 2
Faculté d'Anthropologie, de Sociologie et
de Science Politique

**L'activité de référent culturel à l'hôpital
ou « la construction de l'identité d'une
profession-fantasme en Rhône-Alpes »**

*Une étude empirique auprès des référents culturels en milieu
hospitalier*

Mémoire de master 2 « Sociologie et Développement des Organisations »

Présenté par Valérie Véricel

Sous la direction de Bruno Milly

Responsable de stage : Séverine Legrand

Année universitaire 2013/2014

Remerciements

La réalisation de ce mémoire a été possible grâce au concours de plusieurs personnes à qui je voudrais témoigner toute ma reconnaissance. En premier lieu, je remercie Bruno Milly pour sa disponibilité, sa zénitude et ses encouragements. Je voudrais aussi exprimer ma reconnaissance envers Séverine Legrand pour m'avoir fait confiance et m'avoir laissé la liberté nécessaire à l'accomplissement de mes travaux, tout en gardant un œil critique et avisé. J'exprime ma gratitude à tous les professionnels rencontrés qui ont accepté de répondre à mes interrogations malgré leur emploi du temps parfois surchargés. Mes remerciements vont également à mes relecteurs notamment pour leurs veillées de corrections et à Laurent Suchel pour ses dessins.

Et enfin, une note spéciale, à destination des initiés, pour le grigri un peu kitsch qui m'a fait me contorsionner tout au long de mes six mois de stage, j'ai bien nommé mon confetti.

Table des matières

Remerciements.....	ii
Table des matières.....	iii
Sigles & Abréviations.....	vii
I. Introduction.....	1
II. Eléments de cadrage de la recherche.....	4
II.1 Les contextes	4
II.1.1 Le cadre législatif.....	4
II.1.2 Le dispositif	6
II.1.3 Structuration du réseau	7
II.1.3.1 Les comités locaux	7
II.1.3.2 La commission régionale.....	8
II.1.3.3 L'association.....	8
II.2 Les fondements théoriques	10
II.3 La problématique	12
II.3.1 Les contours de la fonction de référent culturel	12
II.3.2 La commande d'InterSTICES :	13

II.4	Constatations préliminaires	14
II.4.1	Les profils	15
II.4.2	Les particularités et convergences	16
II.4.3	Analyse sémantique de l'intitulé de poste	17
II.5	Méthodologie	19
II.5.1	Démarche explicative : le questionnaire	21
II.5.2	Démarche compréhensive : les entretiens	22
II.5.3	Les limites de l'étude	24
III.	L'émergence d'une identité professionnelle.....	26
III.1	Portrait des référents	26
III.1.1	Trombinoscope : Polymorphie et convergence du référent	26
III.1.2	L'activité, le <i>faisceau de tâches</i>	28
III.1.3	Les savoirs, les compétences	30
<i>III.1.4</i>	L'activité de référent à l'aune de la <i>profession pure</i>	34
III.1.5	La configuration spatiale comme révélatrice de la place conférée	35
III.1.6	Tiraillement et espace de compromis	36
III.1.6.1	Vision des référents	37
III.1.6.2	Vision des financeurs du dispositif	41
III.1.6.3	Vision des chefs d'établissement	44

III.1.6.4	L'intersection marginale.....	48
III.2	Le groupe professionnel des référents culturels à l'hôpital.....	49
III.2.1	Les trajectoires biographiques des référents.....	49
III.2.2	Travail concret à la marge	51
III.2.3	L'existence du référent : du recrutement à l'appréciation	54
III.2.4	Lien stratégie/compétences/évolution.....	58
III.2.5	Statut	60
III.2.5.1	Intrus partout mais espéré par tous.....	60
III.2.5.2	Le statut que confère l'autonomie ou l'autonomie conférée par le statut ?	62
III.3	L'identité collective et ses segments.....	63
III.4	Interactions	66
III.4.1	Le référent et l'ordre négocié.....	66
III.4.2	Le référent et les acteurs de l'hôpital	68
III.4.3	Le référent et les partenaires.....	71
III.5	De la culture à l'hôpital à la culture de l'hôpital.....	72
IV.	Conclusion.....	75
	Bibliographie.....	82
	Webographie.....	84

Sigles & Abréviations

ARH _____ Agence Régionale de l'Hospitalisation

ARS _____ Agence Régionale de Santé

CA _____ Conseil d'Administration

CLIDAC _____ Comité National de Liaison des Directeurs des Affaires Culturelles

CME _____ Commission Médicale d'Etablissement

CPOM _____ Contrat Pluriannuel d'Objectif et de Moyens

CR _____ Conseil Régional (Rhône-Alpes)

DAC _____ Directeur des Affaires Culturelles

DRAC _____ Direction Régionale des Affaires Culturelles (DRAC)

FNADAC _____ Fédération Nationale des Associations des Directeurs des Affaires Culturelles

GIE _____ Groupement d'intérêt économique

Hi-Culture _____ Hôpital Innovation Culture

HPST _____ Hôpital Patients Santé et Territoires

InterSTICES _____ Inter Structure Territoriale Innovation Culture et Santé en Rhône-Alpes

ROME _____ Répertoire Opérationnel des Métiers et des Emplois

SROS _____ Schéma Régional d'Organisation des Soins

SROS-PRS _____ Schéma Régional d'Organisation des Soins – Projet Régional de Santé

I. Introduction

Le dispositif « Culture et Santé » s'est lancé un véritable défi et avec lui, les acteurs des secteurs de la santé et de la culture. Il prend racine dans la volonté politique de renforcer si ce n'est d'introduire, la culture et ses pratiques au cœur même des établissements de santé et s'appuie sur l'idée princeps que la rencontre de ces deux mondes aura nécessairement des répercussions positives. Il est raisonnable de penser que cette rencontre programmée engendre bien plus, à travers les interactions suscitées, au vu du nombre d'acteurs impliqués et, de la richesse des milieux considérés.

Plusieurs travaux de recherche ont déjà été menés sur le dispositif en région Rhône-Alpes. Le premier s'interrogeait sur les effets des projets artistiques et culturels dans les espaces de santé et le second sur l'adéquation entre le dispositif opérationnel mis en place et le programme. La question du positionnement et du rôle des acteurs, dont les responsables culturels hospitaliers, a ainsi été abordée de fait dès 2004.

Dans *Les petites liaisons culture-hôpital, variation sur le vital* (2004), Gilles Herreros souligne divers enjeux du dispositif. L'enjeu du rapprochement entre le "monde de la culture" et le "monde hospitalier" qu'il qualifie d'apporteur de "trouble", l'enjeu aussi de l'institutionnalisation du dispositif « Culture à l'hôpital » pour sa pérennisation. C'est aussi un premier regard sur les métiers afférents au dispositif. En effet, le dispositif prévoit, entre autres, la présence de référents culturels au sein des établissements de soin sans pour autant préciser leur statut professionnel. Dans son étude, Gilles Herreros met en évidence la distorsion entre les profils des personnes assumant les fonctions de référents et les missions qui leur sont confiées. La profession se structure par la pratique.

Culture-hôpital, de l'expérimentation à l'institutionnalisation par Gilles Herreros et Bruno Milly en 2009 traite de l'évolution du dispositif tant sur un plan institutionnel qu'opérationnel. Dans cette étude, les auteurs abordent de nouveau le rôle des acteurs et soulignent la position centrale des responsables culturels ainsi que le rôle décisif des directeurs pour la bonne marche des projets culture. Ils pointent également le flou qui règne autour des postes de référent qu'ils qualifient "d'hybrides" laissant entrevoir la professionnalisation comme un indispensable moyen pour mener à bien les projets culturels à l'hôpital.

Dans la continuité de ces réflexions, les acteurs en charge de l'animation du dispositif s'intéressent maintenant à la dimension opérationnelle que représente la mission des référents culturels. En effet, si les études précédemment citées ont permis de se questionner sur différentes problématiques, beaucoup d'autres restent en suspens parmi lesquelles celle des profils et de la situation des référents en établissements sanitaires. Ceux-ci disent souffrir d'un manque de reconnaissance et de légitimité de leur fonction. Constamment pris dans des jeux d'interaction avec les différents acteurs du processus, ils ne savent pas se positionner et restent en quête d'une identité professionnelle et sociale.

La commande d'InterSTICES se place sous un angle autant sociologique que de gestion de ressources humaines avec la mise en place d'outils à destination des adhérents de l'association. Il s'agit de faire un état des lieux pour apporter une vision globale des situations existantes à travers une vision sociologique et ainsi fournir une grille d'analyse afin de cerner le statut, le contour et l'ampleur des missions des référents culturels. Cette problématique doit par ailleurs être mise en regard avec celle plus globale du partenariat pour penser cette place singulière des référents culturels au croisement de multiples logiques d'acteurs. Une enquête a donc été menée auprès des référents des établissements de santé régionaux, de leurs directions et des financeurs du dispositif afin d'établir un panorama des profils, des situations salariales, des compétences et des savoir-faire.

Cette étude a été conduite à l'occasion d'un stage de six mois en alternance au sein de l'association InterSTICES, du 12 février au 31 juillet 2014, dans le cadre d'une formation de Master 2 Sociologie et Développement des Organisations à l'université Lyon 2 sous la responsabilité de Gilles Herreros. Ce stage s'est déroulé sous la double tutelle de Séverine Legrand en qualité de directrice d'InterSTICES, et de Bruno Milly en tant que responsable de mémoire.

La présente étude a ainsi pour ambition de repérer les différents contours du groupe professionnels des référents culturels en milieu hospitalier, et dans une logique « opérationnelle » de dégager des pistes d'action pour favoriser sa reconnaissance.

A la lumière des éclairages recueillis, J'ai compris, en avril que la difficulté n'était pas tant d'identifier la mission des référents en elle-même que leur place et leur rôle au sein de l'institution et plus particulièrement la vision qu'en ont les différents acteurs en interaction dans ce système. La mission et les compétences sont déjà identifiées et connues de tous les acteurs, mais ces derniers semblent n'appartenir à aucun monde. D'ailleurs, dans son étude,

G. Herreros les qualifiait d'"hybride" [Herreros, G., 2004]. Ce sont en effet des "ovnis", tant dans l'environnement hospitalier que dans celui de la culture, dans lequel ils sont diversement reconnus selon avec leur profil et leur parcours personnel. Ils sont dans un monde parallèle, flottant comme un ballon de baudruche au gré des impulsions émanant des deux mondes et de leurs propres penchants. D'ailleurs, la fiche de poste intégrée à la grille indiciaire de la fonction publique hospitalière est sommaire, peu précise et fixe de manière très large le contour de la mission.

A partir de ces premiers éléments d'analyse, j'aborderai dans un premier temps des éléments de cadrage de la recherche : le contexte et les fondements de la démarche, pour tracer ensuite un portrait de la fonction et évoquer enfin l'identité du référent à travers ses dimensions individuelles et collectives. Les différentes caractéristiques établies pour définir la portée d'une profession ou d'un groupe professionnel seront abordées tout au long du document sur la base d'une lecture inspirée de la sociologie des professions. Par conséquent, l'analyse des éléments de construction de la profession se veut autant objective que subjective sur la base de l'autonomie et de la légitimité accordée, ou encore de leur *mandat* et de leur *licence* tels que défini par Hughes. L'étude de leurs parcours, leurs pratiques et leurs rôles dans l'institution permet d'identifier les différents *segments* de la profession. Nous verrons comment la pluralité des revenus, des contextes d'exercice et des mandats attribués à la fonction détermine le positionnement dans l'ordre social et l'accomplissement de soi.

II. Eléments de cadrage de la recherche

II.1 Les contextes

II.1.1 Le cadre législatif

Du point de vue de l'historique du poste et de l'émergence de ses différents intitulés, tout semble commencer en mai 1999 par la signature d'une convention nationale entre le ministère de la Culture et de la Communication et le Secrétariat d'Etat à la Santé qui institue une fonction de « responsable culturel dans les hôpitaux » en France. Cette convention définit un programme national « Culture à l'hôpital » (qui deviendra « Culture et Santé ») dont l'objectif est d'inciter acteurs culturels et responsables d'établissement de santé à construire ensemble une politique culturelle inscrite dans le projet d'établissement de chaque hôpital. Cette volonté politique est la concrétisation d'une longue tradition de collaboration entre hôpital et culture en France

Après la convention nationale, il faudra attendre dix ans pour que cette incitation soit énoncée dans la loi « Hôpital Patients Santé et Territoires » (HPST) qui demande à chaque établissement d'inclure un volet culturel dans son Contrat Pluriannuel d'Objectif et de Moyens (CPOM) sans pour autant l'encadrer. Aucun document d'accompagnement à l'application de la loi (plaquette ou fiche pédagogique) n'y fait référence. La fonction de responsable culturel n'apparaît plus. La nouvelle convention de 2010, quant à elle, réaffirme la nécessité du développement culturel dans les hôpitaux et le souhait de l'élargir au secteur médico-social.

Au plan régional, l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) - devenue depuis l'Agence Régionale de Santé (ARS) - et la Direction Régionale des Affaires Culturelles (DRAC) ont décliné ce programme dès 2000. Quatre conventions régionales se sont succédées de 2002 à 2015. Celle de 2006 a marqué l'engagement du Conseil Régional (CR) Rhône-Alpes qui s'est joint au duo ARS-DRAC. Seule la convention de 2002 nomme explicitement le responsable culturel hospitalier, mais elle le positionne comme animateur de l'organe de pilotage régional.

Ce rôle sera plus tard tenu par le GIE¹ Hi-Culture. Les autres conventions ne le nomment pas, il est assimilé à la catégorie d'acteurs des porteurs de projets.

L'ère d'HI-Culture a permis de passer d'une logique d'expérimentation à une logique d'institutionnalisation du dispositif en intégrant la dimension culturelle au Schéma régional d'organisation des soins² (SROS ; remplacé en 2011 par le SROS-PRS). Dans son préambule, le SROS 2006 fait apparaître la nouvelle dénomination « *réfèrent culturel* » sans en préciser la fonction ni le lien avec la dénomination de « *responsable culturel* ». Toutefois, il officialise la nécessité d'identification d'un référent culturel dans les établissements hospitaliers.

Dans son volet intitulé « *Développement du lien entre culture et santé* », le SROS-PRS 2012 aborde la professionnalisation des porteurs de projets et recense les diverses appellations du poste :

« Il paraît nécessaire de poursuivre la professionnalisation des porteurs de projets et la sensibilisation des professionnels des deux secteurs, de structurer davantage encore des relais territoriaux et de développer des outils de communication et de transversalité. (...) L'identification et la reconnaissance de porteurs de projets culturels (responsables culturels hospitaliers, attachés culturels, délégués aux affaires culturelles, chargés de mission culture dans les établissements de santé ; responsables du service des publics, chargés de développement, médiateurs dans les structures culturelles...) »

Si l'on observe l'évolution des dénominations à travers le dispositif de 2002 à 2005, le dossier de réponse de l'appel à projet devait comprendre le curriculum vitae du responsable culturel hospitalier. L'année 2006 marque un tournant avec la distinction de deux types de

¹ GIE : Groupement d'Intérêt Economique.

² Les schémas régionaux d'organisation des soins ont pour but d'évaluer les besoins de santé, l'offre de soins et la détermination des orientations stratégiques de la région en matière de santé dans le but de réduire les inégalités d'accès aux soins et d'améliorer l'état de santé de la population ainsi que l'efficacité du système de santé, tant au niveau des établissements de santé (organisation de la permanence des soins, réorganisation des missions de service public) qu'à celui de l'offre ambulatoire (renforcement du premier recours). Site consulté le : 08.07.14 <http://www.ecosante.fr/DEPAFRA/161.html>

subventions, annuelle et contractuelle, et donc deux dossiers distincts. Le responsable culturel hospitalier disparaît au profit du référent culturel. Seule une demande de coordonnées du responsable culturel ou du référent culturel, voire du correspondant culturel subsiste en fin de document. La formulation des deux appels diverge, l'un met en avant une priorité d'attribution de subvention lorsque l'établissement s'est doté d'un référent³, alors que l'autre ne formule qu'une recommandation⁴ là où nous aurions pu nous attendre à une disposition plus contraignante.

De fait, la dénomination "réfèrent culturel" s'impose au niveau régional. Dans les textes, ce terme ne désignait pas un poste dédié à la culture mais un contact entre l'hôpital et les financeurs du programme. Cette nouvelle fonction, dans laquelle vont s'engouffrer les différents responsables hospitaliers, vient perturber la visibilité de la mission. Les financeurs, pensant l'exigence d'un poste dédié non acceptable pour les établissements s'en tiennent à une consigne d'identification de contact pour faciliter l'octroi des subventions.

Un dernier document apporte aussi de la confusion : la fiche métier. Celle qui existe dans le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière est assez générique, mais elle reflète bien l'activité. Cependant, il ne s'agit pas de la fiche métier du poste de référent culturel mais celle du responsable des affaires culturelles qui rattache ce dernier au code ROME de l'animation. Cette fiche ne semble pas connue des acteurs et les établissements ne s'y réfèrent pas.

II.1.2 Le dispositif

Initialement intitulé « Culture à l'hôpital », le dispositif a évolué progressivement vers sa dénomination actuelle, « Culture et Santé ». Il repose sur un engagement de l'ARS, de la

³ « Considérant que la conduite de projets culturels implique de mobiliser un éventail de compétences spécifiques et une grande disponibilité, les établissements dotés d'un référent culturel identifié seront privilégiés. » (Extrait du dossier de candidature de l'appel à projet annuel de 2006 à 2014).

⁴ « La nomination par l'hôpital d'un référent culturel identifié, appuyé ou non par une équipe ou un collectif, est une condition de réussite indispensable dans le contexte d'une politique pérenne, car la conduite de projets culturels implique de mobiliser un éventail de compétences spécifiques et une grande disponibilité. » (Extrait du dossier de candidature de l'appel à projet contractuel de 2006 à 2014)

DRAC et du CR Rhône-Alpes, inscrit dans leurs politiques respectives. Il ambitionne de prendre en compte toutes les dimensions de la personne en développant des actions culturelles au sein des établissements de santé. C'est une politique commune d'accès à la culture pour tous les publics par la pratique culturelle et la présentation d'œuvres.

Ainsi, peut-on lire dans la convention nationale de 2010 :

« Une vie culturelle réduit l'isolement du malade et respecte la dimension existentielle de la personne. La culture, vecteur de valorisation personnelle, professionnelle et sociale, est considérée comme une contribution à la politique de santé qui accorde une nouvelle place à l'usager. De même une action culturelle au sein des établissements de santé contribue à la qualité des relations professionnelles et améliore l'inscription des établissements dans la cité. »

La démarche est basée sur la mise en place de partenariats entre un établissement de santé, une structure culturelle et une équipe artistique, qui collaborent pour construire des projets relevant de l'ensemble des domaines artistiques, du patrimoine et des sciences sociales. Ces actions ne s'inscrivent ni dans le secteur de l'animation ni dans le champ de l'art-thérapie, prérogatives de l'hôpital. Ce sont de véritables projets artistiques et culturels, faisant intervenir des artistes professionnels.

Pour leur gestion, les acteurs du programme se sont organisés en réseaux autour de comités locaux et d'une commission régionale.

II.1.3 Structuration du réseau

II.1.3.1 Les comités locaux

Collectifs d'échanges, de réflexion et de production à l'échelon départemental du dispositif, les comités locaux réunissent quatre à cinq fois par an l'ensemble des acteurs impliqués ou intéressés par des projets culturels dans le champ de la santé à l'échelle du département ou de deux départements.

Chaque conseil local s'ordonne autour de deux animateurs dont les établissements sont impliqués de manière exemplaire dans le programme régional au titre, soit de la culture, soit de l'hôpital. Ces référents ont pour mission, outre l'animation du comité, de favoriser la mise en relation des acteurs territoriaux concernés par la démarche et de suivre les actions au sein des établissements dudit territoire.

Au travers de leurs animateurs, les comités locaux se positionnent donc comme des courroies de transmission entre l'échelon régional et l'échelon local en facilitant la mise en place d'un réseau et en apportant un accompagnement méthodologique aux nouvelles initiatives.

II.1.3.2 La commission régionale

Présidée par les représentants de l'ARS, de la DRAC et du CR, animée par InterSTICES en tant que structure mandatée pour coordonner et animer le programme régional, elle est l'échelon régional de réflexion et de pilotage de la démarche. Elle a pour mission :

- d'accompagner l'ensemble de la démarche,
- de participer à la réflexion générale d'amélioration du dispositif,
- de faire circuler les informations entre l'échelon régional et l'échelon départemental,
- de contribuer à la sensibilisation sur le dispositif,
- de donner un avis de conformité ou de non-conformité sur les dossiers de candidature répondant à l'appel à projets annuel (les décisions d'attribution de subventions, toutefois, relèvent entièrement des institutions signataires de la convention.).

Elle est composée pour la durée de chaque convention :

- de représentants des institutions signataires de la convention (ARS, DRAC et Région),
- d'animateurs des comités locaux,
- de personnes qualifiées dans le champ de la santé, représentant la diversité des établissements de santé, des prises en charge et des métiers,
- de personnes qualifiées dans le milieu culturel, représentant la pluralité des champs artistiques,
- de représentants des collectivités territoriales,
- de représentants des usagers,
- du représentant de la structure mandatée pour animer et coordonner le dispositif.

II.1.3.3 L'association.

Créée en janvier 2012, InterSTICES est une structure de coopération régionale sur la thématique « Culture et Santé » constituée d'une cinquantaine d'adhérents à ce jour. Elle a pour objet de favoriser le développement d'actions culturelles dans le domaine de la santé, de

contribuer à la réflexion et aux échanges sur cette démarche et d'encourager la reconnaissance des pratiques et des acteurs.

Extrait des statuts : « L'association InterSTICES a pour objet de favoriser le développement d'actions culturelles dans le champ de la santé dans sa globalité, de la prévention aux soins et à l'accompagnement médico-social, et de contribuer à la réflexion et aux échanges sur cette démarche, à la reconnaissance des pratiques et des acteurs. »

InterSTICES met ses compétences au service de l'Agence Régionale de Santé (ARS), de la Direction Régionale des Affaires Culturelles (DRAC) et du Conseil Régional Rhône-Alpes (CR) pour coordonner et animer le programme « Culture et Santé » Rhône-Alpes. Ainsi l'association a-t-elle pris le relais de l'animation du dispositif « Culture et Santé » à la suite du Groupement d'Intérêt Economique (GIE) HI-culture.

En effet, le GIE HI-Culture avait été créé, en 2006, pour des questions de mutualisation des ressources entre les différents hôpitaux engagés à l'échelle du territoire national avec six structures hospitalières ou médico-sociales. Cette forme juridique était par ailleurs déjà utilisée pour partager de gros équipements tels que des scanners.

Hi-Culture – qui avait une vocation d'expérimentation, à partir de projets et de profils très divers, dans une logique de normalisation – a mis au point l'ingénierie opérationnelle du réseau et a travaillé à l'appropriation des acteurs. Avec le développement du réseau et l'engagement des structures culturelles, la forme du GIE devenait bloquante puisque juridiquement soumise à une même activité de ses membres et délimitée dans le temps.

Ainsi, après l'expérimentation et au terme d'Hi-Culture, le passage à InterSTICES symbolisait tant l'ouverture du chemin vers l'institutionnalisation de la démarche, que la responsabilisation des acteurs en offrant à tous la possibilité d'y adhérer. La création d'InterSTICES reflétait la concrétisation et la pérennisation du réseau préexistant.

Au centre même de ce réseau, tous référents culturels, cheville ouvrière de l'ensemble de la démarche s'interrogent eux sur leur degré de professionnalité. Au regard de la diversité de leurs situations, la question de la légitimité professionnelle s'est davantage posée. Les différents concepts de la sociologie des professions nous proposent un éclairage sur cette question.

II.2 Les fondements théoriques

La notion de profession est un concept vivant, pouvant paraître à la fois désuet (notamment quand elle se réfère au sens anglo-saxon qualifiant des groupes professionnels particuliers, avec un monopole d'exercice) et contemporain. Elle varie avec l'organisation sociétale du travail et la signification des mots sans pour autant être frappée d'obsolescence. De la profession savante de Weber au groupe professionnel de Durkheim jusqu'à « *l'activité professionnelle reconnue* » que proposent d'étudier Boussard, Demazière et Milburn, cette notion se caractérise par de multiples redéfinitions des approches qui l'enrichissent et la complexifient.

Prenant appui sur les acquis de la sociologie des professions et des identités professionnelles, cette étude s'intéresse plus particulièrement à la reconnaissance de la fonction de référent culturel au titre d'une "profession" (« *groupe professionnel auquel sont attribués un mandat et une licence bien définis* », selon les termes de Hughes, une mission et un monopole d'exercice dans le langage commun) et à la manière dont le collectif professionnel se construit, ou non en tant que groupe.

La sociologie des professions s'est développée aux États-Unis et en Angleterre, dans les années 1930, avec notamment Carr-Saunders et Wilson, autour de la théorie dite fonctionnaliste développée par Parsons. Cette théorie ne s'intéresse alors qu'aux "professions établies", telles que celle de médecin ou de juriste, qui nécessitent des compétences particulières acquises au cours de longues études spécialisées, disposant d'un monopole d'exercice et ne pouvant donc pas être exercées par les profanes.

A partir des années 1950, les sociologues appartenant au courant dit de l'interactionnisme symbolique, sous l'impulsion de l'école de Chicago, développent une critique acérée de cette lecture fonctionnaliste. Hughes introduit le premier les notions de « *mandat* » et de « *licence* » qui désignent respectivement la mission donnée à un groupe professionnel par la société (l'Etat, les publics) et la reconnaissance juridique d'un certain degré d'autonomie d'exercice (à travers, par exemple, des diplômes, des statuts, etc.) : selon cette nouvelle approche, relayée ensuite par Becker, Strauss, et Freidson, tous les métiers méritent d'être étudiés, même s'ils ne disposent pas de mandats et licences aussi développés les uns que les autres. Le processus de professionnalisation devient objet d'étude et s'intéresse à la façon dont des professionnels parviennent plus ou moins complètement et rapidement à se constituer en

collectif homogène et à se faire reconnaître une mission et un mandat particulier. Appliqué à notre objet, il s'agirait ainsi de comprendre les contours du collectif des référents culturels (ce qui fait cohésion et division en leur sein), et également comment, les référents culturels pourraient se voir reconnaître un mandat et une licence par les différents acteurs avec lesquels ils sont en contact, c'est-à-dire par l'octroi d'une mission et un statut au cœur du milieu hospitalier.

En France, la sociologie des professions se développe à partir des années 1970, avec notamment les approches de Marc Maurice, Georges Benguigui, Jean-Michel Chapoulie, généralement très critiques par rapport à l'approche anglo-saxonne, notamment la théorie fonctionnaliste. Elle connaît un nouvel essor dans les années 1980 et 1990, avec les travaux de Pierre Tripier et Claude Dubar très proches de l'approche interactionniste symbolique de Hughes et de ses élèves. En 1998, Dubar et Tripier publient un manuel de sociologie de professions, plusieurs fois complétés depuis (avec la contribution de Valérie Boussard pour la dernière édition) [Dubar, C., Tripier, P., Boussard, V., 2011]. L'approche interactionniste est aussi reprise dans l'ouvrage collectif dirigé par Didier Demazière et Charles Gadéa [2009]. Elle constitue désormais l'approche classique en sociologie des professions en France. Plus récemment cependant, le sociologue Florent Champy repose la question des définitions des professions basée sur un parallèle avec les approches critiques de la sociologie des sciences. Invoquant la multiplicité et néanmoins la nécessité des définitions, il propose une nouvelle catégorisation : les activités professionnelles prudentielles définies par leurs propriétés, et notamment : « *le caractère qualitatif du travail, la singularité des cas traités et des solutions adoptées, la vue d'ensemble des cas, nécessaire à leur compréhension, ou encore le temps nécessaire à la délibération.* » [Champy, F. 2009 ; p. 198]. A partir de l'exemple des architectes, il met en évidence la fragilisation des professionnels de par l'incapacité du collectif à se montrer digne de reconnaissance comme de valeur et surtout à se démarquer des métiers périphériques issues de la division du travail au-delà de la division technique ou morale. Le contenu du travail des architectes a été progressivement redistribué à d'autres spécialités comme par exemple : les urbanistes ou les ingénieurs. Ainsi concurrencé, le champ d'autorité des architectes s'en trouve restreint et leur autonomie réduite, les mettant en difficulté pour montrer leur caractéristiques propres, notamment à travers la compétence.

Ces différentes théories ne seront pas ici mises en opposition mais en complémentarité. Les caractéristiques d'activité, de savoir, de statut, de dynamique collective et d'identité du référent culturel sont ici observées sous l'angle des différents fondements théoriques. C'est

ainsi que je me réfère à Hughes, Dubar, Osty, Champy, Sainsaulieu et Demazière principalement.

II.3 La problématique

II.3.1 Les contours de la fonction de référent culturel

De nos jours, la principale fonction d'un hôpital est de fournir des soins de santé. Néanmoins, certains acteurs dans et hors de l'hôpital ambitionnent d'aller au-delà de cette fonction en créant un lien social entre l'établissement et la cité, redonnant ainsi à l'institution sa fonction première du « prendre soin ». Considérant le patient en sa qualité première de citoyen, l'hôpital est ainsi appréhendé comme une institution qui pourrait aussi faciliter l'accès à la culture. Il ne s'agit pas ici seulement de défendre la culture au service/comme outil du soin, comme dans l'animation ou l'art-thérapie. Pour autant, la démarche n'est pas naturelle et interroge.

« La difficulté majeure, c'est que ce n'est pas du soin, ça n'en sera jamais. Comme l'activité première de l'hôpital, c'est de soigner. Cela n'ira jamais de soi que de faire de la culture. Il ne faut pas s'illusionner la dessus. C'est en même temps cela qui est riche. C'est riche parce que c'est différent. Ce qui donne la valeur ajoutée à beaucoup de chose, c'est la différence, ce n'est pas la similitude. » (Un financeur du dispositif).

Dans la logique du dispositif Culture-Santé, l'articulation entre Hôpital et Culture est alors pensée comme fondée sur la coopération entre deux secteurs d'activité dans une démarche de projet, alors que l'animation et l'art-thérapie sont considérées comme des activités endogènes à l'hôpital s'inscrivant dans une logique de service à l'utilisateur.

De leurs côtés, des acteurs du secteur culturel cherchent à conquérir de nouveaux territoires et de nouveaux publics, dans une logique de démocratisation et d'accès pour tous à la culture. Héritage du front populaire, cette approche est portée par le tout nouveau ministère de la Culture qui publie en 1959 un décret pour rendre les œuvres accessibles au plus grand nombre. Mais depuis, la politique culturelle affiche d'autres ambitions plutôt axées sur la diversité culturelle. Ces interrogations toujours renouvelées sur la forme de la culture interpellent les acteurs du secteur et est source de désenchantement. Ils s'organisent autour de la professionnalisation, l'autonomisation des établissements culturels, la contractualisation avec les institutions nationales et locales, le mécénat privé et le partenariat. Cette approche contemporaine plus large du monde artistique réinvestit tous les lieux de vie, tels la rue ou

l'hôpital. A la croisée de ces deux chemins, le dispositif « Culture et Santé » a pour objectif affiché de favoriser l'interaction de ces deux mondes.

D'ailleurs, les membres de la commission régionale font aujourd'hui le constat d'une phase de maturité des actions et des acteurs dans la compréhension du dispositif et de ses finalités. Aux yeux de ces mêmes membres, la professionnalisation des équipes est en marche avec des dossiers de mieux en mieux montés et des référents de plus en plus formés. Toutefois, les problématiques de chaque monde peuvent paraître en certaines situations diamétralement opposées avec parfois des relations conflictuelles. L'ensemble de la démarche repose sur la personne en charge de l'organiser au sein de l'hôpital. Pour autant, un constat d'éclatement de situations amène à s'interroger sur l'identité de cette fonction.

Le groupe des référents culturels à l'hôpital constitue-t-il une *profession* ou un *groupe professionnel*, avec des pratiques et représentations suffisamment convergentes pour apparaître comme un collectif homogène ? Leur activité est-elle reconnue comme une mission importante, un *mandat*, de l'institution hospitalière ? Leur statut ou *licence* leur garantit-il une autonomie d'exercice suffisante pour porter les projets culturels ? Quelle(s) est (sont) leur(s) identité(s) et leur(s) place(s) ? Vu au travers des visions des trois types d'acteurs que sont les référents, les chefs d'établissement et les financeurs, une immersion au cœur de leurs expériences professionnelles était utile pour répondre à toutes ces questions.

II.3.2 La commande d'InterSTICES :

L'association est l'élément fédérateur de l'ensemble des acteurs du dispositif Culture et Santé. A ce titre, elle s'interroge sur la visibilité de la fonction de référent culturel, sur la reconnaissance de cette identité et sur son degré de professionnalité. C'est cette commande qui nous a été passée.

Pour répondre à ces interrogations, plusieurs types de documents destinés au réseau « Culture et Santé », mais aussi à la communication extérieure devaient être élaborés :

- un état des lieux de la réalité des différents postes en charge du développement de la culture dans les établissements hospitaliers ; de leur implantation à leur quotidien, en passant par les conditions d'exercice,

- une analyse et des préconisations à destination du réseau, autour de la question de la légitimité des responsables culturels pour renforcer leur position tant auprès des hôpitaux non encore affiliés au réseau qu’au sein même des structures déjà engagées,
- un outil de référence exploitable par l’ensemble des acteurs du réseau afin de proposer des repères communs sur le métier de responsable culturel. À ce jour, la forme finale de cet outil n’est pas définie ; elle pourrait toutefois s’inspirer d’un référentiel de compétences.

La construction de l’enquête, dont les conclusions sont exposées ici, a été présentée lors d’une restitution intermédiaire au cours du conseil d’administration d’InterSTICES en juin 2014. Une restitution finale à ses membres est prévue en décembre de cette même année lors d’un séminaire interne.

II.4 Constatations préliminaires

Aujourd’hui, la fonction se caractérise toujours par la diversité des situations qu’elle représente, en commençant par sa dénomination. Quelques données chiffrées basées sur le dépouillement du questionnaire réalisé dans le cadre de cette étude, permettent de donner une première image de cette diversité.

Sur la totalité des postes en charge de la culture à l’hôpital en région Rhône-Alpes, on en relève 19,5 % dédiés exclusivement à la culture dans les établissements hospitaliers sous dix intitulés différents⁵. De plus, la mission est souvent cumulée avec une autre fonction qui induit d’autres intitulés. Nous avons ainsi recensé 39 profils⁶ différents que l’on peut

⁵ Assistant de projets culturels, chargé de mission culture, chargé de projets culturels, chargé de projet culture et santé, chargé des actions culturelles, chargé du développement culturel, chargé des affaires culturelles, chef de projet, délégué culture et enfin référent culturel.

⁶ animateur, animateur socioculturel, animateur social, animateur socio-éducatif, assistant de direction, assistant médico-administratif, cadre de santé, cadre éducatif, cadre social, cadre supérieur de santé, chargé de communication, chargé des animations culturelles, chargé des affaires générales, coordinatrice médiathèque, délégué communication, éducateur, ergothérapeute, psychomotricien, responsable de communication, responsable de l’atelier d’art-thérapie, responsable des services économiques et de la communication, responsable du musée.

regrouper sous 5 grandes domaines : administratif, animation, communication, médical et soignant. Certains font office de référent sans que cela soit identifiable par leurs intitulés de poste – c’est le cas pour 57 % d’entre eux – si bien que 33 % des personnes ne sont pas à l’aise pour nommer la fonction, utilisent plutôt une périphrase, voire ne s’identifient pas.

De même, le positionnement des référents dans l’organigramme de l’hôpital est variable, avec différents niveaux de responsabilité, et dépend de la mission principale de celui-ci. Lorsque le référent occupe un poste dédié, son rattachement administratif à un service est assez aléatoire. Enfin, même si le niveau de responsabilité est assez variable, la quasi-unanimité est très autonome dans ses fonctions.

Cette disparité est encore plus marquée en ce qui concerne le temps de travail, même si 57 % des personnes en charge de la culture occupent un emploi à temps plein. Le temps consacré à la mission varie d’un établissement à l’autre sans que cela soit automatiquement formalisé dans les contrats de travail. Ce flou concerne notamment les postes dont la mission culture occupe peu de temps. D’un point de vue général, le temps de travail globalement accordé à la mission est particulièrement bas. 34 % des répondants déclarent consacrer moins de 25 % d’un temps plein à la mission (deux contrats de travail prévoient moins de 1 %). Dans certains établissements, la mission est assurée conjointement par plusieurs personnes permettant de démultiplier le temps accordé à cette mission sans perturber l’organisation des postes déjà mise en place.

Lorsque le temps de travail théorique est précisé sur le contrat, la totalité des référents relèvent souvent un écart entre le prescrit et le réel, écart pouvant aller jusqu’à 67 % de temps en plus pour les activités liées à la fonction de référent. La situation inverse apparaît presque inexistante, une seule personne déclarant consacrer moins que le temps prescrit à l’activité culturelle. Une grande majorité des personnes rencontrées disent s’investir au-delà de leur temps de travail (un référent avance le chiffre de 150 % d’un temps plein), mobilisant même parfois toute leur famille.

II.4.1 Les profils

La diversité des contextes induit une grande diversité dans les profils des référents et dans leurs parcours. Nous sommes en présence d’un métier féminisé à 73 %, avec des femmes qui ont suivi des études supérieures. Toutefois dans une logique de standardisation et pour

simplifier la lecture de ce document, j'emploierai le terme de référent pour désigner l'ensemble des personnes qui exercent ce métier et non de référente.

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 et les profils restent marqués par le métier de base. De plus, lorsque le poste est multifonctions le profil choisi n'est jamais un profil culturel. Toutefois, une part non négligeable des référents est formée à la culture (25 %) et/ou a déjà exercé dans ce domaine (30 %).

Les référents entrent dans la fonction pour des raisons diverses, qui, si elles leur sont propres, restent néanmoins en lien avec un aspect culturel. Parmi leurs motivations pour la fonction, on retrouve par ordre d'importance : leur conception de l'hôpital et du soin, l'autonomie du poste, la diversification de leur activité ou encore la perception d'une suite logique de leur parcours professionnel. De façon marginale, certains disent qu'ils aimeraient se reconvertir dans les métiers de la culture à terme.

En se basant sur les caractéristiques les plus courantes, on peut dresser le portrait du référent type. C'est une femme de plus de 50 ans avec un niveau d'étude à BAC +4/5 dans un domaine autre que 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 fonction de référent pour son aspect culturel, soit en lien avec sa propre conception de la culture, soit par passion, mais aussi pour apporter des éléments périphériques au domaine des soins et ainsi l'enrichir.

II.4.2 Les particularités et convergences

Ainsi, la première caractéristique de la mission du référent est la diversité des contextes dans laquelle elle est exercée. Elle évolue en pleine incohérence, en l'absence d'une logique collective dans l'intitulé du poste, de la catégorie ou du service de rattachement, mais aussi du niveau d'autonomie ou du temps consacré à la mission. Certains établissements ont identifié un service culture au même titre qu'un service support tandis que d'autres choisissent un positionnement diffus.

Pour autant, les référents assurent tous une même mission au sein de l'hôpital : celle de construire du lien à travers des temps culturels. A la question : « En quoi consiste votre métier ? » Des référents répondent par trois visions plus ou moins complémentaires :

- « *J'ouvre des portes, je suis la concierge, j'ai les clefs pour que la culture entre à l'hôpital et vice versa.* »
- « *Une logisticienne, je monte des projets, je crée du lien. Tout doit être hyper organisé, j'ai horreur de l'imprévu, femme orchestre* »
- « *Le référent doit faire la place de l'innovation, ouvrir les habitudes de l'hôpital ; ça dérange, bousculer l'immobilisme...* ».

Ainsi ils font la même activité matérialisée par un *faisceau de tâches* communes. Les différences vont se traduire essentiellement dans le nombre de projets menés, le type de projet et l'implication dans le réseau, mais aussi dans leur propre positionnement.

Même si les finalités peuvent diverger, je montrerai tout au long de ce document que la population des référents partage une même vision du poste, rencontre les mêmes difficultés et les mêmes bonheurs. Tous mettent en exergue le manque de temps pour mener la mission et le besoin de reconnaissance, la nécessité d'une place institutionnalisée au sein de l'établissement.

II.4.3 Analyse sémantique de l'intitulé de poste

L'intitulé d'un poste reflète autant son contenu que sa position dans l'ordre social. Il est l'élément utilisé par tous pour se présenter et marquer son appartenance à un corps de métier comme à un secteur d'activité. Les systèmes de classification des nomenclatures statistiques comme ceux des conventions collectives ou d'entreprises s'appuient sur les intitulés de poste. Aussi, dans notre société, une nouvelle rencontre s'accompagne généralement d'un questionnement sur le métier exercé. L'intitulé du métier a donc une fonction de reconnaissance de l'individu et sert à le positionner dans l'échelle sociale. C'est en partie par ce biais que l'individu s'identifie et cherche à être reconnu. Au final, ce libellé symbolise l'identité sociale, donne un sens vis-à-vis de la société comme vis-à-vis de soi et participe ainsi à une quête de respectabilité. Il influence la relation et les marges de manœuvre de la négociation interne et détermine des jugements en termes de valeur et de prestige. L'identité renvoie aux façons dont la personne s'identifie en tant qu'individu et en tant que professionnel, ainsi qu'aux façons dont elle est identifiée par ses homologues et interlocuteurs, c'est *l'identité pour soi* et *l'identité pour autrui* pour reprendre les expressions du sociologue Erving Goffman. Elle forme un système de repères influencés par les représentations des autres sur soi et de soi dans la société ou sur soi-même.

« Par identité, il faut entendre un ensemble de représentations mentales permettant aux individus de retrouver une cohérence, une continuité entre leurs expériences présentes et celle du passé. C'est l'identité du soi. L'identité pour autrui est ainsi le résultat de transactions entre soi et les autres dans divers contextes sociaux de relations concrètes d'échanges ou de pouvoir. » [Piotet, F., Sainsaulieu, R., 1995, p. 202].

Les mots utilisés représentent ainsi la place symbolique attribuée au poste et à la personne qui l'occupe. Il y a donc un enjeu à ajuster au mieux l'intitulé du poste au contexte. Or, nous avons vu que la diversité des politiques culturelles des établissements hospitaliers complexifie l'exercice. De plus, le questionnaire a mis en évidence la diversité des intitulés utilisés, révélant une certaine confusion.

L'intitulé idéal serait celui qui rassemble autant l'identité individuelle que collective et traduise la rencontre des deux mondes. L'intitulé générique de "réfèrent culturel" est interprété différemment par chaque acteur. Une majorité de personnes en charge de la culture mais non averties ne s'y reconnaissent pas. A leurs yeux, le réfèrent correspond à un parcours culturel et à un poste dédié. Pour les spécialistes, le réfèrent est le non averti ; eux-mêmes se positionnent plutôt sous un intitulé évoquant un niveau de responsabilité. Tout le monde semble mal à l'aise pour dénommer la fonction :

« Je n'en sais rien du tout. Je l'appelle par son prénom »

« Je n'ai pas besoin de la présenter, elle connaît plus de monde que moi »

(Des chefs d'établissement)

« C'est moi qui ai appelé mon poste comme ça »

« C'est moi qui ai intitulé le poste avec l'aval de la direction. D'ailleurs la directrice me présente différemment en fonction du contexte. »

(Des référents de différents profils)

Les intitulés de postes utilisés montrent une reconnaissance accrue de la spécificité culturelle puisque 43 % des intitulés comportent le mot "culture". Cependant, même si l'identité culturelle représente une part non négligeable des intitulés, 57 % des personnes en charge de

la culture ne sont pas identifiées comme tel par leur intitulé de poste. De plus, les intitulés administratifs des fonctionnaires reflètent le statut de la fonction principale occupée et n'éclaire pas le statut accordé aux postes dédiés.

Bien que 33 % des référents soient en difficulté pour s'identifier faute d'un cadre identitaire auquel se rattacher, une majorité (54 %) se reconnaît un particularisme culturel, sans toutefois aller jusqu'à s'attribuer un niveau de responsabilité concernant leur activité "culture". Beaucoup choisissent un vocable neutre (chargé de, coordinateur, référent) plus ou moins en rapport avec leur position dans l'ordre social, révélant par-là leur difficulté à se décrire en tant que « responsable » alors même qu'ils ont la responsabilité de la démarche.

L'usage d'un intitulé générique contribue à la confusion. La frontière entre le responsable culturel et le référent n'est pas clairement formulée. Pourtant le vocabulaire comme le contenu de la fonction sont distincts, l'un est gestionnaire de projet, l'autre coordinateur, avec une différence de niveau de responsabilité. Le référent est un personnel de l'établissement de santé qui organise la programmation dans son aspect administratif (montage de dossier, logistique, ...), en lien avec un responsable ou un partenaire. Le responsable, lui, peut-être interne à l'établissement comme externe. Il maîtrise les différents aspects artistiques et techniques de la compétence culture, propose la programmation et fait le lien entre les deux mondes. Il gère le budget et assure le lien avec la direction et les instances officielles de l'établissement. Il est légitime aux yeux des deux mondes pour porter un regard sur la qualité de la prestation artistique.

Autant une grande majorité des référents sont fiers du travail qu'ils accomplissent, autant ils sont en délicatesse avec le nom qu'ils portent. L'appellation d'un métier doit tendre vers l'idée que l'on s'en fait, de son rôle social, c'est-à-dire refléter le rôle que les individus pensent tenir comme le rôle qu'il leur est permis de jouer. Ainsi l'intitulé du poste reflète tant le rôle technique par la traduction des tâches accomplies que le rôle social. Dans le cas du référent, il y a donc un enjeu à éclaircir la commande de chaque établissement pour une meilleure visibilité et identification de l'individu tant pour lui qu'aux yeux des différents acteurs. Cette clarification deviendra porteuse de sens et facilitera l'intégration dans l'organisation.

II.5 Méthodologie

L'exploration du terrain m'a permis une recherche de matière tous azimuts, facilitant l'identification d'une problématique *a posteriori* et la théorisation dans un second temps.

En effet, l'étude a débuté par des temps d'observation autour d'évènements du réseau, lors de restitutions de travaux, d'interventions ou de réunions internes à InterSTICES.

La population étudiée est constituée de l'ensemble des personnels de l'hôpital intervenant dans l'animation de la dynamique culturelle. Pour ce faire, j'ai opté pour une enquête exploratoire par témoins, c'est-à-dire en interpellant un ensemble de différents types d'acteurs de la démarche, acteurs représentatifs de l'organisation en positions clefs : les référents culturels, les directeurs d'établissements hospitaliers et les financeurs du dispositif « Culture et Santé ». Les acteurs culturels ont été interrogés au cours d'échanges informels.

La méthodologie s'articule autour de différentes techniques de recueil d'informations :

- Recherche documentaire interne à InterSTICES ou publique
- Entretien exploratoire
- Questionnaire à tous les référents,
- Entretiens avec les trois financeurs,
- Entretiens avec neuf directeurs d'établissements,
- Entretiens individuels et/ou collectifs avec huit référents,
- Observation lors d'interventions ou lors de réunions du réseau
- Echange collectif à l'occasion d'une formation en présence de neuf référents
- et échanges informels avec les artistes et structures culturelles.

Un travail de traduction de la problématique et de déconstruction de la commande a été nécessaire pour identifier les informations pertinentes à rechercher, tant dans le questionnaire que dans les trames d'entretien.

II.5.1 Démarche explicative : le questionnaire.

Le questionnaire, lui, a été conçu sur Google Drive afin de le rendre accessible à tous⁷ et auto-administrable. Une grille (Annexe 1) de 80 questions réparties en 9 thèmes a été élaborée. Une construction en branchements conditionnels a permis de créer un parcours personnalisé dans le questionnaire en fonction des réponses données. Ainsi chaque utilisateur n'accédait qu'aux questions correspondantes à sa situation personnelle, ses réponses permettant de sélectionner les prochaines questions qui lui seraient présentées au fur et à mesure de son avancement dans le questionnaire. Ce type d'arborescence permet de réduire au strict minimum, le nombre de questions posées à chacun. Pour en valider la trame, il a été testé par deux anciens référents culturels ayant quitté leur poste. Enfin, il a été envoyé aux quatre-vingts référents de la région Rhône-Alpes recensés par InterSTICES dans le cadre du dispositif « Culture et Santé ». On notera que les établissements représentés par ces référents ne sont pas tous subventionnés à ce jour. Il aurait certes été préférable de ne pas limiter la réflexion aux établissements engagés dans le dispositif, toutefois la durée du stage ne permettait pas de rechercher d'autres référents non recensés par InterSTICES. L'approche par questionnaire permettait néanmoins de constituer un échantillon d'individus suffisant pour rendre compte d'une réalité globale et permettre une analyse quantitative.

Quarante-six questionnaires ont été remplis, soit un taux de retour de cinquante-six pour cent. Un délai de deux semaines était laissé pour les compléter, ponctué par deux relances ciblées : l'une après une semaine et l'autre à la veille de l'échéance. Le contenu des réponses a fait l'objet de plusieurs approches : analyse à plat, analyse comparée et tableaux croisés.

Comme le préconise François de Singly, le questionnaire comprend deux parties : « *celle sur l'objet proprement dit et celle permettant d'en approcher les déterminants sociaux* » [De Singly, F., 2012]. L'environnement est complexe, à l'interface entre deux domaines d'activités bien distincts, possédant chacun leurs particularités, leurs codes et leurs sémantiques propres, ce qui a rendu délicate la construction de la trame du questionnaire, et

⁷ Il s'est avéré que le système de sécurité des réseaux informatiques de certains établissements ne permettait pas l'accès au questionnaire. Par conséquent, un certain nombre de référents ont dû s'organiser et trouver le moyen de le remplir tout de même.

notamment l'identification d'indicateurs pertinents au cadre de cette recherche et porteurs de sens à la fois pour les acteurs hospitaliers, mais aussi les référents culturels⁸.

De même, j'ai choisi d'autoriser une seule réponse en ce qui concerne la catégorie professionnelle afin d'évaluer les penchants personnels en cas de postes multiples. À travers les questions « Quel est votre intitulé de poste exact ? », « À quelle catégorie professionnelle est rattaché votre poste ? » et « Dans la vie privée, quel intitulé de poste utilisez-vous le plus souvent pour caractériser votre mission culture ? », je cherchais à détecter pour les référents en situation de cumul de fonctions celle avec laquelle ils s'identifient plus particulièrement en connexion ou déconnexion avec le séquençage de leur temps de travail.

Dans ce questionnaire, j'ai cherché à mettre en évidence les écarts éventuels entre les discours « théoriques » (les affichages) et les « pratiques » d'une part, entre les significations des mots utilisés dans le réseau d'autre part, ainsi que l'écart entre l'investissement temporel et l'investissement affectif des référents pour qui l'articulation entre vie privée et vie professionnelle ne semble pas nettement définie puisque certains tirent parti de leurs loisirs pour les besoins de leur mission.

II.5.2 Démarche compréhensive : les entretiens.

Vu le nombre de référents culturels annoncés, j'avais envisagé en tout premier lieu de tous les entendre. Après un recensement plus exhaustif, une sélection a paru nécessaire pour constituer une population plus restreinte sur laquelle nous pourrions enquêter avec nos seules ressources (nous ne parlerons pas d'échantillon, le terme étant réservé aux approches visant une représentativité statistique). Des entretiens ont donc été menés auprès de référents culturels hospitaliers, de directeurs et de financeurs du programme. Pour les deux premières catégories, une sélection « représentative » de professionnels a été faite. Cette représentativité n'est pas à considérer au sens statistique du terme mais plutôt comme une prise en compte des différents contextes pour obtenir la vision la plus large possible des réalités.

La population enquêtée a été constituée à partir des critères suivants :

⁸ Par exemple, le nombre de lits et le nombre de places, plutôt que le nombre d'équivalents temps plein.

- Statut de l'établissement,
- Pathologies prises en charge et durée de séjour,
- Taille de l'établissement,
- Type de subvention allouée par le dispositif Culture et Santé (annuelle ou contractuelle, voire absence de subvention),
- Environnement et territoire de l'établissement,
- Profil du porteur de projet,
- Antériorité de la démarche dans l'établissement.

La trame d'entretien (Annexe 2) était relativement similaire pour chaque type d'acteur afin d'obtenir des éléments à rapprocher, notamment la logique suivie par chacun. La formulation sous forme de questions ouvertes et volontairement peu précises a parfois dérouté. J'ai en effet préféré laisser la place au silence et écouter jusqu'à la dernière "note" afin de percevoir le prisme du regard de mon interlocuteur. En fin d'entretien, j'ai instauré un petit rituel avec le jeu du portrait chinois⁹, utilisé ici comme révélateur sensitif de la vision de chacun.

Les entretiens ont permis d'éclairer les logiques de chaque type d'acteurs. Les trois financeurs, dix chefs d'établissements et huit référents ont ainsi été entendus. Le partage du vocabulaire peut être considéré comme une contribution à la construction de l'identité et de l'identification du métier, j'ai également cherché à percevoir si le champ lexical utilisé était commun ou non. Dans cette optique, l'étude des champs lexicaux sera un bon indice du degré de convergence des pratiques et des représentations entre professionnels, et par là du degré de construction des collectifs professionnels.

La démarche a été très bien accueillie par l'ensemble des personnes interpellées qui ont toutes accepté d'apporter leur contribution. Personne n'a refusé explicitement de rendez-vous ; seul un chef d'établissement n'a pas donné suite. Au-delà du taux de retour du questionnaire, les commentaires des référents culturels montrent leur satisfaction devant l'intérêt porté à leur poste, intérêt par ailleurs ressenti comme une marque de reconnaissance.

9 Le principe du portrait chinois est assez simple. Il s'agit de déceler certains aspects de la personnalité au travers d'un questionnaire entièrement basé sur l'identification à des objets, des éléments, des personnes, etc. Pour mon étude, je n'ai posé qu'une question : « Si le référent culturel était un animal, quel serait-il ? »

Toutes les personnes entendues en entretien ont préalablement exprimé leur scepticisme quant à sa durée (durée prévisionnelle d'1h30) et leur manque de disponibilité. Au final, elles ont relevé l'intérêt de la prise de recul comme révélatrice de la richesse des réflexions à mener sur le sujet. Une majorité de chefs d'établissement ont même prolongé la discussion après la durée convenue, alors même que la fin de l'entretien leur avait été signifiée. À noter qu'un chef d'établissement s'est saisi de l'occasion pour ouvrir la réflexion en interne et a souhaité prolonger les échanges en associant le référent culturel lors d'un nouvel entretien.

II.5.3 Les limites de l'étude

Mon statut de stagiaire au sein de l'association InterSTICES a constitué tant une force qu'une faiblesse. D'un côté, sa mission d'animation du dispositif « Culture et Santé » m'a facilité l'accès aux informations et aux individus ; d'un autre, mon regard pouvait être influencé de fait par la vision de l'association et l'idéologie du programme malgré une volonté affichée de partialité ; il m'a donc fallu opter pour une attitude volontariste afin de prendre le recul nécessaire pour accéder à une relative neutralité, et ce, d'autant qu'il était essentiel de dépasser les enjeux du dispositif pour libérer la parole de mes interlocuteurs et percevoir la réalité globale de la fonction de référent culturel au-delà du regard des acteurs du programme. J'ai parfois été perçue comme une "envoyée" des financeurs ; un chef d'établissement a par exemple refusé l'enregistrement de notre entretien pour s'en garantir la confidentialité.

Je me suis confrontée aux limites de l'exercice, malgré la volonté de prendre en compte tous les regards des personnes actrices du processus, le temps consacré à l'étude m'a contraint à faire des choix. De ce fait, les acteurs culturels comme les personnels hospitaliers n'ont été entendus qu'au cours d'entretiens informels. Le questionnaire comme les entretiens ne seront jamais complètement objectifs de par le filtre des questions et définitions, et celui de l'infinité de situations et de réponses possibles. De même, ils n'enregistrent pas des pratiques, mais des déclarations de pratiques : la part de subjectivité des réponses paraît d'autant plus importante avec des questions ouvertes de ressenti ou d'opinion, telles que je les ai formulées¹⁰. Même si un outil "classique" de l'objectivation sociologique est l'enquête par questionnaire, elle ne

¹⁰Par exemple : « Quelles sont les conditions nécessaires/indispensables pour mettre en place un poste de responsable de l'action culturelle ? », ou « Selon vous, quelles sont les qualités majeures d'un référent culturel ? » ou encore « Quel est approximativement votre temps de travail réel sur la mission culture ? »).

constitue pas pour autant une « *image du réel la plus exacte possible* » [De Singly, F., 2012, p. 15]. Lors des entretiens, j'ai choisi de ne poser que des questions ouvertes et volontairement peu précises dès le début pour orienter le moins possible les réponses et capter la logique de mon interlocuteur plutôt que de l'influencer. Certains en ont été déroutés ; cela a été le cas, entre autres, pour la question « Comment définissez-vous la culture / le soin / l'hôpital / l'animation / l'art-thérapie, et quels liens faites-vous ? ».

A partir de cette démarche objective, Emile Durkheim écrit, dans *Le suicide* [Durkheim, E., 1895], « *Il faut traiter les faits sociaux comme des choses* ». Il ouvre la voie à la notion d'objectivation développée par Bourdieu, Chamboredon et Passeron dans *Le métier de sociologue* [Bourdieu, P., Chamboredon, J.-C., Passeron, J.-C., 1968]. Ainsi, dans cette perspective épistémologique, le sociologue se doit-il, autant que faire se peut, d'aborder son sujet d'étude avec le plus d'objectivité possible, dans une position de retrait vis-à-vis de son sujet, ignorant de ce qu'est ce dernier pour favoriser un regard le plus neutre possible et abandonner ses propres prénotions.

III. L'émergence d'une identité professionnelle

Après avoir abordé le contexte opérationnel et théorique de cette étude, nous nous intéressons aux différentes caractéristiques de la mission et de la fonction des référents culturels. Nous verrons comment le référent se construit à travers sa trajectoire personnelle et professionnelle, mais aussi la façon dont l'hôpital l'intègre avec plus ou moins de facilités, de réticences ou de peurs. Nous partirons des constats basés sur les réponses au questionnaire, les entretiens et les observations menées pour dresser un portrait pluriel de la mission des référents jusqu'au réseau et ses interactions pour aborder le contexte plus large de la culture de l'hôpital.

III.1 Portrait des référents

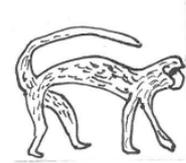
III.1.1 Trombinoscope : Polymorphie et convergence du référent

A ce stade, nous changeons de matériau d'analyse en quittant momentanément les réponses au questionnaire pour nous intéresser à la conclusion des entretiens. En fin d'entretien, j'ai proposé à chacun, le jeu du portrait chinois¹¹ pour synthétiser et illustrer les différents regards à travers une question d'identification à un animal. Même si quelques-uns de mes interlocuteurs ont été surpris par l'aspect désinvolte de la méthode après notre séance de remue-ménages, leurs réponses sont tout à fait édifiantes. Je vous les livre donc brutes, les premiers animaux étant ceux le plus souvent cités.

¹¹ Le principe du portrait chinois est assez simple. Il s'agit de déceler certains aspects de la personnalité au travers d'un questionnaire entièrement basé sur l'identification à des objets, des éléments, des personnes, etc. Pour mon étude, je n'ai posé qu'une question : "Si le référent culturel était un animal, quel serait-il ?"



Chat :
 A la fois, rusé, caressant, relationnel
 Caressant, ça se faufile, on ne peut pas lui faire faire
 ce que l'on veut.
 Discrètement écouter, voir, se faufile sans être vue.



Singe :
 Se faire adopter. L'intelligence et la malice
 Malin, agile, souple et joueur, habile
 Sauter de branche en branche et savoir se rattraper
 sans tomber



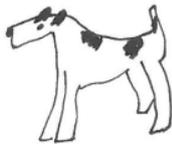
Pigeon voyageur
 Messager qui fait du lien



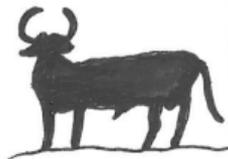
Paon
 Du volume, des couleurs, de la
 beauté dans les idées et du
 panache



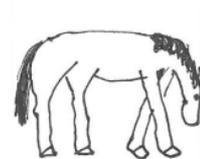
Eponge
 Qui absorbe, qui accueille et
 redonne beaucoup



Bull-terrier
 J'adore ces chiens. Je les
 trouve attachants et
 intelligents.



Taureau
 Cette notion de force



Cheval
 Ils ont un mode de
 fonctionnement de
 coopération



Araignée
 Tisser des liens



Koala
 Il porte toujours son petit sur
 le dos



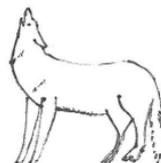
Girafe
 Elle sort la tête des
 buissons et regarde ailleurs



Guépard
 Majestueux avec
 l'autorité



Petite souris
 Là où on ne l'attend
 pas, un côté
 dérangeant en étant
 très utile



Loup
 Un chef de meute, un
 liant



Lion
 Se battre, défendre
 son territoire

Ainsi grâce à la digression du portrait chinois, chaque interviewé a livré sa propre image du référent en quelques mots. Cette première approche synthétique nous éclaire sur les caractéristiques et les qualités personnelles nécessaires pour occuper le poste mais surtout sur une vision partagée par tous les acteurs. En effet, même si plusieurs animaux ont été cités, ils l'ont été pour des caractéristiques communes ou tout du moins pour une même idée. L'aspect homogène et positif de cette vision nous frappe d'emblée, comme gage d'une vision favorable du poste, voir valorisante pour les individus.

Le référent est donc en tout premier lieu une personne à l'écoute, qui sait séduire, et s'adapter tout en restant indépendant ; il donne de l'éclat à la mission. Ensuite on lui reconnaît une disponibilité d'esprit, une certaine résistance et persévérance mais aussi du charisme, il sait fédérer et est dévoué à sa tâche.

Rentrons maintenant dans le cœur même de leur activité

III.1.2 L'activité, le faisceau de tâches

Avant de s'intéresser aux questions de légitimité et de reconnaissance, il convient de regarder le contenu même de l'activité pour identifier un éventuel cœur de métier commun à tous.

La fonction étant officiellement née avec le dispositif Culture et Santé, celui-ci induit une définition des contours du métier dans lequel chacun s'efforce de se glisser en vue d'obtention des subventions. Pour les moins aguerris, c'est aussi un support de professionnalisation qui leur permet de comprendre les attentes et de structurer leurs actions. Tous se retrouvent dans la même activité productive pour construire des partenariats, organiser et coordonner des temps culturels à destination des différents "publics"¹² de l'hôpital. L'ensemble constitue un *faisceau de tâches* au sens de l'expression définie par Hughes. On retrouve principalement des tâches administratives, de la gestion et de la mise en œuvre de projet, de la communication, ainsi que de la recherche de partenaires, d'intervenants ou de financements.

¹² J'emploie ici le terme « public » pour désigner tous les acteurs de l'hôpital, qu'ils soient soignants, patients, familles, etc

Chaque établissement a imaginé son organisation pour remplir les conditions d'attribution des subventions et parfois même au-delà. Là où certains ont créé un poste dédié, d'autres ont consacré une partie d'un poste existant, tandis que certains ont choisi de répartir les tâches sur plusieurs personnes les mettant en corrélation avec les métiers déjà présents dans l'hôpital. Dans cette configuration, et pour peu qu'un référent soit identifié, il devient le responsable, l'expert assisté par d'autres métiers de même que le médecin peut être secondé par un(e) infirmier(ère), un(e) anesthésiste ou un chef d'établissement et l'assistant(e) de direction. Ainsi ce collectif peut former une équipe support à part entière avec la reconnaissance du rôle et des compétences de chacun. Dans les faits, c'est aussi parfois une façon de déployer des moyens en attribuant des ressources à la mission sans financement spécifique. De fait, elle est noyée dans les autres activités des individus, ce qui ne favorise pas la lisibilité interne.

Que la fonction soit assurée ou non par plusieurs individus, « *les différentes tâches sont des parties d'une totalité, et que l'activité de chacun contribue dans une certaine mesure au produit final.* » [Hughes, E. C., 1996, pp. 61, 68], formant ainsi une interaction dans le sens de la *division du travail* définie par Hughes. Cette approche combinée ne semble pas toujours constituer un travail d'équipe identifié, les tâches assurées par chacun étant assimilées à celles habituellement réalisées. D'ailleurs, plusieurs personnes dans cette situation, identifiées comme référents culturels par InterSTICES, n'ont pas souhaité répondre au questionnaire, ne se sentant pas légitimes ou ont répondu à plusieurs voix. Toutefois, on peut relever que certains référents dans cette situation se sentent moins isolés que les autres. Cette division présente aussi l'avantage de reconnaître les compétences spécifiques nécessaires à la mission alors assurée par des spécialistes. Pour peu que chacun s'investisse, cette division peut rendre visible chaque étape et savoir-faire de la démarche. Toutefois, Florent Champy, comme avant lui Charles Wright Mills, ont souligné les caractéristiques restrictives de cette « *division du travail* » avec l'augmentation du nombre d'intervenants plutôt que l'intervention d'un seul spécialiste : « *la certitude que chaque valeur sera prise en compte dans le processus. (...) Mais l'attachement de chacun d'eux aux critères d'évaluation de l'œuvre dont il est responsable est, dans bien des cas, un facteur de rigidité de la conception.* » [Champy, F., 2009 ; p. 199]. Une division du travail qui parcellise l'ensemble d'une mission pour la répartir sur plusieurs corps de métier crée une forme de rigidité de l'ensemble du processus. En l'absence d'une coordination, personne ne porte un regard global sur le travail accompli et la profession qui avait auparavant, à elle seule la maîtrise de l'ensemble s'en trouve amputée, restreignant ainsi son autonomie jusqu'à fragiliser son identité.

Ainsi quelle que soit l'organisation, les référents individuellement ou collectivement font tous la même chose, déterminant ainsi le *faisceau de tâches* qui constitue le cœur de métier. Pourtant de grandes différences apparaissent dans leurs conditions d'exercice : d'une part, la variété des contextes auxquels ils sont confrontés du fait du type de pathologies soignées et de l'environnement de l'hôpital, et d'autre part, le temps attribué à la mission en lien avec la politique culturelle affichée par l'établissement¹³.

III.1.3 Les savoirs, les compétences

Qui dit large *faisceau de tâches* dit pléthore de compétences. Les tâches à mener étant identiques que ce soit pour créer une programmation culturelle ou un évènement annuel, ainsi les compétences nécessaires sont génériques et déconnectées de l'ampleur du projet, comme de la présence de partenariat. Elles ne sont pas proportionnelles au nombre d'actions menées mais plutôt en lien avec le type de tâches à accomplir pour chaque projet. En présence d'un partenaire, le niveau de maîtrise des compétences peut varier en fonction des différentes conceptions du partenariat. Toutefois, une logique de projets co-construits requiert un haut degré de maîtrise ; le partenaire reste tributaire du niveau de compétence du référent, mais nous aborderons ce point plus en détail avec les différents types d'interactions.

Le métier touche à plusieurs domaines : administration, , communication interne et externe, coordination, conduite de projet, gestion, , négociation, logistique, relationnel. Ces compétences requièrent une multitude de capacités, dont voici celles citées par les personnes auditées : autonomie, extrême adaptabilité, capacité à fédérer, savoir travailler en réseau, expression orale et écrite, curiosité, écoute, créativité, stratégie, capacité de valorisation, sens des relations humaines, rigueur, dynamisme et disponibilité, persévérance, flexibilité, force de conviction, diplomatie, enthousiasme, ouverture d'esprit, capacité à prendre des initiatives, sens des responsabilités, faire preuve d'indépendance d'esprit, savoir gérer des situations complexes, bon rédactionnel et la liste n'est sans doute pas exhaustive. Elle reflète plus le niveau d'attente de l'ensemble des acteurs dans une vision idéaliste, étant entendu qu'une personne ne peut à elle seule concentrer toutes ces qualités.

Le référent doit aussi avoir acquis un certain nombre de connaissances concernant :

¹³ voir le chapitre III.2.2, « Travail concret à la marge », p. 50

- la culture (connaissances artistiques, fonctionnement du milieu, environnement et implantation des structures, veille),
- l'hôpital (vocabulaire, pathologie, fonctionnement et organisation),
- les outils informatiques de base et de communication,
- le domaine juridique pour les contrats et les droits d'auteurs,
- le fonctionnement des institutions publiques tant culturelles qu'hospitalières,
- la connaissance des acteurs institutionnels locaux,
- la gestion financière,
- les relations avec les médias, ...

Par ailleurs, les référents amenés à collaborer avec différents types d'acteurs (artistes, personnels de l'hôpital, financeurs, élus...), doivent adapter leur discours à chacun. Certes, ils sont implantés à l'hôpital, et doivent en percevoir les spécificités, mais il s'agit là du contexte dans lequel ils exercent leur métier. En effet, ne participant pas aux soins, ils n'appartiennent pas aux métiers de l'hôpital à proprement parler. Par contre, il leur faut le comprendre et être partie prenante au même titre que toutes les fonctions transverses. Plus que des connaissances hospitalières, il leur faudra une bonne connaissance des équipes. A l'inverse, s'il s'agit d'organiser une programmation culturelle, et comme toute structure culturelle, ils devront posséder les connaissances nécessaires de façon approfondie. De même, ils devront être bien implantés et identifiés localement dans les réseaux culturels.

Parole d'un artiste :

« Lorsqu'un soignant fait office de référent culturel, c'est beaucoup d'investissement et de présence pour nous. Il faut participer à la création du dossier, au montage du projet au sein de l'hôpital, accompagner cette personne car elle ne sait pas comment monter un projet culturel. Pour moi, le référent culturel doit être un professionnel de la culture. Ça permet de bien faire la distinction entre la culture et le soin, ce doit être un service de l'hôpital, un vrai service culturel. Le référent fait le lien avec l'hôpital tout en connaissant le milieu de la culture. C'est une autre approche de l'hôpital. Le référent permet une dynamique, il est là toute l'année ; alors que nos interventions sont ponctuelles.

Comme dans les lycées, c'est dans les lycées agricoles qu'on va le plus loin, parce qu'il y a quelqu'un en charge de ces questions contrairement aux autres lycées.

On va plus loin. On fait vraiment de la culture, de l'artistique. On se permet des choses que les soignants ne peuvent pas se permettre. Parce qu'on ne représente pas le soin. C'est complémentaire. »

Entre autre chose, ce témoignage fait référence au montage des dossiers de demande de subvention. Ceux-ci devraient refléter le projet de l'établissement en ce qui concerne la culture. Or, certains projets ne sont pas écrits au sein de l'établissement. Faute de compétences du référent, cette tâche est déléguée à l'artiste ou au partenaire culturel qui se retrouve parfois en position de formateur. Cette situation interpelle quant au réel porteur de projet et à l'investissement de l'établissement dans la démarche. D'une certaine façon, c'est un moyen de limiter leur engagement tout en ayant l'ambition d'introduire la culture dans l'institution. D'ailleurs, le fait même que les financeurs encouragent les hôpitaux à construire des partenariats avec des structures culturelles, de fait garantes de la qualité artistique, constitue autant un aveu d'impuissance qu'un encouragement à ne pas franchir un cap, même si le partenaire apporte aussi la dimension territoriale et technique recherchée dans tous les cas.

Cette question de la compétence du référent est un point clé de la réussite autant qu'une mise en difficulté des individus non avertis. Tous les acteurs s'accordent à dire qu'en l'absence d'un référent formé, les dossiers ne sont pas bien construits. Quelques extraits d'entretiens avec des référents :

- *Mme X a construit le projet. Ça me paraissait très obscur. Quand elle en parlait, je me disais :« Hou-la-la, je suis pas du tout là-dedans! ». J'avais été avec elle chez notre partenaire culturel. On en avait un peu parlé. On a fait les constats de ce qui était bien ou ce qui me semblait moins bien. On est reparti de ces constats pour penser la suite avec le partenaire culturel.*
- *Et maintenant, cela vous paraît moins obscur ?*
- *Oui, oui,*
- *Qu'est-ce qui a fait évoluer cette situation ?*
- *Je me suis coltiné (à) la réalité. Le fait d'être en lien direct avec le partenaire. L'idée de formaliser le projet, d'être plus au clair avec le budget, d'en discuter avec la direction aussi. Pour moi, ça a pris son sens. Quand j'ai récupéré le projet, j'ai dû finaliser le budget ; elle n'avait pas eu le temps. Je me suis retrouvé avec ce truc-là, très obscur. Je ne savais pas qui payait quoi, qui faisait quoi. Ça m'a remis la réalité... Mais c'était intéressant. (...)*
- *Vous ne compreniez pas à qui il fallait vous adresser, comment ça se construisait.*

- *C'est ça, J'étais moins dedans. Je le dis clairement, il faut du temps pour comprendre réellement comment ça fonctionne. Y a encore plein de choses qui sont assez obscures. Ça viendra aussi.*

Un autre témoignage :

- *Ca m'intéresse mais (il) faudrait que j'ai plus de formation. C'est quand même un métier, faire de la programmation culturelle. Je n'en suis pas capable actuellement. Je pense que j'en ai les moyens mais je pense qu'ils ne sont pas optimums.*
- *Pourtant, c'est ce que vous faites déjà ! Avec un ou deux projets, mais c'est ce que vous faites.*
- *Oui et non, des fois dans les échanges avec notre partenaire culturel, je les faisais répéter, je ne comprenais pas toujours. Je pense qu'il y a un vocabulaire propre au métier aussi. Comme il peut y avoir un vocabulaire propre aux métiers de la santé. On a plein de sigles, c'est un peu pareil.*

De leur côté, certains chefs d'établissement partagent cette nécessité à travers leur choix de départ ou leur expérience :

« Au début, on avait un groupe projet qui montait les dossiers. Un essoufflement s'est fait sentir, car il y avait un fort investissement personnel en dehors du temps de travail. Nous avons donc recruté une référente qui avait la connaissance de ce qui se fait dans le milieu culturel, dans l'idée à terme, d'un partage de son temps avec les autres établissements de l'association pour partager le financement. Elle a pris la charge toute seule, le groupe s'est retiré. On a constaté rapidement les avantages, je n'ai pas insisté pour la partager avec d'autres. J'ai été égoïste. (...) Aujourd'hui, on ne reviendra pas en arrière, on gardera notre professionnelle. »

Au-delà de la connaissance culturelle théorique, le référent doit posséder une solide connaissance des réseaux culturels publics et associatifs locaux ainsi que du fonctionnement des institutions culturelles et des collectivités territoriales. De même, son identification par ces mêmes réseaux avec sa propre notoriété sera un facteur clef de réussite pour jouer ce rôle d'interaction entre les deux mondes au même titre que sa capacité à évoluer dans un environnement complexe et sa compétence relationnelle.

Cette compétence culture peut s'acquérir au cours d'un parcours de formation puisque plusieurs écoles spécialisées dans les métiers de la culture ou pluridisciplinaires proposent des Master 2 et des formations complémentaires en cours d'emploi sur l'élaboration de projet culturel. Les formations à la médiation, sans être les plus spécialisées, peuvent aussi apporter

un très bon socle de connaissances. De même, un parcours personnel d'amateur éclairé peut aussi constituer un premier niveau de connaissances permettant d'acquérir des compétences transposables. Par conséquent, un temps d'apprentissage plus ou moins long sera nécessaire à une personne novice pour être identifiée dans les réseaux culturels.

Au-delà de l'aspect opérationnel et des qualités nécessaires pour occuper le poste, la connaissance culture est indispensable pour gagner en crédibilité et une reconnaissance de tous. De même, diverses qualités seront nécessaires au référent : la curiosité, un bon relationnel, savoir évoluer dans un environnement complexe et savoir fédérer, s'adapter, prendre la mesure du contexte dans lequel il va évoluer.

III.1.4 L'activité de référent à l'aune de la profession pure

La compétence nécessaire pour exercer la fonction étant celle de la culture, peut-on par extension assimiler le métier aux professions culturelles et artistiques, conférant ainsi au référent, la notion de prestige nécessaire à la qualité de professionnel L'emploi du terme *profession* au sens sociologique induit la notion de noblesse du travail à travers une *activité morale* en lien avec l'éthique protestante telle que l'a décrite M Weber.

« *Même si leurs activités ne sont pas liées institutionnellement à l'enseignement supérieur, on considère les productions artistiques comme l'expression particulière de l'expérience humaine par des créateurs dotés de compétences complexes dignes de l'admiration et de la considération des sujets cultivés.* » [Freidson, E., 1986 ; p. 434].

Ainsi Freidson analyse les métiers artistiques sous l'angle du prestige des *professions* en utilisant ce qualificatif, non pas au sens classique anglo-saxon avec un lien ténu entre l'emploi et la détention de titre de l'enseignement supérieur. Il distingue deux types de *professions* certifiées, celles *appliquées* de type classique et celles dites *pures* de type prodigue, sans position privilégiée sur le marché de l'emploi.

Dans le cas des référents culturels, les deux notions s'entrecroisent. En effet, l'activité du référent au service des publics de l'hôpital, associe ces derniers à la notion de clientèle profane des *professions appliquées*. Cette relation dépourvue d'une valeur marchande et d'une solution pratique en réponse aux demandes des clients est basée sur un travail abstrait. Telles les sciences de l'invention, elle pourrait être qualifiée de pure. « *La recherche pure n'est pas contaminée par le mobile du profit ou de la poursuite de l'utilité pratique ; elle est*

menée pour le seul amour de la vérité. » [Kevles, 1979, p. 45 ; Freidson, 1986, p. 435]. L'activité des référents ainsi définie, dépourvue de critère économique, devient alors une *profession* au sens subjectif et non au sens objectif. De même que les *professions pures* ne sont pas directement rémunérées par le fruit de leur travail, les référents ne sont pas rémunérés en direct par les publics de l'hôpital, mais par d'autres sources de soutien comme les établissements et les subventions publiques.

III.1.5 La configuration spatiale comme révélatrice de la place conférée

Lorsque les établissements décident d'investir dans la culture, plusieurs questions se posent. Outre celles concernant les aspects financiers et humains, la place physique est aussi à considérer. On peut distinguer deux approches, les établissements qui consacrent un lieu et ceux qui infiltrent la culture partout, dans les chambres, les couloirs et même les salles de soins... Parfois lorsqu'un lieu d'animation existe, c'est lui qui fait office de salle de représentation ou d'atelier. Dans ce cas, l'animation et la culture seront associées. Un seul établissement visité lors de l'enquête s'affiche dès le hall d'accueil ; la culture était si présente qu'elle pouvait nous abuser sur la nature du lieu. Mais quel que soit le choix, j'ai souvent été frappée par l'anonymat de la démarche. Très peu d'établissements la rendent visible au simple visiteur. Lors d'une présentation d'atelier ouverte à un public extérieur, il m'a fallu demander à plusieurs reprises mon chemin en l'absence de signalisation de la salle ou de l'évènement ; de même, pour trouver le bureau d'un référent, caché au détour d'un couloir, derrière l'imprimante. Cette localisation qui peut présenter un intérêt stratégique pour échanger avec les collègues était là complètement invisible par manque de signalétique.

Ainsi la culture à l'hôpital se fait discrète. Au-delà de la configuration spatiale, plusieurs chefs d'établissements souhaitent que le programme culturel ne « trouble » pas le fonctionnement de l'hôpital. La culture est consentie certes mais sans grande conviction. « *Les interventions culturelles ne doivent pas déranger le travail* » (Un chef d'établissement), même lorsqu'il s'agit d'évènements importants. Par ce vocabulaire, le dirigeant signifie que les interventions culturelles ne sont pas du travail opinion par ailleurs relayée par les équipes et ressentie comme péjorative par une majorité de référent, comme si la culture n'était pas une activité sérieuse, mais plutôt apparentées à une kermesse, accessoire, tout juste tolérée. L'essentiel des référents restent discrets et, sous couvert du respect du lieu, des patients et des équipes, relaient cette discrétion jusque dans leur propre positionnement. Ce frein à l'innovation m'a été confirmé par le positionnement d'un référent non formé à la culture qui s'interdit d'organiser des concerts quel qu'ils soient par respect, voire par sacralisation de l'hôpital et de

sa tranquillité :« *Un concert ne sera pas possible ici. C'est un hôpital, il faut respecter le lieu.* »

Ainsi, au même titre que leur situation, leur travail n'est pas visible au sein des établissements. Malgré tous les émules que peuvent faire les référents, cela reste intimiste à l'échelle d'un établissement pour peu qu'il soit seul engagé dans la démarche. Il y donc un double intérêt à communiquer largement et à sortir de cet anonymat, tant pour la culture que pour le référent. Tant de discrétion ne sert pas ce rôle de « *fou du roi* »¹⁴ déjà identifié par ailleurs [Herreros, 2004]. Une meilleure visibilité, par des moyens de communication adaptés, représenterait une forme de légitimité interne offerte au référent.

De plus, tous les référents sont en permanence dans une position ambivalente. Lorsqu'un établissement crée le poste et fait appel à eux, ils doivent tout de même contribuer à leur propre maintien et justifier leur présence en essayant de convaincre les personnels de la pertinence de leur mission. Paradoxalement, par manque de positionnement clair, il revient au référent lui-même de prouver son utilité. Comme la qualité perçue des prestations et de la programmation en général influence la vision des personnels sur "l'utilité" de la démarche au sein de l'établissement et par extension sur la légitimité du référent, de même, ils doivent jouer des coudes, pousser les murs pour se faire une place, se montrer pour exister tant en matière de communication interne que pour se faire une place dans les locaux et dans le travail. Au final, les référents sont contraints de se rendre visibles par leur impact sur la structure pour marquer leur importance dans l'ordre social.

III.1.6 Tiraillement et espace de compromis

Tous les acteurs affichent une volonté d'introduire la culture dans les établissements, mais chacun avec une conception différente. Pour les uns, il s'agit d'un élément à part entière de la politique de santé ou d'un lien avec l'extérieur. Pour les autres, ce serait plutôt une évolution des activités thérapeutiques ou un champ placé au second plan, voire la transmission de quelque chose ou encore une envie personnelle. Par conséquent, l'identité du référent est

14 « *Les petites liaisons culture-hôpital, variation sur le vital* » Gilles Herreros, 2004.

multiple. Elle n'est pas seulement le produit d'une définition interne et maîtrisée par les référents, elle est *dialogique* car elle suppose d'être reconnue par les autres acteurs avec lesquels ces travailleurs interagissent dans l'accomplissement de leurs activités.

III.1.6.1 Vision des référents

Tous les référents mettent l'accent tout d'abord sur les aspects temporels et sur la légitimité de la fonction ensuite sur les pré-requis et la mobilisation de l'ensemble de l'hôpital.

La sensibilisation des personnels nécessite un investissement dans la durée pour que la culture prenne sa place, qu'elle soit acceptée, et qu'elle soit distinguée d'autres activités telles que l'animation. Les référents distinguent trois dimensions dans la temporalité de leur mission : le temps pour installer la mission, le temps de montage des projets et le temps consacré à la mission. Ils parlent également du temps nécessaire à la construction de chaque projet. Certains avancent un délai de plus d'une année – invoquant le temps de concevoir et de valider le projet, de mobiliser les services, de discuter des conditions avec la structure culturelle et l'hôpital, ...– voire d'une durée de plusieurs années, délai nécessaire pour construire un partenariat et « faire connaissance », pour que le partenaire culturel comprenne le contexte de l'hôpital et atteigne la maturité nécessaire. Enfin, tous parlent du temps qui leur fait défaut : leur temps de travail, mais également celui des soignants. Ils se déclarent surpris eux-mêmes du temps nécessaire pour mener à bien la mission. Certains ont l'impression de "ne pas y arriver", de ne pas "en faire assez".

Au final, le temps leur manque au point que leur mission de référent culturel déborde sur leur vie privée et qu'ils emmènent tous plus ou moins du travail à la maison.

« C'est des journées de folie. Je fais mille choses à la fois. »

« Au début, je me suis fait un planning pour prendre du temps, mais c'est plus compliqué. Je suis absorbé par mes autres missions. Je n'ai pas le temps de me pencher sur le dossier. J'ai fini par faire le dossier chez moi. »

« Ce n'est pas ma mission principale donc mener un projet, ça va. Deux, je pense que ça ira, mais si on veut vraiment augmenter, il faut qu'on ait des personnes identifiées dans l'établissement pour susciter des envies, des projets, des participations, une personne dédiée. »

« Quand on est cadre, on n'a pas d'horaire, si je veux développer, c'est à moi de le faire. »

« Je pense que je fais plutôt 45-50h (par) semaine ici ou chez moi, avec des périodes plus ou moins intenses. C'est récurrent dans la culture. Les conditions de travail sont celles de la culture et pas de l'hôpital. On fait des heures non rémunérées. »

Paroles de différents référents

Une mission leur a été confiée, dont ils se sentent seuls responsables, d'autant que chacun garde le souvenir d'une expérience pénible où la culture n'a pas rencontré l'hôpital par manque de préparation. Au-delà des frontières poreuses entre vie privée et vie professionnelle induites par manque de temps de travail, la fonction de référent culturel engendre, également une disponibilité intellectuelle et l'éveil des sens. Parfois, les référents acceptent la mission sans vraiment en prendre la mesure. Tous décrivent un processus d'apprentissage plus ou moins long en fonction de leur profil de départ et de leur besoin de soutien de la part du réseau, de *« ceux qui savent, qui ont déjà expérimenté »*, un besoin d'être rassuré. Une très grande majorité de référents espèrent une reconnaissance statutaire par une titularisation qui symboliserait leur intégration à l'hôpital et constituerait une *licence*, en espérant aussi une rémunération à la hauteur du travail fourni et de leur engagement. Sans cela, ils se sentent en sursis, susceptible de perdre leur emploi à tout moment au gré de la volonté de leur direction ou de la fluctuation des financements.

Certains sont déçus voire désabusés et s'essouffent avec le temps. L'un d'eux dénonce des promesses non tenues où une supposée approche sexiste de la reconnaissance professionnelle qui les limiterait, notamment une discrimination à l'embauche. La position de directeur serait ainsi réservée aux hommes avec le soutien d'une assistante tandis que les femmes seraient simplement chargées des affaires culturelles.

« On m'a fait miroiter qu'on allait me titulariser, je sais que ça ne se fera pas »

« Si un mec avait été embauché, il aurait été mis sur une grille technique, il aurait été nommé directeur des affaires culturelles. Je suis une fille, maintenant j'aurais plus jamais cette reconnaissance, maintenant c'est fini. Ils ne créeront jamais un poste d'attaché.(...) Y a une discrimination sur le niveau de l'embauche. Les hommes sont directeurs, les femmes sont hyper polyvalentes. Les hommes ont une secrétaire. »

« Je me suis toujours dit qu'un jour ils allaient reconnaître la valeur du travail. C'est une déception. Mon boulot, il est super. J'ai le plus beau boulot au sein de l'hôpital. Je reste parce que je ne m'ennuie pas, j'ai une autonomie, j'ai fait des études pour être pas cher payé. »

L'intégration des temps culturels dans le planning des patients et des personnels serait pour eux un signe de légitimité pour éviter de toujours déranger, de devoir s'appuyer sur les bonnes volontés. Ce serait aussi le signe que la culture ne vient pas se substituer aux soins et qu'aux yeux de tous, l'hôpital fait une place à la culture plutôt qu'elle se la fasse toute seule. Ils se sentent parfois jugés par les autres corps de métier qui véhiculent des préjugés sans s'être intéressés au travail. Dans le même temps, ils ressentent ce que certains appellent une "confiance aveugle". Victime de leur succès, la culture comme leur travail ne seraient pas mis en débat. Ils aimeraient pourtant pouvoir partager leurs interrogations avec les personnels et avec la direction, d'autant qu'ils perçoivent parfois la culture caractérisée comme futile, voire accessoire en comparaison des préoccupations premières de l'hôpital.

Ces aspects pourraient être contrebalancés par le portage de la démarche par la direction et sa reconnaissance par les instances de l'hôpital. Selon eux, le statut cadre simplifierait l'action dans le milieu très hiérarchisé de l'hôpital. Toutefois, cette estime demeurerait la prérogative des soignants. Malgré ceci, le statut cadre serait cependant plus en lien avec le niveau d'autonomie élevé de certains référents. Leur fonction n'est pas réellement cadrée. Ils ont décidé de leur intitulé de poste, du contenu, de leurs objectifs et assurent seuls la mission. Ils se limitent eux-mêmes dans leur type de projet pour ne pas essuyer de refus par manque de budget, mais cela semble être le seul risque : « *La direction est OK avec cette initiative. On est très libre, si quelqu'un s'en occupe et que ça coûte pas cher* » Pour d'autres, l'autonomie est assez relative, comme ce référent relancé toutes les semaines par son chef d'établissement pour aller chercher des financements. Pour résumer, la plupart des référents sont mal à l'aise, soit par manque de légitimité, soit parce qu'ils se sentent en limite de compétence et ne savent pas comment satisfaire les demandes de leur direction.

Cette problématique de l'adéquation des compétences nous amène naturellement à la question des pré-requis. Aux yeux de l'ensemble des référents, les compétences requises a priori pour mener à bien leur fonction sont tout d'abord la connaissance du secteur culturel et de son réseau, puis des compétences de gestion de projet, une grande souplesse et des facultés à concilier les deux mondes, ensuite des aptitudes à la communication, alors que la connaissance du contexte et des enjeux de l'hôpital arrive en dernier. Cité en dernier, cet aspect leur semble néanmoins primordial, mais est décrit comme appartenant plutôt à un

apprentissage au long cours, un investissement. Il faut une grande souplesse car la mission dépasse les cadres habituels : « *On peut être chef et passer le balai* ». La prédominance des connaissances culturelles est soulignée par les profanes qui, au-delà d'un choix artistique, manquent de connaissances techniques :

«Ce qui est compliqué, c'est le lien budgétaire, Je ne suis pas du tout à l'aise. Je ne me représente pas les sommes ni les moyens techniques nécessaires. Pourtant il faut justifier et défendre le projet en interne. La question idéologique ne suffit pas. C'est un frein. Quand on dit culture, on n'imagine pas tout ça, on est déconnecté. »

Un référent en poste depuis moins d'un an

« Je ne passe plus en direct avec un artiste. Je passe par des gens qui savent organiser un spectacle. Ils prennent en charge la partie technique de l'évènement. Pour accueillir un public, il faut une sono, un éclairage, ce n'est pas à moi de le gérer. J'étais très mal à l'aise. Maintenant, c'est mes partenaires qui gèrent ça. En plus, moi je ne connais pas les artistes en capacité d'intervenir à l'hôpital. Les artistes ne sont pas toujours faciles à gérer. »

Un référent en poste depuis plus de 5 ans

Ils s'efforcent d'adapter l'hôpital à la culture et vice versa. Parfois, ils imaginent des stratagèmes à cet effet, par exemple pour contourner les délais de paiement de l'hôpital jugés trop longs par les artistes. Beaucoup de choses se font au détour d'une rencontre, d'une découverte, de petites choses, de discussions, ce qui leur semble être une caractéristique du secteur culturel, en éveil permanent. D'autant que le référent est à l'initiative des actions, les services sont très peu demandeurs : « *Je suis identifié dans l'établissement. Les personnes peuvent m'interpeller, c'est arrivé une fois en un an et demi.* ».

D'ailleurs, l'identification du référent et son intégration dans le quotidien de l'hôpital à travers un rôle et une position clairement identifiés définissent les relations de travail dont dépendent les regards des autres corps de métier. La démarche fonctionne dans un processus d'ensemble dans lequel chacun joue son rôle. Quelques minutes en fin de réunion quand tout le monde arrive à saturation ne suffisent pas à les rendre réceptifs. La mobilisation ne se fait pas dans ces moments, mais plutôt directement sur le terrain auprès des équipes, éventuellement avec des relais lorsque le rythme du turn-over permet de tisser des liens durables. Ce qui se joue ici, c'est plutôt l'implication des cadres, mais ils sont souvent absorbés par des procédures administratives. Tous les corps de métiers sont donc amenés à contribuer. Les soignants peuvent être facilitateurs pour peu que le référent les accompagne à trouver leur place, ce qui nécessite un nouvel investissement en temps. En grande majorité, les relations avec les

personnels se passent bien, même s'il peut y avoir quelques jalousies sporadiques. Par contre, la démarche leur semble *a priori* inintelligible par les soignants car trop éloignée de leurs réalités et de la culture soignante. Toutefois, la plupart disent souffrir des préjugés et des jugements de personnes qui ne s'intéressent pas à la démarche. De fait, la sensibilisation des soignants et des cadres apparaît primordiale, mais aussi chronophage. De plus la totalité des référents soulignent l'engagement du chef d'établissement comme un élément déterminant pour porter la démarche tant en interne qu'en externe. Ils se sentent dépendants de sa volonté et lui attribuent un pouvoir total. « *C'est lié à des gens pas à des politiques* » (Un référent).

Toutes ces caractéristiques leur donnent l'impression "d'être une petite goutte dans l'océan pour faire évoluer l'image de l'hôpital". En outre, beaucoup m'ont confié être usés par l'énergie et l'implication qu'ils mobilisent sans reconnaissance en retour. Une majorité déplorent un manque de moyens alors que, pour eux, les actions tiennent au financement. Ils constatent ainsi que chaque diminution s'accompagne d'une réduction des actions. De même, ils dénoncent une grande disparité des conditions d'emploi qu'ils ressentent parfois comme une injustice. Ils tiennent pour "l'amour et la beauté" de leur métier. Ils sont fiers de ce qu'ils font et fiers de le faire à l'hôpital.

III.1.6.2 Vision des financeurs du dispositif

Le dispositif « Culture et Santé » finance des actions culturelles en laissant les établissements organiser leur propre structuration pour les rendre possibles. Certes, les subventions accordées octroient un pouvoir aux financeurs, mais il est toutefois conditionné à son caractère incitatif et reste subordonné à la stratégie des établissements. Les financeurs sont donc dans une position ambivalente vis-à-vis des référents, laissant les établissements définir leur propre politique culturelle sur laquelle ils ne pourront que partiellement porter un regard et apporter des ressources. Par conséquent, leur vision passe par le prisme des projets qu'ils jugent plus ou moins pertinents en lien direct avec leur perception du référent. Néanmoins, tous les éléments restent imbriqués et comme dans un jeu de ping-pong, leur vision du référent sera aussi éminemment importante dans leur jugement des actions. Quelle que soit leur position politique, ils portent un regard sur l'ensemble du processus de gouvernance et l'engagement de l'établissement dans une démarche culturelle tout en étant très réaliste sur les limites du système :

« On a une vue très partielle de ce qui se fait au quotidien par les animateurs et les référents culturels. On a très peu de prise, voire pas du tout. Quand les personnes changent, on l'apprend incidemment. »

Un financeur

Les financeurs partagent la même vision idéale du référent quelles que soient les prérogatives spécifiques à chaque institution, mais jugent plus ou moins durement la réalité. Bienveillants vis-à-vis des référents, ils soulignent la complexité de leur situation dans leur rôle d'interface entre les deux mondes et l'ensemble des acteurs du processus. Cette difficulté jugée très prégnante serait surmontée par le savoir-être des référents, tandis qu'une solide formation de base serait précieuse pour mener des partenariats et faire accepter la démarche en interne.

« Ce sont des métiers à part entière qui nécessitent une formation spécifique. On ne peut pas être animateur et du jour au lendemain être en capacité très facilement de créer un partenariat avec une scène nationale ou les acteurs culturels du territoire. Cela s'apprend de construire un partenariat. (...) Mais il faut tenir compte de l'existant. Tous les référents non issus du milieu culturel ne seront pas remplacés par des professionnels issus de formations. Lorsqu'il s'agit de personnel interne, il faut les former. (...) Mais je vois bien aussi les difficultés pour les hôpitaux de prioriser ce type de formation sur des cursus plus développés. Le choix est vite fait, entre les besoins à proprement parler pour l'hôpital et les besoins pour la culture, par manque de budget ; ne serait-ce que pour des questions d'organisation, de temps de travail pour libérer les agents. »

Un financeur

Pour pallier cette difficulté, l'un d'eux propose un système de tutorat assez poussé sous forme de parcours découverte en immersion dans une structure culturelle ou dans un établissement dont la qualité de la démarche serait reconnue du réseau. Ce temps d'apprentissage pourrait être de plusieurs semaines.

En toute logique, même si certains gardent quelques accents convenus, les financeurs sont catégoriques quant à l'appartenance du référent au métier de la culture sans cumul possible avec d'autres fonctions. Devant les contraintes des établissements, ils proposent une solution médiane :

« On pourrait imaginer que ce salarié travaille autant dans l'hôpital que dans la culture, passe de l'un à l'autre. Ce qui me gêne, c'est que je suis de la culture, mais je (ne) travaille que dans

la santé. Ça, ce n'est pas bon. Ce qui est riche, c'est que la personne ne se spécialise pas, comme les artistes. C'est plus riche lorsqu'ils ne connaissent pas l'institution. C'est ça la notion de jumelage. Si c'est quelqu'un qui est tout le temps à l'hôpital, il est intégré. Intégré, il est institutionnalisé ».

Un financeur

Face à une réalité assez différente, les financeurs relativisent cette vision théorique pour une autre plus pragmatique et peuvent faire preuve de manque de confiance face à la majorité des profils de référents en poste :

« Si on s'appuie sur la connaissance culturelle du référent, c'est limité. On ne lui demande pas de tout savoir, mais de savoir où trouver les bonnes informations »

Un financeur

Cet aspect est illustré par l'un des critères d'attribution de la subvention, qui stipule la nécessité de construire des partenariats et de travailler avec des artistes « déjà repérés par les professionnels » ce qui pallie l'absence de connaissances culturelles d'une majorité de référents en place.

La place du référent dans l'organisation est complexe à définir puisque, selon les financeurs, il doit être identifié et reconnu pour l'utilité de sa mission, mais non intégré pour éviter de tomber dans l'institutionnalisation et la routine qui minimiserait les effets de la démarche. Le tout avec une certaine stabilité de l'individu puisque la constance joue un rôle prépondérant dans la maturation de la démarche. La voie vers la professionnalisation est donc périlleuse. Ainsi pour toutes ces raisons, c'est aux côtés des décideurs que l'on trouve le référent :

« Comme quelqu'un qui trace une voie, une sorte de guide, (qui) montre la direction. Ce n'est pas la personne seule. Justement, si elle le fait seule ça ne marche pas. Elle doit être facilitatrice, aider le Conseil d'Administration à se fixer des objectifs. C'est à ce niveau-là que se fait le travail. Après c'est tout le travail de mise en œuvre, et la troisième dimension, qui est la trace, pour que ça ne parte pas en fumée. »

Un financeur

Pour autant, le référent ne siège pas forcément personnellement au conseil d'administration, mais plutôt à la Commission Médicale d'Etablissement (CME) comme membre à part entière pour être au plus près des équipes dans l'idée de les mobiliser et de participer à la vie du

collectif. Alors que la dimension politique serait, elle, assurée par un membre du CA activement engagé dans la démarche.

Selon les financeurs, la fonction de référent est un poste de niveau cadre du fait de son degré de responsabilité et d'autonomie dans une logique de cohérence et de légitimité du référent vis-à-vis des autres membres de la CME.

III.1.6.3 Vision des chefs d'établissement

Pour mener à bien les projets, le chef d'établissement a besoin d'une ingénierie afin de concevoir, développer des actions et mobiliser ressources et partenaires. Le référent répond à ce besoin, tandis qu'il dépend de l'établissement en tant que salarié ou agent mais qu'il est aussi apporteur de ressources pour mener à bien la mission. Ainsi le chef d'établissement et le référent se retrouvent dans une situation de dépendance réciproque, à faire couple pour occuper le terrain tant en interne qu'aux yeux des partenaires et financeurs. Ils sont liés dans le cadre d'un projet pensé de manière bicéphale, mis en œuvre à deux pour la cause de la culture à l'hôpital.

Ainsi la position du chef d'établissement est double, à tour de rôle décideur et collaborateur. Il impulse et supervise le projet ; à ce titre, il décide de la création d'un poste et embauche plus ou moins personnellement le référent en fonction de la taille de l'établissement. Mais, il représente aussi le "bras armé" du référent pour défendre le projet en interne comme en externe ou le soutenir ne serait-ce que par sa simple présence lors des manifestations ouvertes comme les vernissages et autres présentations d'ateliers. Ce double *rôle* s'inscrit donc dans la *division morale du travail* comme étant une partie d'un tout.

Autant les référents et les financeurs sont assez unanimes dans leurs visions du poste, autant les chefs d'établissement sont divisés, à commencer sur leur conception de la culture à l'hôpital, que certains considèrent sans enjeux particuliers. Chacun se forge une vision très personnelle d'où découle leur stratégie et leur choix vis-à-vis du référent. Le spectre va de "la culture au service de l'établissement", pour se distinguer d'une logique purement économique, à "la culture comme une continuité, une marque de fabrique" parfois inscrite de très longue date dans l'établissement. De même, le concept est aussi très élastique, de la *culture légitime* aux avantages sociaux alloués aux personnels par la vente de tickets d'entrées à prix préférentiels. Mais tous distinguent la culture des autres activités de l'hôpital par la variété des publics ciblés : patient, personnel, famille, personnes extérieures, parfois dans une

vision citoyenne contrairement à l'animation ou l'art-thérapie qui s'adressent uniquement aux patients.

Par ailleurs, il semblerait que la culture à l'hôpital n'ait pas toujours été pensée. Certains aimeraient s'engager plus, mais se sentent contraints par l'institution qu'ils jugent durement :

« C'est le culte de la performance et des ratios, on fait du reporting »

« La vie d'un établissement n'est pas un long fleuve tranquille. On pourrait se dire qu'on aurait mieux à faire. »

« On est encore sur du parcellaire pour le moment. Sans doute parce qu'il n'y a pas énormément de crédits et sans doute parce que ce n'est pas une priorité et qu'on est noyé, le nez dans le guidon sur des restructurations et des évolutions pratiques d'activités, des projets toutes les 5 mn. On n'y passe pas suffisamment de temps pour tout dire. Si on voulait avoir une politique plus dynamique, plus visible, il faudrait être plus volontaire, plus présent sur la photo. Que je prenne le taureau par les cornes. Que je prenne le temps d'impulser, ce que je ne fais pas suffisamment. Je fais tout en même temps. Il faut sans doute une impulsion plus importante de la part de la direction générale sur le sujet. »

Plusieurs chefs d'établissements

Toutefois, tous les chefs d'établissement rencontrés ont eu un discours impliqué, facilitant, voire engagé dans la démarche. D'ailleurs, tous s'intéressent plus ou moins à la culture à titre personnel. Pour autant, on constate de grandes divergences opérationnelles et de moyens, tant financiers qu'humains, en relation avec leur vision de la démarche. Même si les termes employés sont les mêmes, ils n'ont pas toujours la même signification. Pour eux, la clef de la rencontre entre la culture et l'hôpital, ce sont les hommes des deux côtés et la mission du référent en avant-garde.

Beaucoup mettent en avant la complémentarité de chaque individu du collectif en matière de connaissance, de réseau, d'idée pour construire le projet, ce n'est pas le travail d'une personne seule, même si un seul référent est identifié. C'est un travail d'équipe avec les assistantes, les services techniques, les soignants, la communication, ... La culture prend sa place lorsque tout le monde contribue à la démarche, de façon plus ou moins officielle et engagée. D'où l'importance d'avoir bien préparé le terrain en amont de la démarche et de l'entretenir en permanence. C'est une nouvelle dimension de l'hôpital. Pourtant, tous font le constat que le processus repose sur très peu de personnes, il s'agirait plutôt d'une bonne articulation entre la

direction et le référent. Cet aspect bicéphale du processus le rend fragile car suspendu aux individus. Le changement de l'un ou de l'autre remettrait en cause l'ensemble.

Ainsi la question de l'organisation se pose pour pérenniser la démarche. Même si un poste n'est pas toujours dédié, la mission en elle-même est vue comme indispensable. L'identification d'une personne semble nécessaire aux chefs d'établissement pour monter des actions quelles qu'en soit l'importance ou le nombre. Mais parfois le couplage avec une autre mission déjà intégrée à l'hôpital leur paraît une force. Ce brouillage permettrait de ne pas être remis en cause par les personnels, d'autant que pour certains, la mission ne doit pas nécessiter un fort investissement pour rester centrée sur la vocation première de l'hôpital : le soin. Les mêmes arguments sont développés par d'autres pour justifier la nécessité d'un poste dédié clairement identifié.

« C'est une mission très subtile, pour faire le lien entre tous les acteurs du processus puis laisser faire les intervenants. Il faut être modeste, le temps fait beaucoup à l'affaire. Beaucoup de choses nous échappent, des choses qu'on n'a pas décidées, (et) qui passent par la magie de l'instant. Il faut être humble sur ce qu'on peut réellement faire. »

Un chef d'établissement

Quelle que soit l'organisation choisie, à une exception près, les chefs d'établissement reconnaissent des aptitudes spécifiques au référent : l'ouverture d'esprit et la curiosité, un bon relationnel et une bonne expression, de la rigueur, de l'autonomie intellectuelle et une capacité d'influence au sein de son site auprès du directeur et des équipes, ainsi que des compétences en gestion de projets. En effet, tous se rejoignent sur le fait que le référent assure la coordination, et qu'un bon niveau de connaissances culturelles lui est indispensable. Reste à définir ce niveau. Pour certains, il s'agit juste d'un bon niveau de connaissances générales tandis que pour d'autres, il s'agit d'un "professionnel de la culture" avec la connaissance des différents arts, des artistes et du réseau, cette dernière caractéristique étant la plus importante. Le profil ne semble pas très clair pour un certain nombre d'entre eux qui se désavouent. Dans un même entretien, j'ai pu entendre à la fois, que seule une personne en interne maîtrisant bien la complexité de l'hôpital pouvait faire office de référent. Mais aussi que le référent doit avoir une connaissance de la culture au-delà d'une simple sensibilité pour savoir identifier la qualité d'un travail culturel, ou même gagner en crédibilité aux yeux des personnels de l'hôpital.

« Je pense qu'aucun établissement ne se paiera le luxe de recruter quelqu'un qui aurait un background culturel et qui aurait fait des études dans ce secteur. Ca va toujours être associé à

une autre fonction, plutôt en faveur des profils variés, en fonction de ce à quoi on va associer la culture, plutôt des profils gestionnaires. (...) C'est très compliqué d'obtenir l'écoute du personnel et de la direction, parce que ce n'est pas notre métier. Elle serait facilitée par une expérience culturelle. »

Un chef d'établissement

Dans certains cas, la connaissance et l'appartenance au réseau culturel sont partagées entre le référent et le chef d'établissement lorsque celui-ci mobilise son réseau personnel. Certains parlent même d'un professionnalisme indispensable pour être reconnu au sein même de l'institution et servir la mission.

« J'insiste sur la compétence du référent culturel, la professionnalisation de cette fonction me semble incontournable aujourd'hui dans notre milieu. On avait beaucoup tendance à s'appuyer sur les professionnels du soin parce qu'ils avaient d'autres compétences à côté. On bénéficie beaucoup d'avoir quelqu'un de connu dans le milieu culturel, reconnu et professionnel pour conduire ces actions-là. C'est vraiment un plus. En termes d'image et de notoriété, même si ce n'est pas scientifique, on mesure déjà l'impact des actions que conduit notre référent. C'est vraiment un plus pour l'institution. »

« C'est compliqué de se faire accepter sur des missions transversales. Quand on n'est pas soignant dans nos établissements, on ne sait pas faire grand-chose. Le côté professionnel de la culture était incontournable car reconnu en tant que telle. C'est une spécialiste, une diplômée et ce n'est pas un personnel issu du soin »

Plusieurs chefs d'établissements

Pour les postes dédiés, la question du statut est assez délicate. Les chefs d'établissement qui ont fait ce choix disent tous qu'un statut de responsable, de décisionnaire paraît indispensable pour faire accepter la démarche à tous les niveaux de la hiérarchie et pour reconnaître le travail accompli. Pourtant, très peu de référents exercent sous un statut cadre. L'habitude ou l'évolution au fil des années ainsi que la complexité du système de la fonction publique hospitalière sont souvent évoquées par les dirigeants pour justifier de ce manque de reconnaissance, jusqu'à entrevoir un changement de statut du poste après le départ du référent en poste pour s'aligner à terme sur le niveau de responsabilité. Humblement, certains avouent ne s'être jamais vraiment posé la question, tandis que d'autres se retranchent derrière le manque de revendication du référent de leur établissement, voire réfutent la nécessité d'un statut particulier pour mener à bien la mission. Beaucoup rejettent la force mobilisatrice du

statut vis-à-vis du personnel hospitalier, le pensant même sujet à des jalousies qui constitueraient un frein. Pourtant cette peur n'est pas partagée avec ceux qui ont justement fait ce choix et dont ils ont plutôt constaté les bienfaits. Certains voient l'importance du statut au moment de la mise en place de la démarche, mais préfèrent s'en remettre à l'identification de l'individu à terme. Étrangement, tout en ayant conscience d'un certain décalage, personne ne semble s'intéresser au manque de reconnaissance que cela renvoie aux référents.

« Je ne sais pas quel est son statut, mais pour moi c'est un cadre, ça ne me préoccupe pas, la seule chose importante c'est de voir s'il travaille bien ou pas. On raisonne en termes de catégorie et de statut fonctionnaire ou contractuel, mais pas de statut cadre. Ça n'a pas de sens à l'hôpital. Ça n'a aucune incidence sur la manière dont je l'évalue ni sur les moyens que l'on attribue ni sur la perception du personnel. »

Un chef d'établissement

Pourtant, chacun semble conscient du manque de légitimité et de reconnaissance que cela provoque chez les référents en attente d'un signe de l'institution.

« Je ne vis pas le statut comme une légitimité, elle le vit comme ça. C'est une question de compétence et de reconnaissance personnelle pas institutionnelle. »

« Il faut faire admettre à l'institution qu'on s'offre le luxe d'un poste comme ça. Je ne sais pas si ça aurait été accepté par l'équipe, mais c'est un problème dans nos institutions. Elle est sous-classée, on en est conscient. »

Plusieurs chefs d'établissement

III.1.6.4 L'intersection marginale

Les différentes visions de chaque catégorie d'acteurs interfèrent directement sur la position du référent, sur la place qui lui est accordée et sur celle qu'il occupe. Pris entre la vision pragmatique des établissements, la vision politique des financeurs et sa vision empirique, le référent est en position de « *marginal-sécant* ». La construction de la démarche induit une relation à trois de dépendance réciproque. Le référent se trouve à l'intersection en charge d'une mission de convergence de l'ensemble des logiques. Plus qu'organiser du lien entre la culture et l'hôpital, il organise aussi le lien entre l'hôpital et les financeurs du programme. C'est lui qui défendra le projet vis-à-vis de l'ensemble des acteurs tout en prenant en compte des injonctions plus ou moins claires et plus ou moins contradictoires. De surcroît, les relations entre le référent et les financeurs et celles entre le référent et l'hôpital sont de natures

très différentes. Dans un cas, il s'agit d'un lien économique et structurant, dans l'autre d'un lien de subordination pour une grande majorité des référents. Ils sont donc dans la position d'un équilibriste entre la vision et les directives de leur employeur d'un côté, et d'un autre, des règles du jeu fixées par les financeurs du dispositif de qui dépend indirectement la survie de leur poste.

Cette position est plutôt perçue comme inconfortable par certains référents qui y voit un tiraillement permanent entre deux réalités disjointes, alors que, telle qu'elle a été décrite par Crozier et Friedberg [Crozier M., Friedberg E., 1992], elle constitue plutôt une source de pouvoir. Le référent est dans une position centrale de régulation de l'ensemble ce qui lui fournit une source d'influence propice à l'innovation et donc un pouvoir.

Nous verrons dans la suite du document, comment le référent se saisit ou non de ce pouvoir. Comment son parcours biographique peut l'y aider ? Mais aussi comment l'institution lui permet de s'en saisir à travers la place et le statut qui lui sont attribués, et enfin la stratégie collective des référents.

III.2 Le groupe professionnel des référents culturels à l'hôpital

III.2.1 Les trajectoires biographiques des référents

Sur les 8 référents rencontrés en entretien, tous se singularisent par leur parcours personnel. Cette diversité se retrouve aussi dans les réponses aux questionnaires dont j'ai pu dégager un profil type.

Le référent-type est une femme de plus de 50 ans avec un niveau d'étude à BAC +4/5 dans un domaine autre que culturel (à 75 %) avec principalement une expérience dans son domaine de formation. Malgré tout, la formation la plus représentée est celle de la culture (25 %) puis arrivent les formations paramédicales (18 %) et administratives (16 %). Toutefois, un tiers des référents ont déjà vécu une reconversion et 80 % cumulent actuellement deux fonctions. Hormis celle de référent, il s'agit plutôt de poste administratif (13 %) ou d'animation (11 %). Les référents sont dans le même établissement depuis 10 à 20 ans et dans la même fonction. Même si ce n'est pas une majorité, une part non négligeable a déjà une expérience dans le

secteur culturel (30 %). D'ailleurs, 51 % d'entre eux pratiquent une activité artistique de façon assez intense, tandis qu'ils se rendent assez peu dans des lieux dédiés à la culture¹⁵.

Rares sont les référents qui disent avoir accepté le poste en ayant pleinement conscience de son contenu réel. D'ailleurs, beaucoup n'ont pas postulé sur leur initiative mais plutôt ont répondu à un concours de circonstances. Ils disent avoir pris la fonction essentiellement pour leur conception de l'hôpital et pour apporter des éléments périphériques au domaine des soins, ensuite arrivent les raisons en lien avec la culture, soit par passion soit en lien avec la conception qu'ils en ont. Mais aucun ne revendique ce choix pour des perspectives de carrière et de salaire. Il est à noter que 4 % disent avoir répondu à une obligation et que 7 % disent avoir saisi une opportunité. D'ailleurs 31 % d'entre eux ne se projettent pas dans l'avenir. Tandis qu'une même proportion souhaite développer la mission culturelle dans leur établissement. De façon marginale, certains aimeraient vraiment s'engager à terme dans les métiers de la culture.

Mais donner une nouvelle direction à sa carrière ne semble pas chose aisée lorsque l'on est issu des métiers du soin.

« L'identité pour soi pose plus particulièrement la question d'une cohérence dans le temps pour que l'individu se sente le même au travers de son histoire. (...) Il s'agira en fait d'une transaction (C. Dubar) subjective entre la vision du passé et la trajectoire de l'avenir. » [Piotet, F., Sainsaulieu, R., 1995, p. 202].

A plus d'un titre, le choix de s'orienter vers des métiers de l'hôpital n'est pas neutre. En faisant coïncider le destin personnel et la trajectoire sociale, il est engageant d'une certaine conviction et véhicule les valeurs de l'individu par le prisme de l'identité sociale du groupe. De plus, certains d'entre eux figurent parmi les arts anciens et sont devenus des professions dites établies. A la manière des infirmières qui, dans les années 1990, défendirent au-delà des prédispositions individuelles la dimension technique de leur métier à travers la reconnaissance de la qualification et l'initiation requises. Or il semblerait que la fonction de référent culturel nécessite aussi une certaine conviction et une qualification. Cela demande donc aux individus

¹⁵ Les lieux de culture s'entendent ici comme les salles de spectacle, les musées,....

de jongler d'un engagement à l'autre, ce qui n'est pas chose facile ni pour soi-même, ni vis-à-vis de ses collègues. Comment comprendre "l'abandon" d'un métier "de vocation" avec des compétences sanctionnées par des diplômes au bénéfice d'une fonction mal identifiée ? Et quelle crédibilité lui accorder alors même que le mode de recrutement laisse à penser qu'aucune compétence particulière ne serait nécessaire et en l'absence d'une appartenance claire à un monde plutôt qu'à l'autre ?

III.2.2 Travail concret à la marge

Réfléchir sur le poste de référent culturel dans les établissements hospitaliers, c'est aussi se poser la question de la temporalité. Celle-ci revêt deux aspects : le temps accordé à la mission et sa pérennité. En effet, tous les acteurs soulignent la dimension temporelle du processus d'installation. Le facteur temps dans la constance de l'engagement est déterminant pour intégrer la mission et la faire accepter en interne. La rendre naturelle passe par un phénomène complexe d'intégration qui constitue la trajectoire de l'hôpital pour installer durablement les projets. Certains parlent d'un « *travail sans fin* ». Ainsi, le turn-over sur le poste comme l'essaimage d'actions sont identifiés comme des éléments bloquants qui ne permettent pas une réelle dynamique ni la reconnaissance d'un référent. En témoigne ce médecin identifié comme tel par InterSTICES :

« Je ne suis pas référent culture. J'ai monté un projet culture hôpital il y a trois ans qui nous a tous ravis. Mais depuis deux ans, trois projets m'ont été refusés par notre direction pour des problématiques économiques. Ne sachant pas ce qu'est la mission d'un référent culturel, je ne peux donc répondre à votre questionnaire. »

L'autre caractéristique temporelle m'est révélée par les réponses au questionnaire. L'une des disparités est le temps de travail. Celui prévu pour la mission dans les contrats de travail ou les lettres de mission est particulièrement bas (deux contrats prévoient moins d'1 % d'un temps plein). 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 prioritairement consacrés à une autre mission. Pourtant, en ce qui concerne le temps nécessaire pour mener la mission, les référents et financeurs sont unanimes. Certains sont même dubitatifs devant le montage de projet en l'absence de temps dédié qu'ils qualifient de "cosmétique". D'ailleurs, la question du militantisme revient souvent dans les propos des directions. Une majorité attend de leurs équipes une collaboration bénévole au bénéfice de la culture comme un co-investissement civil sous forme d'accompagnement des malades ou de participation active aux ateliers. Dans le même temps, un référent constate un

mouvement inverse chez les soignants qui accompagnent de moins en moins les malades pour assister à des interventions, faute de temps. Les soignants eux-mêmes se sentent "sous tension" dans leur travail, et par conséquent empressés de retrouver leur vie privée.

Cette situation est d'ailleurs dénoncée par les financeurs :

« C'est pareil dans le médico-social, c'est pareil dans l'enseignement, on sait très bien que le militantisme fonctionne encore énormément quand on parle d'actions culturelles mais ça à ces limites. Tout programme qui s'appuierait sur le militantisme et pas sur des référents identifiés, rémunérés, formés. Ça finit par se déliter, s'épuiser, surtout dans les périodes où les moyens financiers vont s'abaisser. Dans les périodes de tension professionnelle, quand on a un ou deux militants et qu'ils commencent à s'épuiser, ça devient compliqué. »

Rares sont les établissements où la participation des soignants est naturellement incluse dans leur mission. Ainsi la question de l'équilibre temporalité/charge de travail tant pour les soignants que pour les référents cristallise les divergences et permet de dépasser les idéaux de convergence des deux mondes pour se confronter à l'aspect plus matériel du processus.

Du reste, les questionnaires révèlent un écart important entre le temps de travail théorique et le temps réel. Cette différence peut aller jusqu'à 67 %. Cet état de fait est confirmé voire amplifié par les entretiens puisque tous les référents rencontrés s'investissent au-delà de leur temps de travail, mobilisant même parfois toute leur famille. Le temps de travail réel s'échelonne de 6 heures par mois à 150 % d'un temps plein. Pourtant, tous les référents répondent à une même commande, celle d'organiser des temps culturels, mais pas dans les mêmes proportions ni le même type d'intervention. Dans un cas, on trouve successivement des projets plus ou moins complexes, sans continuité, souvent imaginés par le partenaire culturel, dans l'autre une programmation variée, continue et élaborée par l'établissement. A ce stade, on commence à distinguer deux segments que nous détaillerons plus loin dans le document, celui des référents culturels et celui des responsables culturels, qui se distinguent par l'autonomie, le niveau de responsabilité et le temps. La fonction de référent telle que nous l'avons définie est donc souvent exercée à temps partiel de façon connexe à d'autres missions. Lorsqu'un poste lui est consacré, elle représente une forme d'auto-formation et évoluera potentiellement vers la dimension de responsable culturel. Mais dans cette situation, il sera très délicat de définir le moment de cette mutation étroitement liée à la personnalité de l'individu et au niveau de responsabilité accordé.

Cette question de temporalité nous amène à une problématique de moyens accordés à la mission et donc de financement du poste. La dépendance aux financeurs et au dispositif crée une certaine fragilité et donc un caractère instable de la position du référent. De même, chacun souligne des temps difficiles pour les centres hospitaliers, pour certains, il n'est pas pensable de dégrever les budgets des soins au profit de la culture. Or, les subventions sont toujours susceptibles de ne pas être renouvelées. Par conséquent, la culture à l'hôpital doit cumuler les sources de financement et tendre à l'autofinancement pour subsister. Phénomène d'autant renforcé qu'en période de restriction, tout gestionnaire se replie sur les fonctions traditionnelles pour y concentrer les moyens. Par conséquent, les agents affectés aux thèmes transversaux comme peut l'être la culture, ont plus de chance d'occuper un statut précaire que ceux affectés aux fonctions traditionnelles et cadrées de production. Le référent se trouve à la croisée des chemins. Les différents acteurs font le vœu de postes dédiés et de référents formés soit initialement, soit par l'intermédiaire de la formation continue, mais se déclarent limités faute de moyens financiers. Chacun fantasme les capacités de l'autre et parle tout à la fois, de budgets colossaux des uns ou des autres et des difficultés financières dans une conjoncture restrictive : « *Les masses financières (d'un établissement) en jeux étant telles qu'elles devraient permettre d'absorber un budget suffisant sans pour autant déséquilibrer l'ensemble.* » (Un financeur).

Sous couvert de la compétence générale de telle ou telle institution ou du manque de demandes, chacun fait donc un choix au regard de son enveloppe budgétaire. Comme me le faisait remarquer un chef d'établissement, « *C'est toujours une question financière. Ça dépend de ce qu'on veut faire. A notre taille, ce n'est pas un poste qui pose problème, même si on supprime des postes tous les ans. Faut dire que c'est une action prioritaire.* » La question de la culture à l'hôpital et donc de l'existence d'un référent est par conséquent suspendue à la primauté de chacun des acteurs. D'ailleurs, comme une illustration de ce choix, on ne constate aucun lien entre le temps dédié à la culture et la taille de l'établissement. Si le lien entre financement et engagement est plus subtil qu'il n'y paraît, la question de la sensibilisation des décideurs devient essentielle. D'ailleurs, les acteurs prônent l'intégration de l'aspect culturel dans la formation initiale des chefs d'établissement, comme l'inscription de formations continues au plan de formation des établissements. Cependant, pour exaucer ce vœu, chacun se renvoie la balle et la culture reste une activité annexe de l'hôpital, à quelques exceptions près. De même, la sensibilisation des décideurs pourrait ne pas être exclusivement à la source mais se faire tout au long de leur parcours. Est-ce aussi une question de sensibilisation

générale ou d'exhortation du dispositif tel que le suggère un chef d'établissement non engagé dans la démarche

- *« Selon vous, quelles sont les conditions nécessaires pour mettre en place un poste dédié ? »*
- *« Que la subvention soit soumise à la création du poste, le rendre obligatoire. On est dans un univers très règlementé. On avance lorsque c'est imposé. »*

III.2.3 L'existence du référent : du recrutement à l'appréciation

L'une des caractéristiques du recrutement est issue du contexte, c'est-à-dire dans la nécessité d'embaucher une personne avec des connaissances et compétences éloignées de celles de l'hôpital. Ainsi les personnes en charge de procéder au recrutement sont en difficulté pour définir le poste et les critères de choix puisque elles-mêmes appartiennent à un autre groupe professionnel avec d'autres codes et références. *« Je ne connais pas assez bien les métiers de la culture. Je sais recruter une aide-soignante, un ergothérapeute, oui. Mais c'est plus compliqué pour une référente culturelle. » (Un chef d'établissement).* Cette complexité viendra aussi bousculer le processus d'évaluation.

De plus, le recrutement reflète la stratégie de l'établissement en matière de culture. Elle peut être parfois instaurée de longue date avec une structure dédiée et, pour les situations les plus courantes, dans une logique opportuniste en lien avec le dispositif « Culture et Santé ». Pour bon nombre de ces postes, ils ont été mis en place dans une logique "bricolée", sans réflexion sur le contenu, avec la sollicitation d'un salarié qui, aux yeux du chef d'établissement, semblait disposer de temps, ou manifestait un intérêt personnel aux questions culturelles. Cet aspect de "bricolage" revient d'ailleurs régulièrement dans les propos des référents au sujet de l'ensemble de leur activité. Ainsi dès la mise en place, le contexte peut être fondamentalement différent, basé sur un spectre allant d'une démarche structurée aux bonnes volontés individuelles. Cependant, dans le temps, lorsque la culture a trouvé sa place au sein de l'établissement, la question de la compétence et du contenu apparaît à l'occasion du renouvellement des personnes en poste. Mais bon nombre d'établissements, n'ayant pas encore vécu le départ du référent, la question ne s'est toujours pas posée. Dans ces conditions, comment parler de « professionnalisation » ?

En matière de stratégie, on peut relever deux approches distinctes. Là où certains chefs d'établissement sont convaincus que l'acceptation du référent par les équipes internes de

l'hôpital passe par une nomination parmi leurs rangs et choisissent d'infiltrer la culture à plus ou moins long terme, d'autres optent pour un recrutement externe pour marquer une différence et afficher leur volonté d'engagement dans la démarche. Ces choix renvoient justement à la question de la légitimité, même s'ils reflètent aussi la personnalité du chef d'établissement. Le fait même que la question se pose tend à montrer que la légitimité de la culture à l'hôpital n'est pas clairement établie à ce jour. Personne n'a encore identifié la bonne réponse, mais tous s'interrogent sur le bon moyen. Cela étant, lorsque le choix s'est porté sur le recrutement d'une personne issue du monde culturel, cela ne semble pas avoir posé plus de difficultés d'acceptation de la démarche. Bien au contraire, le référent se sent plus armé pour défendre une compétence nouvelle de l'institution.

Cette différence d'approche ne correspond-t-elle pas à des étapes différentes de la maturité de chaque établissement hospitalier en lien avec la stratégie plus ou moins offensive de la direction ?

Cette question me semble éminemment importante car source de difficultés pour les référents qui partent avec un handicap lorsqu'ils ne connaissent pas la culture ; handicap qui semble difficile à contrebalancer à court voire à moyen terme. Sans connaissance des "codes" de la culture, c'est une source de frustration et d'incompréhension de tous les référents profanes. Ils sont ainsi dans l'incapacité d'intégrer le réseau et donc de construire des partenariats. Ils rencontrent une autre difficulté en tâchant de comprendre les attentes des financeurs du dispositif et leurs décisions de soutien des projets, ceci malgré une forte adhésion de leur part, voire du militantisme, et une farouche volonté de séduire l'ensemble des acteurs.

De même, comment un chef d'établissement lui-même éloigné des codes de la culture peut-il recruter, et évaluer une personne sur des notions qui lui sont étrangères ? Il y a là un enjeu pour accompagner les chefs d'établissement dans leur choix dès le démarrage de la dynamique et à chaque changement. Ainsi InterSTICES pourrait leur proposer un accompagnement avec un co-recrutement afin de les aider à définir la finalité et la place du projet culturel dans leur établissement et en découler le type de profil adapté à leur situation. Ce qui sous-entend que chaque établissement fasse le choix de s'engager dans la voie de la professionnalisation, voie qui inclut l'ensemble du processus et des acteurs de l'établissement. Il s'agit ici de dépasser la professionnalisation du référent afin de lui offrir des conditions favorables à l'exercice de sa mission par la professionnalisation de l'établissement. Cela

implique un changement d'orientation vers une dynamique d'assimilation de la culture en son sein.

Par ailleurs, dans tous les cas, les critères d'embauche devront intégrer les capacités et traits de personnalité des candidats et ne pas se référer uniquement à des critères techniques. Nous sommes en présence d'un recrutement particulièrement complexe qui représente une difficulté supplémentaire pour le recruteur. Il lui faudra déplacer le regard pour percevoir des éléments complètement subjectifs. Démarche à l'inverse de toutes les techniques de recrutement qui cherchent plutôt à minimiser les risques d'erreur en optant pour des critères plus facilement mesurables. D'autant que tout manuel de management constate et alerte sur la propension des recruteurs à embaucher leurs propres clones. Pour contourner cette difficulté, tous les choix portés vers un spécialiste de la culture ne sont pas le fait du hasard, mais celui du réseau. Il s'est toujours agi de personnes déjà connues d'un ou plusieurs acteurs de l'établissement, comme une évidence cette personne serait en mesure de remplir la mission. Une façon de minimiser les risques et de s'assurer un choix pertinent doublement validé. Les acteurs de l'établissement deviennent garants de la capacité d'adaptation de l'individu à l'institution et les acteurs du réseau culturel garants des qualifications nécessaires. On retrouve ici l'importance de l'identification du référent dans le réseau culturel, embauché par l'établissement qui reconnaît en des compétences dans ce secteur sans pour autant être elle-même partie prenante.

Une fois le poste pourvu, il sera nécessaire de laisser le nouvel arrivant prendre la mesure de l'identité de l'établissement pendant ses premiers mois de prise de poste, pour observer et se rapprocher des équipes. Il devra faire son apprentissage des "codes de l'hôpital" pour faire le lien. Le pont entre les deux mondes se construira sur les deux piliers que représentent les notions de chacun. Le contexte de l'hôpital apporte par essence un premier niveau de codes et de compréhension, le référent quand-à lui fournira la connaissance de la culture. Reste au chef d'établissement la responsabilité de créer les conditions nécessaires pour permettre aux différents acteurs de l'hôpital de se saisir de ce regard nouveau.

L'évaluation comme le recrutement est faite de façon aléatoire. D'ailleurs, certains chefs d'établissements admettent naturellement ne procéder à aucune forme d'évaluation. En difficulté, faute de notions tangibles, l'établissement la confie indirectement à la commission régionale et aux financeurs qui valident ou non la démarche en la sanctionnant par une subvention. Les référents eux-mêmes s'en remettent à l'instance et la reconnaissent comme une validation de leurs pairs :

« Je pense le projet en croisant le regard avec celui de la commission et je le soumetts à la commission. »

Un référent

De même, les acteurs de l'hôpital admettent leur incompétence à juger de la qualité de la prestation des artistes comme de celle du référent. Pour cela, ils se reportent sur les professionnels de la culture pour reconnaître leurs qualités et compétences entre pairs. De nouveau, l'aura du référent dans le réseau va contribuer à sa propre reconnaissance dans l'institution.

L'absence d'injonction et de cadre organisationnel engendre une forme d'autodiscipline et confère au référent une extrême autonomie pour mettre en pratique ses savoirs. Le référent est souvent dans une situation atypique d'autodéfinition de son rôle qui va de l'intitulé de son poste à son contenu. Sa personnalité peut jouer ici un rôle prépondérant et déterminer s'il se saisit ou non de cette opportunité pour s'engouffrer dans son poste au regard de ce qu'il aime faire. Soutenu par ses savoirs, il sera en mesure ou non de servir la fonction de « *fou du roi* » [Herreros, G., 2004]. Les chefs d'établissements, lorsqu'ils constatent une réelle intégration de la culture, vont de leur côté préférer une analyse pragmatique en personnifiant le poste dans une forme de déni des compétences déployées. Le poste ainsi personnifié rend l'individu indispensable. Il ressort que l'objet insaisissable que représente le référent est traité dans une posture au moins en partie marginale, en complète déconnexion avec les autres personnels de l'hôpital. Les injonctions demeurent floues en écho à la prescription de la loi. Les référents non soumis à la loi du chiffre sont tenus à l'écart du processus de quantification pourtant de plus en plus présent dans l'institution. Au final, cette absence de contrôle et de restrictions, comme leur position de marginal sécant leur donne l'autonomie et le pouvoir caractéristique d'une profession établie parfois au-delà même de celui des équipes de santé.

« C'est cloisonné entre les établissements, entre les équipes de professionnels, les médecins, les infirmières, toutes ces catégories ont du mal à se parler. La culture est souvent à l'avant-garde de la politique de santé. Ça peut paraître bizarre ou choquant, mais il n'y a pas meilleur décloisonnement. Ça peut faire tomber certains stéréotypes, ça peut faciliter la coopération entre les acteurs. Ce problème de balkanisation entre les professions, c'est souvent des barrières psychologiques, c'est des stéréotypes. Ces moments particuliers font que les gens se voient d'une autre manière entre professionnel mais aussi avec la place du patient. (...) Y a un chemin étroit à tenir. C'est à la fois la politique de santé et à la fois, il y aurait un très grand risque à aller trop loin dans ce sens et à institutionnaliser le dispositif. Il pourrait être

récupéré sur des objectifs purement managériaux ou d'amélioration de la qualité, et on perdrait l'intérêt de cet apport. Il est riche parce qu'il est extérieur au système de santé. Si on l'ingère complètement, on perdra ça. »

Un financeur

III.2.4 Lien stratégie/compétences/évolution

Pour reprendre les principaux éléments précédents, le savoir-faire des référents s'est souvent construit au fur et à mesure avec les années, tout du moins pour les référents non-initiés aux questions culturelles. Ils construisent eux-mêmes leur poste en même temps que l'activité, d'autant qu'il ne s'agit pas vraiment d'un poste, mais d'une mission supplémentaire qui leur est confiée, comme traité dans le chapitre III.2.2, « Travail concret à la marge » (p. 51). Leur métier reste donc celui d'origine, malgré l'acquisition d'une certaine technicité. Par ce phénomène d'entre-deux et l'usage générique du terme référent culturel utilisé dans le réseau, quelques-uns ont eux-mêmes du mal à s'identifier et à se dénommer comme tels, tandis que d'autres, se sont approprié le vocabulaire et revendiquent une reconnaissance. A quel moment sentent-ils avoir « traversé le miroir » (une expression qu'employait Hughes, pour désigner le moment où un apprenti se sent pleinement professionnel, soit qu'il se sent stabilisé dans ses compétences, soit que les autres lui renvoient ce sentiment) ? Cette hétérogénéité dans la situation des référents les empêche de mettre en équivalence le travail réalisé dans les différents contextes et d'identifier leur cœur de métier tout en partageant une même activité. Pourtant, les financeurs relèvent une forte évolution de professionnalisation de tous depuis le lancement du dispositif, professionnalisation qui se traduit dans les demandes de subvention, les pratiques et les types de partenariats.

Il convient aussi de s'interroger sur les effets produits par l'attribution d'un poste en interne. Ce choix est souvent dicté par des craintes de deux ordres. Tout d'abord, une préoccupation économique, que j'ai déjà abordée, puis une préoccupation d'acceptation de la démarche par les personnels. En effet, bon nombre de chefs d'établissements ont adopté un discours, voire des mesures de rationalisation budgétaire et, par conséquent, souhaitent afficher la neutralité de la démarche. Pourtant cette stratégie dessert la démarche car elle n'affiche pas la culture comme une nouvelle compétence de l'hôpital mais plutôt une activité annexe qui ne nécessite pas de compétences particulières puisqu'assumée par un(e) profane, alors qu'un référent, professionnel de la culture devra faire sa place avec ses savoirs de spécialiste. Ce parti-pris affiche clairement le choix du dirigeant d'installer la culture au sein de l'établissement. Au-delà du soutien que cela représente, la qualité de la démarche affichée dès le départ donne à

voir directement des actions adaptées plutôt qu'un tâtonnement pour évoluer vers des actions artistiques.

D'ailleurs, là où certains ne voient pas toujours l'intérêt d'un tel investissement, les établissements qui ont opté pour l'embauche d'un profil culturel semblent tous confortés dans leur choix devant les effets produits. Ils soulignent le changement de dimension qui en a découlé sans pour autant se l'expliquer autrement que par une personnification du poste. A leurs yeux, le savoir-être prime sur le savoir-faire.

Lorsque le référent est choisi parmi les personnels de l'hôpital, il est en situation de cumul de deux fonctions. Les réponses au questionnaire montrent qu'aucun d'eux n'a quitté son métier d'origine même après plusieurs années. Toutefois, il faut distinguer les métiers du soin et les autres pour qui la bascule semble plus accessible. Les personnes issues des métiers de l'animation ou de la communication s'approprient plus largement la fonction comme une extension de leur mission d'origine, parfois jusqu'à inverser la proportion des deux missions. Avec les métiers du soin, la problématique est bien différente puisqu'ils occupent les fonctions traditionnelles de l'hôpital, c'est-à-dire les fonctions reconnues. Evoluer vers un poste de référent demanderait donc à ses acteurs de renoncer à la position sociale et à la protection afférente pour s'engager dans une situation beaucoup plus précaire tant en matière de légitimité que d'un point de vue économique (cf. chapitre III.2.2, « Travail concret à la marge », p. 51). Cet aspect protecteur de l'organisation a été dépeint par M. Crozier au sujet du monopole :

« La position de chaque groupe est non seulement étroitement déterminée mais encore complètement figée et il est impossible, de passer d'un groupe à l'autre. Cette situation, nous l'avons montré, implique un engagement professionnel à long terme ou même à vie, ce qui renforce la solidarité de groupe et développe la lutte pour le pouvoir. » [Crozier, M., 1971, p. 210].

Un chef d'établissement va même jusqu'à parler de deuil impensable et incompréhensible aux yeux de la communauté soignante. Il s'agirait pour eux de renoncer à une identité qui les aide à donner un sens à leurs expériences, à communiquer, au profit d'une identité incertaine, en devenir.

D'un point de vue managérial, les référents sont très peu soumis à des consignes. Seul le contenu de la mission est plus ou moins formalisé. Comme ils ne reçoivent pas d'instructions

précises, ils ne sont pas non plus évalués. N'ayant pas non plus un rapport client/fournisseur avec les publics, ils ne sont soumis à des injonctions ni de l'intérieur ni de l'extérieur. Ainsi, ils disposent d'une totale autonomie dans leur travail et sont d'autant plus demandeurs de reconnaissance sur le sens de leur travail.

De même que la question des profils et des pré-requis, il est intéressant de se pencher sur les potentielles évolutions des individus. L'une des voies possibles pourrait s'orienter vers des postes de directeurs des affaires culturelles dans une collectivité territoriale, métier connexe qui présente les mêmes caractéristiques que celles du référent culturel selon le Comité National de Liaison des Directeurs des Affaires Culturelles (CLIDAC, 2014)

III.2.5 Statut

Dans son analyse du travail de Simmel, Robert Nisbet retient un processus d'autonomisation de différents concepts qui constitue un principe fondamental du développement social. Parmi ces concepts se trouvent la connaissance et le droit. Nisbet y ajoute le statut :

« ... le statut, qui était auparavant ancré dans un système de propriété et de pouvoir dont il était inséparable, est devenu un élément autonome. Il s'est détaché de la classe ou du gouvernement de la même façon que la connaissance s'est détachée de la lutte pour la vie. En un mot, il a accédé à l'autonomie existentielle. » [Nisbet, 1966, p. 270].

Ainsi la question du statut devient une notion tout aussi sensible que celle de la compétence ou de la connaissance.

III.2.5.1 Intrus partout mais espéré par tous

Chaque monde a ses codes, par conséquent ceux de l'hôpital et ceux de la culture divergent. Le référent œuvrant dans les établissements hospitaliers, son existence est soumise au croisement de ces codes. Or, comme abordé au sujet du recrutement et de l'évaluation, cette question de culture, pour les établissements hospitaliers, prend un caractère insaisissable devant l'inconnu ce qui engendre une certaine indétermination des positions internes et des consignes passées au référent. Ainsi dans un monde où tout est très codifié, hiérarchisé, le référent occupe une position de relative marginalité. A tel point, que personne ne sait vraiment à quel monde rattacher le métier et encore moins où le positionner dans la

hiérarchie. Toutefois, cette question semble moins être un sujet de débat qu'un problème de reconnaissance.

Tous les acteurs s'accordent sur le fait que le référent rassemble des compétences des métiers de la culture mais souffre d'absence de statut au sein de l'institution hospitalière pour y avoir une place. Par contre, il y a divergence sur le rattachement de ce statut. Les réflexions menées jusqu'à présent ont abouti à une fiche métier de Responsable des affaires culturelles dans la nomenclature de la fonction publique hospitalière. Cette fiche est tout à la fois, rattachée au code ROME des métiers de l'animation et des catégories A et B. En ce qui concerne les établissements privés, rien n'a été formalisé. Une autre voix s'élève en vue de renforcer l'affichage de l'appartenance de la fonction aux métiers de la culture.

« - Il faut que ce soit un métier reconnu mais pas dans la fonction publique hospitalière. Ça porte en germe le risque de l'institutionnalisation du dispositif. Alors que si tu le fais entrer dans un statut vis-à-vis de la culture ; vis-à-vis des professionnels concernés, ça leur apporterait la même garantie le même intérêt. Ils ont ce statut et serait en quelque sorte mis à disposition. Ils viennent œuvrer dans la santé. (...) Ce n'est pas la même chose si le poste est régi par la culture ou par la santé. Il faudrait que le poste soit référencé parmi les métiers de la culture. Il pourrait y avoir un métier de référent culturel dans la santé, le sanitaire et social. (...) Ça permettrait des évolutions, que les personnes passent d'un musée à la santé ou vice versa. Ces allers retours sont très riches. (...) Les gens dans cette position ont plus d'autonomie. Si ça dysfonctionne, ils peuvent toujours retourner dans leur administration d'origine. Ça légitime la fonction. Pour un référent culturel, c'est très important d'avoir cette autonomie. (...) Ça c'est riche pour tout le monde, la personne, l'institution. C'est toujours intéressant, ça ouvre.»

Un financeur

Bien que cette hypothèse séduise des financeurs comme des chefs d'établissement, elle ne peut se généraliser telle qu'elle à l'ensemble des postes puisque le système de mise à disposition ne peut se faire qu'entre fonctions publiques, les référents d'établissements privés en seraient donc exclus. De plus, la mise en œuvre semble complexe puisque soumise à une volonté politique et un engagement des deux ministères. Toutefois, elle représenterait la concrétisation de l'appartenance du métier de référent aux métiers de la culture.

III.2.5.2 Le statut que confère l'autonomie ou l'autonomie conférée par le statut ?

Par ailleurs, le flottement de la commande procure aux référents une certaine autonomie qui contribue aussi à le marginaliser vis-à-vis de la *structure bureaucratique* de l'institution et de son personnel. Habituellement, une nature et une étendue de liberté comme celle-ci découle de situation ou de rang dans la pyramide hiérarchique. Dans la situation du référent, le principe est donc inversé, il dispose de l'autonomie et de la responsabilité, mais pas du statut. Or Simmel nous disait :

« Le statut reste largement personnel alors que ce qui relève de l'économie et du pouvoir est devenu le fait de structures objectives et impersonnelles. Il y a de plus en plus de secteurs de l'existence où ce n'est pas la personne mais la position qui constitue en quelque sorte l'élément dominant. » [Nisbet, 1966 p. 271].

Le statut n'est donc pas accordé à l'individu mais à une fonction. Dans le cas du référent, sa position dans « l'ordre social » est majoritairement déterminée par sa fonction principale. Comme nous l'avons vu, une grande part de référents officie quelques heures ou quelques jours, mais se consacrent à un autre métier avec un rang propre. De même, lorsque leur fonction a évolué, ils sont restés rattachés à leur statut d'origine. Quant aux référents dédiés à la culture, ils sont logés à la même enseigne. Une nouvelle fois, cette disparité contribue à la confusion. L'éventail de statut dans lequel on retrouve les référents s'étend du statut de cadre dirigeant à la catégorie B de la fonction publique. Toutefois, rare sont ceux qui exercent sous un statut cadre ou équivalent.

Tous référents, eux-mêmes mal à l'aise avec cette situation, finissent par en prendre leur parti. Très peu revendiquent la reconnaissance d'un statut équivalent à leur niveau d'autonomie et à leurs compétences. Certains vont même considérer leur situation comme confortable en comparaison de celle de leurs homologues référents. Ils utilisent le terme de "bricolage" pour qualifier leur activité, leur poste et leur statut. Paraissant résignés, cette attitude tire vers le bas l'ensemble du groupe professionnel. C'est parfois au détour d'un changement que cette réalité leur apparaît.

« Je dois m'absenter pour quelques mois, la direction envisage le recours à un stagiaire en master « gestion de projet culturel ». Mais on m'a aussi parlé d'une jeune fille qui est en emploi d'avenir à la DRH sur la gestion des retraites. Elle pourrait

prendre une partie de mes missions. Ca me rend malheureuse plus qu'énervée. Peut-être est-elle compétente mais il n'y a pas vraiment de reconnaissance ! Ou en tout cas, pas dans la façon d'amener la réflexion. D'autant que mon absence est aussi l'opportunité pour la direction de créer une mission culture pour un cadre... mais ce poste ne m'est pas proposé ! »

Une référente

Pourtant la position dans l'ordre social représente autant l'attribution d'une place que la reconnaissance du niveau de responsabilité vis-à-vis de l'ensemble de l'organisation. La position équivalente à un cadre fonctionnel assoit une forme de légitimité auprès de l'ensemble des acteurs de la démarche. C'est l'attribution de l'autonomie nécessaire tant en interne qu'en externe auprès des partenaires culturels et institutionnels, comme des collectivités locales avec lesquelles le référent entretient des relations. Le manque de statut généralisé est perçu par une majorité de référents comme un manque de reconnaissance de l'institution.

Pourtant, j'ai rencontré l'unanimité sur cette question. Selon les trois types d'acteurs, l'ouverture du poste de référent correspond aux rangs supérieurs de la pyramide hiérarchique. Mais le statut cadre est souvent assimilé à un lien hiérarchique et non fonctionnel. Cependant, il pourrait être un soutien pour le référent, lui fournissant la légitimité auprès des équipes, et ainsi contribuer à positionner la culture comme une activité de l'hôpital.

III.3 L'identité collective et ses segments

L'hétérogénéité des statuts et la place conférée aux référents, nous ramène à la notion de segment déjà évoquée dans le chapitre sur la temporalité. Sur la base des *segments professionnels* tel que les définit Strauss, c'est-à-dire des sous-ensembles en perpétuelle restructuration qui se distinguent à l'intérieur d'une profession par leurs valeurs, leurs croyances ou leurs pratiques, on peut distinguer deux segments : celui des référents culturels au sens de "contact" et celui des responsables culturels. Chaque segment (ou groupe) forme, en ce qui concerne l'activité culturelle, un *mouvement social* homogène avec des processus communs et un contenu tout en étant interdépendants et en mouvement. En effet, nous avons vu que la mission était constituée des mêmes tâches et que la manière de faire était aussi commune, structurée par la démarche et les documents imposés dans le cadre du dispositif

« Culture et Santé ». Chaque groupe se définit de la même façon, selon la légitimité qu'il s'accorde. Ainsi le groupe des référents culturels rassemble des individus de toutes fonctions et de tous métiers, identifiés comme contacts rendant possible des interventions culturelles à l'hôpital. Les responsables culturels 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. Dans une certaine *confraternité*, « *Les objectifs sont de plus en plus connus et partagés par les acteurs, On se retrouve dans une pensée commune* » (Un financeur). D'ailleurs le collectif que forme la commission régionale constitue un « clan » dont seuls les membres ont les codes d'accès et une vision assez fine de ses membres, renforçant l'appartenance, mais la rendant inaccessible au profane. La *socialisation* des nouveaux consiste à les initier aux codes et aux normes qui régissent les comportements ainsi que l'a décrit Dubar [Dubar, C., 2010]. Pour le référent culturel, en supplément d'une initiation aux codes et aux normes, la *socialisation* passe aussi par l'assimilation du vocabulaire utilisé¹⁶.

Dans ce contexte, les individus participent au processus continu de construction des mondes sociaux dans lesquels ils sont engagés. Il revient aux responsables culturels de s'organiser collectivement pour donner corps à la profession. Le collectif est structuré en comité local et en commission régionale. Celle-ci se positionne comme régulateur du dispositif mais n'ambitionne pas de réguler la profession. Nonobstant les débats menés autour de l'identité du métier, ce collectif ne revendique pas ce rôle en l'absence de maturité nécessaire et malgré l'outil opérationnel qu'est InterSTICES. L'association constitue un lieu ressource au service de la démarche et des référents ou responsables, mais ne saurait être l'organe de régulation de la profession puisque le corpus de ses adhérents est constitué des établissements de santé et non des individus.

En mobilisant les critères établis par Jean-Michel Chapoulie [Chapoulie J.M., 1973, p93] pour définir une *profession* au sens fonctionnaliste anglo-saxon, la reconnaissance de l'activité de référent culturel comme profession ne peut être établie nettement. Comme déjà abordé dans le

¹⁶ Le vocabulaire, base de la communication, nécessite d'être partagé entre les interlocuteurs pour qu'ils se comprennent. L'acquisition d'un vocabulaire spécifique à son interlocuteur est donc une étape indispensable à l'établissement d'une entente mutuelle. Par exemple, comment parler de la neige avec un Inuit qui possède plusieurs dizaines de mots pour la désigner ? Au-delà de la communication, un vocabulaire partagé, et reconnu comme tel, désigne l'autre comme initié : Le vocabulaire évalue le statut.

chapitre III.2.3¹⁷, le contrôle de l'activité professionnelle est établi entre pairs par la commission régionale garante de l'éthique et de la technique en sanctionnant le projet par l'attribution ou non de la subvention, mais le recrutement est lui assuré par l'établissement. Nous ne sommes pas ici en présence d'une profession règlementée par un accord faisant force de loi. En revanche, la fonction de "responsable des affaires culturelles" a bien été instituée par la convention nationale de 1999. Le réseau des comités locaux et la commission régionale préfigure la communauté d'intérêts identitaires et politiques qui garantit la cohésion de l'ensemble. D'ailleurs, beaucoup de référents se sentent portés par lui : il les forme, les évalue et les légitime. Toutefois, il n'existe pas de cadre collectif protecteur de la profession avec des normes et des règles pour la régir. Cette structuration s'apparente plutôt à un réseau d'interconnaissance et d'entraide, sans exigence de professionnalisme portée de l'intérieur. Cette dimension de construction de réseau est qualifiée d'exemplaire par les financeurs. Certes, les responsables culturels disent souffrir d'un manque de reconnaissance mais ne revendiquent pas pour autant une distinction claire de la fonction de référent culturel pour valoriser leurs savoirs et instaurer un contrôle à l'entrée. En d'autres termes, ils ne cherchent pas à réglementer eux-mêmes la profession, mais attendent cependant une certaine légitimité de la part des acteurs.

Quant au niveau de revenu, au prestige et au pouvoir, trop peu de personnes occupent la mission à temps-plein pour en déduire une norme de rémunération. En ce qui concerne le prestige, on peut se référer à la définition du terme profession du Larousse : « *Métier de caractère intellectuel, artistique, etc., qui donne une position sociale plus ou moins prestigieuse : La profession d'avocat.* » De même, comme nous l'avons vu précédemment, la quasi-totalité des référents disposent d'un niveau d'autonomie élevé qui combiné à leur position de marginal sécant, leur confère un certain pouvoir.

Ainsi la segmentation du groupe professionnel nous invite à observer comment les référents et responsables culturels se construisent avec leurs distinctions, sur la base d'une définition et d'intérêts communs de la profession

¹⁷Chapitre III.2.3 « L'existence du référent, du recrutement à l'appréciation » p. 53

III.4 Interactions

En observant le processus de construction de la profession et le système de contraintes des référents à travers les visions de chaque type d'acteurs et de leur position dans l'ordre social, nous percevons mieux les facteurs qui contribuent ou freinent leur légitimité professionnelle. Nous verrons maintenant les principales interactions entre les référents et les acteurs avec lesquelles ils sont en contact dans l'exécution de leur mission et comment la distinction en segments apparaît déterminante dans la façon de penser et de percevoir leur professionnalité.

Puis, le référent étant une partie intégrante du tout que forme l'institution, nous ouvrirons notre vision, dans une dernière partie, vers l'incidence d'une approche plus globale et intégrée de la culture à l'hôpital.

III.4.1 Le référent et l'ordre négocié

Chaque individu dans l'organisation est un acteur au sens qu'il est susceptible d'être actif pour arriver à ses fins en poursuivant ses propres objectifs. Ainsi les rapports de travail sont induits de ce système d'interactions entre acteurs et groupes d'acteurs autour et à propos des enjeux tant individuels que collectifs.

« Quand on a reconnu que les activités humaines dépendent aussi des sentiments engendrés chez les individus, par leur appartenance à un groupe ou par leurs rapports interpersonnels, on doit aussi reconnaître que les demandes rationnelles faites à l'individu ne suffisent pas à déterminer des résultats constants et prévisibles et que l'efficacité d'une organisation ne peut se résumer à la combinaison d'expertise, d'impersonnalité et de hiérarchie du "type idéal". ».[Crozier, M., 1971, p. 220].

Ainsi le fonctionnement d'une organisation dépasse sa structuration pour s'appuyer sur les relations interpersonnelles des individus.

Partant de cette notion, comment le référent s'impose-t-il dans l'établissement structuré et professionnalisé qu'est l'hôpital ? Comment s'intègre-t-il et comment est-il intégré par les personnels pour prendre part à la division du travail ? Ses relations avec chaque catégorie de professionnels et de personnels, comme des patients, permettent d'éclairer les collaborations plus ou moins étroites ainsi que l'extension ou le relâchement des règles.

A partir du travail d'Anselm Strauss sur l'hôpital et son *ordre négocié*, une première question se pose autour de la finalité de la démarche culturelle au regard des objectifs de chaque type d'acteurs au sein de l'hôpital. Dans ses écrits, il met en évidence les accords et divergences sous lesquels l'hôpital peut fonctionner dans le cadre de son *mandat généralisé*. Le fondement institutionnel de prise en charge de la santé des malades est interprété différemment par chacun en fonction de son propre objectif. Le mieux-être du patient est au cœur de toutes les divergences, qu'il s'agisse de définir le traitement ou le service le plus adapté. Médecins, infirmières et aides-soignantes interprètent différemment les signes physiques ou psychiques du malade associés à son comportement.

« *Ce qu'on entend par "aller mieux" est, en soi, sujet à des différences d'appréciation lorsqu'on évoque les progrès - ou la régression- de tel malade en particulier. (...) mais aussi en fonction du concept même de mieux être accepté par les différentes catégories.* » [Strauss, A., 1992, p. 96].

Entre aussi en ligne de compte, l'ensemble des raisons propres à chacun de travailler à l'hôpital et ses objectifs personnels. Cette diversité impose la négociation. Pour la rendre permanente, une certaine souplesse des règles est indispensable. En conséquence, les règles régissent un champ très restreint laissant une large marge de manœuvre pour des *ententes générales*.

Pour servir son objectif d'intégration de la culture, le référent n'a d'autre choix que de participer à ce processus d'entente en tissant ses propres *alliances* ; des arrangements interprofessionnels qui découlent d'intérêts communs à plusieurs professions voisines. Pour gagner en cohérence et en efficacité, ces alliances se font à tous les niveaux de la hiérarchie pour couvrir l'ensemble des problématiques qu'elles soient politiques ou opérationnelles. Ces accords ne se font pas au hasard, ils s'appuient eux-mêmes sur les ententes préexistantes passées entre personnels de l'hôpital. Pour ce faire, le référent aura, au préalable, identifié qui passe des marchés, avec qui, pourquoi et à quel moment ? Chaque entente est liée à un contexte proche et, même lorsque le personnel est convaincu, des discussions s'imposeront pour s'adapter aux situations. Le référent ne peut en aucun cas faire du "prêt-à-porter", seul le "sur-mesure" permettant de développer des accords. Ainsi les ententes sont uniques et non interchangeables. Elles ne peuvent se transposer d'une situation à l'autre. Par conséquent, des ententes construites par un animateur ou un soignant ne pourront être mises à profit une fois l'individu en charge de la culture.

Ainsi, pour intégrer la culture, on imagine aisément l'ampleur de la tâche à l'échelle d'un établissement qu'elle qu'en soit la taille. Un réseau de relais plus ou moins formels est donc nécessaire pour construire et participer à ces ententes. Le travail du référent est donc de construire et d'entretenir ce réseau en créant toujours plus d'alliances. De même, tout changement de référent ou d'équipe imposera de nouveaux arrangements. Il s'agit là d'un processus quotidien, sans fin, pour rétablir des équilibres toujours changeants. Cet aspect du métier est donc particulièrement chronophage. Pour s'y consacrer, le référent a besoin de temps et d'énergie. Il est donc d'autant plus important qu'il ne soit pas déjà absorbé par d'autres préoccupations.

III.4.2 Le référent et les acteurs de l'hôpital

« Si l'on ne concentre pas son attention sur le caractère négocié de l'ordre, on a peu de chances de remarquer les liens de cause à effet entre les actions et les relations. »

[Strauss, A., 1992, p. 101].

Dans cette étude, je distinguerai deux ensembles d'acteurs avec lesquelles le référent est en interaction au sein de l'institution : la direction, symbolisée par le chef d'établissement, et l'ensemble des personnels de l'hôpital. Cette dernière catégorie pourtant constituée de médecins, soignants, administratifs, etc..., est traitée ici comme un tout, ne distinguant pas les différents types d'acteurs poursuivant pourtant des finalités propres en lien avec leurs positions sociales et leurs caractéristiques ; tels les urologues ou les anesthésistes qui revendiquèrent en leur temps la reconnaissance de leur spécialité. Toutefois, n'ayant pas été entendus dans le cadre de l'enquête, ils seront traités ici comme formant un ensemble.

La mission étant subordonnée à la mobilisation des acteurs intérieurs comme extérieurs à l'hôpital, le référent se trouve en position de leader fonctionnel, dépourvu de relations de pouvoir induites par la pyramide hiérarchique, mais en situation de fédérer les équipes. Ainsi, au moyen des alliances, le référent tire sa force d'unification de son charisme et son aura auprès des équipes pour stimuler les bonnes volontés et susciter les collaborations nécessaires à la mise en place d'une structuration dans une certaine conformité du cadre de l'organisation. Dans cette perspective, structure formelle et rapports informels se complètent et s'interpénètrent.

« La volonté réelle de participation dépend donc finalement dans une assez large mesure du degré de confiance et d'ouverture à autrui qui caractérise les relations

interpersonnelles dans le milieu et dans la société en cause. » [Crozier, M., 1971, p. 252].

Cette question de confiance est très épineuse dans un *système bureaucratique* complexe dont les règles forment une structure de protection de l'individu autant qu'un système normatif.

« Clairement, le personnel soignant n'est pas ouvert à la culture, ni demain. Ça me paraît logique. Quand tu es soignant, médecin ou infirmier, tu vas dans une école pour être formé aux soins, pas formé à la culture ou à l'art. C'est normal. »

(Un financeur)

Selon les différents acteurs, il règne dans les services une logique de technicité avec une certaine tension dans le travail. Tout ce qui se rajoute vient par conséquent perturber l'organisation. Selon les acteurs du dispositif, la culture est tolérée, consentie, concédée par les équipes. Une majorité d'individus serait plutôt réfractaire à la démarche par manque d'intérêt de ce type de mission dans l'hôpital au regard de ses tensions, avec les charges de travail et les obligations de soins. Toutefois, la collaboration, comme la reconnaissance, sera très variable. Certaines unités sont très engagées et mettent tout en œuvre pour faciliter l'intégration de la culture. Dans ce sens, les services techniques sont souvent un atout, même s'ils ne sont pas les premiers bénéficiaires de la démarche.

Les actions se construisent dans une relation à trois avec le caractère indispensable du dialogue et de l'écoute de chacun pour conserver les équilibres fragiles comme l'illustre cette anecdote dans un établissement de taille moyenne :

Tandis que le directeur se sent très engagé dans la démarche, confiant en son poids dans la hiérarchie et l'accueil de ses injonctions pour obtenir la collaboration de tous. Le référent, suite à une expérience malheureuse, préfère ne plus informer les équipes soignantes des interventions culturelles à venir. En effet, il a constaté qu'un responsable de service en conflit avec l'institution avait cherché à régler ses comptes personnels en sabordant une intervention. Suite à sa préparation du service, le personnel soignant a gentiment congédié les artistes dès leur arrivée, invoquant un refus unanime des patients à une exception près.

Dans cet établissement, j'ai pu observer des bribes de répétitions menées dans les chambres des patients pour récolter des suggestions et critiques de la création qui leur sera présentée quelques semaines plus tard. L'intervention se passe de façon complètement déconnectée du

reste de l'activité de l'étage. Un simple contact avec un responsable a permis de cibler les chambres dans lesquelles l'état de santé du patient autorisait l'intervention. A la suite de quoi, les comédiens déambulent dans ce qui semble être une indifférence générale. En entrant dans chaque chambre, ils présentent eux-mêmes le motif de leur visite et demandent une autorisation à chaque patient. Dans la chambre du fond, une dame refuse et les comédiens passent à la chambre suivante. Discrètement, une soignante ira revoir cette même patiente pour lui expliquer la démarche et obtenir son accord, à la suite de quoi, voici l'extrait d'un échange entre les comédiens et le référent :

- *«Je trouve bien de ne pas annoncer vos interventions. On pourrait dès l'entrée des patients, leur demander s'ils veulent une intervention, mais je ne trouve pas ça bien. Là, les patients n'ont pas été prévenus, c'est mieux. Les soignants ne facilitent pas. Il vaut mieux qu'ils n'interviennent pas. Ca les dérange. (le référent)*
- *Notre allié, c'est le soignant. Il nous dit si la situation du patient autorise une intervention et les chambres où on peut aller. (le partenaire culturel)*
- *Il suffit qu'il y ait eu un problème avec la direction pour qu'ils ne facilitent pas les choses (le référent)*
- *Vous devriez peut-être vous réunir pour parler de tous ces aspects, pour vous coordonner. (moi)*
- *On en a fait plein des réunions, mais ça n'a pas fait avancer. On pourrait faire une affiche pour annoncer les comédiens. (le partenaire)*

Puis en aparté : - Il faut qu'on lui redise chaque fois de l'annoncer. » (le partenaire)

Dans cet exemple, malgré la bonne volonté de chacun, la démarche est limitée car chacun se retranche derrière sa propre réalité et personne n'est réellement en situation de faire du lien au sein de l'ensemble. On constate aussi que le supposé rejet des équipes soignantes ne fait pas obstacle à leur collaboration.

Certains conflits d'intérêt internes peuvent aussi influencer directement le travail du référent et ses relations extérieures. Comme ce référent qui limite ses rencontres avec le monde culturel pour ne pas sortir de l'hôpital ou organisera ces temps pendant ses jours de repos par crainte de l'opinion négative de ses collègues. Ou encore cet établissement qui verrouille l'accès à Internet par souci de protection de son système informatique, coupant ainsi le référent du monde extérieur et notamment des informations et des réseaux culturels nécessaires à sa

mission. Quelques référents interprètent parfois les attitudes du personnel comme de la jalousie envers leur autonomie, notamment en l'absence d'un statut la justifiant.

Pour finir, la relation avec la direction est déterminante. Le chef d'établissement prescrit la démarche, tandis que le référent ne fait que l'administrer. La dimension politique se positionne bien au sommet de la pyramide et la force des répercussions sera d'autant plus constructive que la conviction de la direction sera grande. Concernant cet aspect l'étude « *Culture-hôpital, de l'expérimentation à l'institutionnalisation* » a justement traité du « couple » référent-chef d'établissement, point central de la réussite des projets.

Pour résumer, le référent a besoin d'un statut qui lui permette de négocier en permanence au sein de l'établissement pour obtenir la collaboration et la participation active des équipes, car lorsque le personnel adhère, cette adhésion vient rarement *a priori*. Dans cette position, le statut du référent culturel, et plus généralement celui de la culture à l'hôpital, doit être appuyé par la direction et soutenu au quotidien notamment « managérialement » parlant.

III.4.3 Le référent et les partenaires

Construit sur la base de partenariat, les projets sont plus ou moins inscrits dans la cité avec les acteurs locaux. Chaque établissement a imaginé une forme de partenariat qui redistribue plus ou moins les cartes jusqu'à la délégation totale. Le projet n'est donc pas toujours construit par un référent en interne. Parfois l'un des partenaires fait office de référent bien identifié, rémunéré et reconnu dans ce rôle. Le référent est alors extérieur à l'établissement. Mais il peut également se substituer au référent en l'absence de délégation formelle. Le choix de l'artiste n'est pas conjoint, il est assuré par le partenaire et le contact avec l'hôpital se fait au dernier moment. Dans ce cas, le partenaire n'a pas toujours conscience des attentes de l'établissement ni même une vision très précise du contexte. Cette situation est sujette à des incompréhensions car la structure culturelle ne s'identifie pas dans ce rôle, elle n'est pas présente dans l'établissement à ce titre, n'est pas reconnue et reste en attente d'un interlocuteur opérationnel au sein de l'hôpital. Dans cette configuration, la position, et le rôle, du référent se pose différemment puisque nous sommes là dans le cadre d'une relation commerciale entre client et fournisseur sans réel référent. D'ailleurs, l'investissement de l'établissement est assez limité. La direction a une vision assez lointaine du projet et s'en remet au partenaire. Cette configuration constitue une reconnaissance du caractère indispensable de la compétence culturelle.

« Je les ai rencontrés pour leur donner les grandes lignes que je souhaitais donner au projet. Définir un mini cahier des charges avec un calendrier, les contours, le public, faire un lien avec le soin, ensuite la programmation est du ressort du partenaire, on dit juste si ça nous convient ou pas, s'il faut modifier tel ou tel aspect. La programmation est faite par le partenaire dans une logique de prestataire de service. Mais ils disent qu'ils ne peuvent pas répondre à une commande. Ils n'ont pas répondu à une commande précise mais plutôt à un axe assez général. Ce n'est pas notre métier de proposer du contenu culturel. »

Un chef d'établissement

Par contre, le partenariat peut aussi prendre la forme d'une réelle collaboration avec un travail commun et des propositions réciproques qui interviennent dans les programmations de chacun. C'est une confiance qui se construit au fil des rencontres avec les multiples partenaires d'un même établissement. Cette co-construction positionne l'établissement et le référent comme un acteur culturel local. D'ailleurs le réseau du référent qu'il soit interne ou externe est identifié par les chefs d'établissement comme un pilier de la réussite.

III.5 De la culture à l'hôpital à la culture de l'hôpital

Tous ces aspects illustrent une interpénétration entre l'identité du référent culturel et la légitimité de la culture à l'hôpital induisant une certaine interdépendance. La mission du référent n'a de sens que si elle s'inscrit dans un ensemble plus large lui-même porteur de sens constitué par la *matrice sociale*¹⁸ qu'est l'hôpital.

La multitude d'influences dans la vie de l'institution ouvre les champs des possibles à toute évolution. Ainsi le référent culturel, comme composant du tout que forme l'institution hospitalière est éminemment lié à la finalité de la démarche que souhaite impulser l'institution et à l'accueil qui en sera faite au sein des équipes. C'est donc aussi à travers les vertus sociales et mobilisatrices de l'établissement que la légitimité de la profession se construit. En ce sens, même si l'hôpital et l'entreprise ne partagent pas la même vocation, services publics

¹⁸ Notion développée par Hughes qui figure le système social dans lequel évolue chaque profession.

et entreprises privées sont confrontés à cette même problématique de mobilisation interne. Selon le modèle théorique de système d'action socio-économique illustré dans l'ouvrage « *Les mondes sociaux de l'entreprise* ». L'organisation est définie comme « *un système complexe de variables structurelles, culturelle et gestionnaires, qui la constitue en mode d'action collective* » [Francfort, I., 1998, p. 20]. Par conséquent, la culture d'entreprise, sous réserve qu'elle soit auto-construite et participative, est elle-même partie d'un tout au même titre que les aspects gestionnaire ou politique de l'établissement :

« La question sociale de l'entreprise contemporaine¹⁹ ne vise plus la réalisation d'une société à part, ni celle d'une pure société de consommation, située hors de l'entreprise, mais celle de sa capacité à construire en son sein une véritable société civile de production pour bénéficier de capacités associatives, d'imagination créatrices et d'évaluation de résultats des objectifs nécessaires à la constitution d'une vraie dynamique collective de production. » [Francfort, I., 1998, p. 14].

C'est donc aussi à travers la structure du lien social qui unit ses divers opérateurs que l'hôpital façonne son service rendu et la force de son ambition sociétale. La cohésion entre les différentes missions et les équipes, porteuse de la culture d'entreprise forme un maillon indispensable au positionnement de l'institution dans la cité.

La participation et la communication des individus au travail se retrouvent dans le concept de culture d'entreprise.

« De nombreuses recherches (G Hofstede, R Sainsaulieu, D Segrestin, Ph d'Iribarne, N Alter, C Dubar) ont montré qu'une culture commune se manifeste en réalité par l'articulation de différentes logiques d'identité collectives liées à la culture locale, à la pratique du pouvoir, de l'innovation et de la formation » [Francfort, 1998, p. 17].

Ainsi la force de la communauté humaine de l'hôpital lui est conférée par les sociabilités collectives et les modes de cohésion sociale qu'il génère. Encore faut-il que les arguments développés pour œuvrer vers une activité coopérative soient à la portée de tous et non vécus

¹⁹ Le terme « contemporain » désigne ici les entreprises des années 1990, en lien avec la période de recherche qui a inspiré l'ouvrage de 1987 à 1995.

comme une atteinte à l'identité collective. Strauss montre que l'image d'une communauté médicale homogène, unie autour des mêmes valeurs et du même souci de service de la société, n'est qu'une "image publique", une façade, un leurre. Mais dans l'absolu, la finalité de l'hôpital est d'apporter du soin et celle de la culture à l'hôpital de prendre soin, cette collaboration tend vers la dignité humaine du patient. Cette théorie, pour être acceptée par les personnels hospitaliers, suppose qu'ils ne s'identifient pas à cette image publique pour ne pas s'en sentir dépossédés. Il s'agit donc de contourner le symbole auquel le personnel peut confortablement se référer ou à l'inverse s'y fondre pour en faire un objectif commun.

C'est parce que l'institution invente, s'organise, se mobilise en interne, qu'elle trouvera les modalités de son positionnement face à la conjoncture. « *Il convient, à travers le projet culturel, de retrouver l'unité de l'action, d'abord au sein de l'organisation hospitalière, entre les différentes catégories de personnel et entre les établissements, ensuite à l'extérieur, entre l'hôpital et la ville.* » [Groupe de Réflexion Rhône-Alpes, 2001]. Le positionnement de la culture et celui du référent étant étroitement dépendants l'un de l'autre, leur légitimité est de même entremêlée.

Un chef d'établissement : « *La culture permet de créer un lien avec l'extérieur, de découvrir un champ inconnu et de retrouver goût à la vie. Après le soin, c'est notre métier de base.* » Ainsi, il importe donc de choisir un référent en capacité d'innover, qui osera bousculer l'ordre établi pour produire l'effet escompté et, de lui allouer une position qui légitime son action.

IV. Conclusion

Cette étude n'a pas l'ambition exhaustive d'embrasser toutes les réalités de la fonction de référent culturel à l'hôpital. Elle s'inscrit dans une approche pragmatique et aspire à identifier les différentes facettes de cette activité. Comme d'ailleurs, chaque acteur collectivement ou individuellement participe à la construction et la reconnaissance de leur identité. Toutefois, il serait intéressant d'élargir la réflexion à d'autres établissements et structures du champ au-delà du programme « Culture et Santé », voire au-delà de l'hôpital, dans l'enseignement, les prisons... En effet, le réseau des référents, en quête de reconnaissance, vient à s'interroger sur lui-même à travers sa supposée professionnalité. L'enquête m'a amené à penser que la question n'est pas tant de savoir si le métier de référent culturel constitue un groupe professionnel homogène que de définir l'identité sociale des individus.

La culture est ici considérée non pas dans sa dimension de décodage des œuvres d'art pour faire ressortir le sens caché, mais comme la résultante du travail convergent de l'ensemble des acteurs. La démarche fournit un cadre d'interaction entre les deux mondes porteurs de sérendipité. En effet, là où les acteurs recherchent une ouverture et une considération de l'individu, la culture vient bousculer la rigidité des routines et donc produire de nouvelles zones d'incertitudes porteuses d'innovations diverses. Certains chefs d'établissement ont une vision très gestionnaire de la culture à l'hôpital, par une approche concrète et chiffrée voire utilitariste, tandis que d'autres s'intéressent plutôt à ce que la culture produit d'impalpable. En tant qu'« *apporteuse de trouble* », elle fait figure de « *parent oublié* ». Tous les acteurs défendent la pertinence de la démarche, mais rares sont ceux qui la sanctuarisent, de même que les postes afférents. Par conséquent, le développement s'en trouve limité, voire même en survie dès lors qu'il se confronte à une période tendue comme une politique de restriction budgétaire ou un changement de direction.

Dans ce contexte fragile, le référent a une double utilité. Il est le bras armé de la démarche et l'émissaire des initiateurs. Le référent est à la fois un opérationnel pour coordonner et installer, et un décisionnaire pour représenter l'établissement et mener des partenariats, choisir les artistes... Il est aussi en position de « *marginal-sécant* » pour concilier les ambitions de chacun. L'ampleur et la diversité de la tâche rend difficile toute standardisation de sa position dans l'ordre social. Cela dépendra de l'organisation mise en place et du niveau d'autonomie accordé en lien avec l'ambition de l'hôpital.

Il est toutefois possible de dégager le cœur de métier autour des tâches de convergence des deux mondes. Le faisceau de tâches, assez étendu, induit une grande polyvalence du référent et un bon niveau de connaissances, partagées entre l'hôpital et la culture, avec toutefois avec une prédominance de la compétence culture. Cette dernière requiert des acquis de formation du second degré, mais il est admis qu'une expérience de terrain relativement conséquente puisse suppléer. Ainsi même si la mission est la même pour tous, une distinction est possible, voire souhaitable pour asseoir la position de chacun. Le fait que la personne en poste soit parfois issue d'un autre métier et que la mission culture lui ait été confiée cumulativement à une mission principale dit beaucoup de l'importance que l'établissement accorde à cette fonction. Une logique gestionnaire prend parfois le pas face à une certaine fragilité des financements, et ceci indépendamment d'une éventuelle vision militante pour la démarche culturelle. De surcroît, cela ne favorise pas l'acceptation des équipes qui voient une mission annexe puisque les responsables de l'établissement eux-mêmes semblent n'y accorder qu'une importance relative.

Par ailleurs, les trois dimensions de partenariats distinguées : collaboration, substitution ou économique, établissent un équilibre avec l'engagement de l'établissement et influent sur le rôle du référent. La collaboration nécessitera un responsable culturel tandis que, plus on se rapprochera d'une relation économique, plus le profil du référent sera générique avec un enjeu dans la formulation de la délégation au partenaire. Deux autres aspects distinguent le référent du responsable : la mobilisation du personnel qui, dans le cas du référent consistera plutôt en une information ; et le niveau de responsabilité et d'autonomie. En effet, la fonction de référent prend des aspects et une importance très différente d'un établissement à l'autre, d'une mission périphérique à une mission fondamentale en interaction. Pourtant, nous sommes en présence d'une fonction d'une grande finesse marquée par sa complexité. Cette activité prendra une place plus ou moins prestigieuse dans la division sociale du travail et sera plus ou moins reconnue par un statut adapté. Inscrire la démarche et le poste dans la division morale du travail normal est autant un facteur de réussite du processus que de reconnaissance de sa valeur et un gage de pérennité. « *La quête de reconnaissance de l'identité ne trouve un aboutissement satisfaisant que dans les règles instituées.* » [Osty, F., 2002, p. 21]. Le statut représente autant une position sociale qu'une image de soi. Il contribue à la constitution de l'« *être social* » et apporte la légitimité nécessaire pour fédérer les équipes et mener les négociations avec l'ensemble des acteurs et partenaires.

Au-delà du statut, les conditions d'emploi du référent semblent similaires à d'autres métiers de la fonction publique. Dans son livre « *Les métiers flous* », G. Jeannot met en exergue le phénomène des « *métiers flous de l'action publique territoriale* », notamment des agents de développement. Il parle de « *flou des positions professionnelles* » avec des variations et une marginalité des conditions d'emploi dans un contexte institutionnel et d'ambiguïté des rôles à l'origine des frontières floues entre vie privée et vie publique.

« *Cette ambiguïté des rôles va de pair avec une forte "exposition de la personne" (Ion et Péroni, 1997) dans le travail et une plus faible séparation de la sphère professionnelle : "la dimension professionnelle est indissociable de la dimension personnelle." (Béhar et Estèbe, 1996) » [G. Jeannot, 2005, p. 150].*

Dans le cas du référent, la confusion ne se retrouve pas uniquement dans son statut et le caractère amalgamé de son engagement culturel mais aussi dans sa dénomination. Le mot, la base de la communication, du contact, le mot, à la genèse de l'humanité, le mot, objet qui nomme et définit, le mot (et par extension le nom) est l'affirmation du métier. Or, aucun intitulé ne semble actuellement emporter l'unanimité quant à l'appellation adéquate du référent. Cette question reste donc en suspend jusqu'à ce que le collectif définisse un nom porteur de sens pour chacun et représentatif de la fonction et de la position dans l'ordre social ; un nom digne d'une profession.

D'autant que la professionnalité des référents reste encore en émergence. A l'instar des professions artistiques et faute d'une organisation formelle de la profession, d'une protection statutaire, on ne peut l'analyser sur la base des concepts théoriques fondamentaux. Pourtant, les caractéristiques intrinsèques du métier en matière de compétences, prestige, formation, etc., sont autant de critères qui nous permettraient de qualifier les responsables culturels de professionnel au sens sociologique, pour peu que la communauté se saisisse de la fonction de régulation. Du fait que malgré leur engagement vers une profession pure, c'est-à-dire au sens subjectif et non au sens objectif, trop peu d'individus exercent le métier à temps plein.

« *Il faut donc concevoir le métier comme une entreprise humaine organisée visant à l'accomplissement de tâches spécialisées auxquelles on reconnaît une valeur sociale.* » [Freidson, A., 1986, p. 440].

Pour se constituer en groupe professionnel, un rapprochement avec la Fédération Nationale des Associations des Directeurs des Affaires Culturelles (FNADAC) permettrait au collectif

d'atteindre une taille représentative et de rejoindre une organisation de représentation de la profession.

« La FNADAC se veut être un lieu de réflexion sur les politiques culturelles publiques, un espace de représentation nationale de la profession de DAC²⁰, un carrefour de rencontres et d'entraide et un interlocuteur auprès des institutions et des structures professionnelles. » (FNADAC, 2011)

Cette hypothèse d'élargissement à d'autres segments permet de nous projeter et de donner corps à la profession en accroissant sa représentativité. L'identité en serait considérablement enrichi, d'autant qu'elle reflète le processus constituant de la profession. Ainsi la professionnalité des référents passe par une identité multidimensionnelle, à la croisée de sa biographie, des interactions sociales individuelles comme collectives et du contexte économique dans lequel il évolue. Cette dernière dimension associe autant les fondements financiers de la démarche culturelle que le lien de subordination entre le référent et son employeur. Une nouvelle conception de l'identité des « *nouveaux professionnels* » la rapproche d'un niveau de compétence et d'autonomie suffisante pour s'inscrire dans une logique de réseau avec des négociations entre spécialistes [Osty, F., 2002].

Mais pour donner corps à la fonction de façon pérenne, l'hôpital doit lui attribuer une place et un statut. L'accès à cette légitimité passe par l'intégration de la démarche toute entière et donc l'implication de l'ensemble des acteurs internes. Ainsi, l'identité et la reconnaissance du référent sont fondées sur la capacité d'adaptation de l'institution toute entière et la capacité des financeurs à encourager ce changement de dimension. Cette évolution en profondeur est source d'une nouvelle identité collective de l'institution. Celle-ci étant portée par une forte identité cohésive et historique, un processus de régulations est à construire pour créer une dynamique d'intégration au sein des professions constituées. La culture d'entreprise vient ainsi façonner l'appartenance au groupe social et bousculer l'ordre établi à travers les interactions de travail. L'identité et la professionnalisation du référent passe donc par trois dimension : la reconnaissance individuelle, la reconnaissance du collectif et la reconnaissance au sein de l'institution.

²⁰ Directeur des Affaires Culturelles

Ainsi, la transversalité de la notion d'identité lie le référent, la démarche culturelle et l'hôpital dans une même réalité. Les caractéristiques de chacun pénètrent et influencent celles des autres. Selon Strauss, il existe toujours une frange de négociation à l'intérieur de tout ordre social. C'est pourquoi, il serait intéressant d'étudier le phénomène dans son ensemble en s'appuyant sur la théorie des conventions. Ainsi, il serait possible d'analyser les modalités de coopération de chaque typologie d'acteur au-delà des divergences et intérêts de chacun et tendre vers une approche intégrée de la culture à l'hôpital avec la collaboration de tous. Nous pourrions imaginer maintenant approfondir la réflexion sur la base des caractéristiques de la profession de responsable culturel comme de la fonction de référent culturel, pour mieux cerner leurs conséquences sur les formes de la négociation dans le contexte de l'hôpital.

En partant du principe que chacun tente de communiquer son point de vue à partir des principes qui lui permette d'agir, la négociation permet une convergence pour faire cohabiter les différents intérêts. D'autant que la démarche de la culture à l'hôpital produit quelque chose d'impalpable et donc difficile à justifier pour les acteurs du programme et difficile à percevoir pour les profanes. Cette difficulté de compréhension découle-t-elle de la différence de langage et de code entre les deux mondes, de la transparence des critères subjectifs d'attribution des subventions, du type même de culture, de peurs où du côté subjectif de l'ensemble de la démarche. Toutes ces hypothèses mériteraient d'être vérifiées.

En outre, Magali Robelet²¹ met en évidence les conséquences des interactions des politiques de santé sur l'organisation du secteur en France. Son analyse des mutations l'amène à constater la transformation des professions et ébranle les anciens acquis, notamment la stabilité des professions établies. Elle parle d'une « reconfiguration du marché du travail médical » autour d'une nouvelle fonction de coordination de l'ensemble des acteurs assurée essentiellement par les médecins généralistes. Cette nouvelle conception modifie en profondeur les carrières et le statut qu'elle qualifie de « bricolé ». A la lumière de cette éclairage, un parallèle se fait jour avec le référent, lui aussi en position de coordination d'acteurs évoluant dans différents environnements et dans un statut bricolé. Le référent serait donc inscrit dans une réforme en cours autour d'un fonctionnement en réseau avec des

²¹M Robelet *Les médecins, l'État et la politique des réseaux de santé en France* dans l'ouvrage collectif *Action publique et légitimités professionnelles* sous la direction de Bianic T. (2008)

fonctions exercées à temps partielles, cumulée à une autre fonction et des difficultés de financements de cette activité de coordination.

Ainsi le fondement même de la fonction serait conforme à une évolution en cours des métiers de l'hôpital. La question de la légitimité du référent traverse aussi un autre concept légitimiste, celui de la culture. Paradoxalement, alors que les qualités culturelles intrinsèques du référent n'atteignent pas la reconnaissance, le dispositif œuvre pour une exclusivité de la culture savante²² à l'hôpital renforçant ainsi son caractère légitime. La démarche étant impulsée et financée essentiellement par le programme, seule sa notion de culture est en jeu. D'ailleurs cette notion est en perpétuelle interrogation au sein même du réseau pour juger de la pertinence des projets. Sont-ils de la culture, de l'animation, de la communication, de l'art-thérapie ? Par souci d'encourager des projets de qualité, les acteurs se resserrent autour d'une hiérarchisation sociale des pratiques culturelles. En effet, seuls les projets menés par des artistes reconnus, légitimés dans le milieu culturel pourront intégrer le programme. Cette vision restrictive de la culture exclut tout son pan populaire et défend le caractère dominant de la culture dite savante.

Dans ce contexte, le référent se trouve une nouvelle fois, confronté à une situation contradictoire. Sans qu'une légitimité lui soit accordée, il est lui-même garant de la légitimité des intervenants culturels. D'autant que le choix d'un référent profane choisi pour ses qualités personnelles, tend à ramener les qualifications des référents culturels au rang de compétences naturalisées et ainsi à décrédibiliser le poste. Pour atteindre la reconnaissance, le responsable culturel devra se distinguer du référent pour faire valoir sa qualité de professionnel. Ce besoin de reconnaissance ne s'exprime pas à titre personnel, mais passe par le vecteur de l'implication globale de l'établissement dans la démarche culturelle et donc les moyens alloués à son développement. Ainsi les référents revendiquent la reconnaissance de la démarche et de son utilité avant une reconnaissance individuelle. On peut dire que la reconnaissance individuelle passe par une reconnaissance de l'intérêt de la culture à l'hôpital. Ce besoin est autant une reconnaissance idéologique qu'institutionnelle.

²²Notion mise en évidence par Pierre Bourdieu dans de nombreux ouvrages notamment *La distinction* et *L'amour de l'art*

« La reconnaissance, selon N. Fraser, ne doit pas être pensée en termes psychologiques, mais comme un problème de justice sociale qui doit se régler au niveau des institutions et des pratiques sociales. La reconnaissance n'est ni un « besoin humain vital » (Taylor), ni la condition éthique d'un « rapport positif à soi » (Honneth), mais une revendication d'égalité de statut. » (Laurent Fleury, 2011, p. 96).

Le déni de reconnaissance se traduit par le dédain à l'égard de l'utilité de l'activité de travail et donc l'injustice vis-à-vis de l'implication de l'individu. Pourtant, l'engagement des référents culturels est entier souvent bien au-delà d'un cadre professionnel. A travers ce document, je leur rends hommage : Bravo²³

²³ Pour répondre à un défi qui m'a été fixé par ma tutrice, vous trouverez, tout au long de ce document, l'ensemble des mots sélectionnés dans le cadre de l'opération nationale « Dis-moi dix mots » dans son édition 2015, en voici un récapitulatif : amalgame, bravo, cibler, grigri, Inuit, kermesse, kitsch, sérendipité, wiki et zénitude.

Bibliographie

Bourdieu, P., Chamboredon, J.-C., Passeron, J.-C., (1968). *Le métier de sociologue*, Edition Mouton, Paris

Boussard, V., Demazière, D., Milburn, P. (2010). *L'injonction au professionnalisme*. Edition Presses Universitaires de Rennes, Collection Des Sociétés, Rennes

Champy, F. (2009). *La sociologie des professions*. Edition Presses universitaires de France, Collection Quadrige Manuels, Paris

Chapoulie, J.M. (1973). *Sur l'analyse sociologique des groupes professionnels*, Revue française de sociologie XIV

Crozier M. (1971), *Le phénomène bureaucratique*, Edition du Seuil, Paris, 1^{ère} édition 1963

Crozier M., Friedberg E. (1992), *L'acteur et le système*, Edition du Seuil, Paris, 1^{ère} édition : 1977

De Singly, F. (2012). *L'enquête et ses méthodes : le questionnaire*. Edition Armand Colin, Collection 128, Paris

Demazière D., Gadéa, C. (2009). *Sociologie des groupes professionnels* Edition la Découverte, Paris

Dubar, C., Tripier, P., Boussard, V. (2011). *Sociologie des professions*. Edition Armand Colin, Collection U, Paris

Dubar, C. (2010). *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*. Edition Armand Colin, Collection U Lettres, Paris, **1^{ère} édition 1991**

Durkheim E. (1895), *Le suicide*, Presses universitaires de France ; Paris

Fleury L. (2011) *Sociologie de la culture et des pratiques culturelles*, Edition Armand Colin, collection 128, Paris

Francfort, I., Osty, F., et al. (1998). *Les mondes sociaux de l'entreprise. Sociologie Economique*. Edition Desclée de Brouwer, Paris

Freidson, E. (1986). « Les professions artistiques comme défi à l'analyse sociologique ». *Revue Française de Sociologie*, volume 27, numéro 27-3, pp. 431-443.
URL : http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/rfsoc_0035-2969_1986_num_27_3_2324

Herreros, G. (2004). *Les petites liaisons culture-hôpital. Variation sur le vital*. Convention ARHRA-DRAC/Irco URL : <http://www.rhone-alpes.culture.gouv.fr/hopital/image/Rapport-herreros-2004.pdf>.

Herreros, G., Milly, B. (2009). *Culture-hôpital. De l'expérimentation à l'institutionnalisation*. Contrat de Recherche avec l'Agence Régionale Hospitalière, la Région Rhône-Alpes et la DRAC Rhône-Alpes URL : <http://www.rhone-alpes.culture.gouv.fr/hopital/pdf/rapport-herreros-2009.pdf>.

Hughes, E. C. (2012). *Le regard sociologique*. Edition : Ecole des hautes études en sciences sociales, Collection : Recherches d'histoire et de sciences sociales, Paris

Jeannot G.(2005), *Les métiers flous* Edition Octares, Toulouse

Le Bianic, T., et al. (2008). *Action publique et légitimités professionnelles*. Edition Lextenso, Collection Droit et Société, Paris

Nisbet R.A.(2006), *La tradition sociologique* , Edition Vendôme, collection Quadrige, Paris, 1^{ère} édition : 1966, traduit en 1984 par Martine Azuelos

Osty, F. (2002). *Le désir de métier*. Edition : Presses Universitaires de Rennes, Collection Des Sociétés, Rennes

Piotet, F., Sainsaulieu, R.(1995). *Méthodes pour une sociologie de l'entreprise*.Edition Presse de la fondation nationale des sciences politiques et ANACT, Paris, 1^{ère} édition : 1994.

Strauss, A.-L. (1992) *La trame de la négociation*. Edition L'Harmattan, Collection Logiques Sociales. Paris

Veziat, N. (2010). *Une nouvelle étape dans la sociologie des professions en France, Bilan critique autour des ouvrages de Didier Demazière, Charles Gadéa (2009) et Florent Champy (2009)*. *Sociologie*, N° 3, vol 1. URL : <http://sociologie.revues.org/517>

Webographie

Historique de la démarche de 1634 à nos

jours : <http://www.culturecommunication.gouv.fr/Politiques-ministerielles/Developpement-culturel/Culture-et-Sante/Bibliographie/Historique> (consulté le 09.06.14)

Convention nationale de 1999 : <file:///C:/Users/stag-inter/Downloads/convention1999.pdf> (consulté le 13.06.14)

Définition du SROS (Schéma régional d'organisation des soins) : <http://www.ecosante.fr/DEPAFRA/161.html> (consulté le 23.05.14)

Texte du SROS-PRS : http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/fileadmin/RHONE-ALPES/RA/Direc_strategie_projets/PRS_Programmes_CNP/documents_soumis_a_consultation/SROS_-_Version_finale.pdf (consulté le 23.05.14)

Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes (ARS Rhône-Alpes) (2012). *Schéma Régional d'Organisation des Soins*. Conception-crédation : ORC, Communication Corporate & Métiers
URL : http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/fileadmin/RHONE-ALPES/RA/Direc_strategie_projets/PRS_Programmes_CNP/prs_maj_072013/20130709_DSRO_SROS.pdf (consulté le 23.05.14)

Charte des directeurs des affaires culturelles : [file:///C:/Users/stag-inter/Downloads/charte-clidac %20\(1\).pdf](file:///C:/Users/stag-inter/Downloads/charte-clidac%20(1).pdf) (consulté 17.07.14)

Site FNADAC (Fédération Nationale des Associations de Directeurs des affaires culturelles) : <http://www.culturedepartements.org/index.php/8-actualites/dernieres-infos/64-la-federation-nationale-des-associations-de-directeurs-des-affaires-culturelles-fnadac-est-nee> (consulté 17.07.14)

Annexes

Synthèse

Le dispositif Culture et Santé advient juste avant les années 2000 et fait émerger de nouveaux profils professionnels, notamment celui de référent culturel à l'hôpital. Sa mission consiste à rapprocher le monde de la culture de celui de l'hôpital. Pour se faire, il organise des temps de rencontres au cœur même de chacun des mondes, soit les artistes viennent à l'hôpital, soit les patients viennent dans des salles de spectacles ou d'expositions. Le dispositif met un point d'honneur à ce que les interventions aboutissent à des créations plus ou moins co-construites ainsi que sur le professionnalisme des intervenants.

De fait, administrer l'ensemble du processus nécessite aussi des professionnels or ceux-ci ne parviennent pas à accéder à la reconnaissance et à la légitimité de leur métier. Ils se sentent restreints dans l'exercice même de leur fonction au point de s'interroger sur leur propre identité d'autant qu'ils ne peuvent s'appuyer sur une définition de mission et un mandat clairement définis. Lorsque l'on étudie leur situation, on est tout d'abord frappé par la multitude de configurations que prend leur fonction et par les divers confusions qui en découlent. Soumis à une directive imposée par leur direction, ils doivent affronter de multiples formes de réticences, de résistances et de dénis tout en composant avec leurs particularismes et ceux de l'établissement pour lequel ils exercent. Il en résulte des conceptions différentes de l'ensemble de la démarche et donc de leur poste qui laisse entrevoir deux profils : celui de référent culturel issu de qualifications du secteur hospitalier qui partage son temps de travail sur plusieurs missions et celui de responsable culturel formé dans des cursus culturels entièrement en capacité de prendre la responsabilité de la mission

Toutefois, cette distinction ne touche pas le cœur du métier défini par un même faisceau de tâches et une base de savoirs communs. De même, ils sont tous pris entre différentes logiques d'acteurs qui ne sont pas toujours facilement compatibles et creusent le fossé entre les visions politiques et pragmatique de leur positionnement.

Cette étude relève la façon dont les référents culturels se mobilisent pour revendiquer leur professionnalité dans l'inscription d'un processus auquel tous les acteurs du dispositif contribuent.