





IL SUFFIT DE PASSER LE PONT...



# IL SUFFIT DE PASSER LE PONT...

restitution  
du groupe de réflexion régional  
« culture et hôpital »

## SOMMAIRE

### PRÉFACES

Abraham Bengio, Directeur des affaires culturelles Rhône-Alpes	9
Philippe Ritter, Directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation Rhône-Alpes	13

### INTRODUCTION

Patrice Marie, responsable du programme national Culture à l'hôpital, ministère de la Culture (DDAT)	17
Jean-Paul Ségade, Directeur du Centre hospitalier Le Vinatier	19

### 1. PROJET CULTUREL ET CULTURE DU PROJET

Synthèse	23
La dimension culturelle du projet – Jacques Bonniel, sociologue	25
Extraits du débat	33

### 2. L'APPROCHE ANTHROPOLOGIQUE : D'UN MODÈLE BIOMÉDICAL A UN AUTRE

Synthèse	43
Culture et hôpital : l'exemple de la grossesse et de l'accouchement au Québec – Joseph Lévy, anthropologue	45
Extraits du débat	50

### 3. LE PATRIMOINE HOSPITALIER ENTRE TRADITION ET INNOVATION

Synthèse	59
Le patrimoine hospitalier, un nouveau patrimoine? – Jacques Poisat, économiste	61
Extraits du débat	71

<b>4. POURQUOI S'INTÉRESSER A LA MÉMOIRE AUJOURD'HUI ?</b>	
Synthèse	79
Recueil et élaboration de la mémoire collective : une démarche de connaissance et de reconnaissance des personnels hospitaliers – Michel Rautenberg, ethnologue	81
Extraits du débat	91
<b>5. IDENTITÉS PROFESSIONNELLES ET DYNAMIQUE DE CHANGEMENT</b>	
Synthèse	99
La « culture » à l'hôpital : une scène pour des identités en travail – Gilles Herreros, sociologue	101
Extraits du débat	112
<b>6. L'ART CONTEMPORAIN, RÉVÉLATEUR ET TRANSFORMATEUR DE L'HÔPITAL</b>	
Synthèse	119
L'hôpital retourné par l'art contemporain – Christian Ruby, philosophe	121
Extraits du débat	130



La culture est un élément essentiel à la qualité de la vie. Elle est source d'équilibre intérieur et d'ouverture au monde.

Les hôpitaux, attirés par une technicité de plus en plus performante, ont pu parfois oublier l'importance de soigner l'âme pour mieux guérir le corps.

Chacun d'entre nous a pu vivre cette expérience intime de rencontre avec une œuvre d'art, avec un artiste parfois, bouleversant notre rapport au monde en posant d'autres interrogations, en offrant d'autres émotions, en amenant d'autres réflexions. Cette recherche de sens participant à l'équilibre de notre vie est au centre aujourd'hui de nombreux processus, et ceux liés aux soins trouvent là un champ d'investigation particulièrement étendu.

Le programme « Culture à l'hôpital » permet une véritable rencontre entre deux univers qui paraissent aujourd'hui éloignés l'un de l'autre alors que tant de choses les rapprochent.

On parle souvent de l'intervention artistique dans les hôpitaux comme d'une voie privilégiée pour toucher le malade. Contact intime pour aller aux sources des maux et pour élaborer le processus de reconstruction. On parle moins par contre de tout ce que représente cette intervention pour les artistes eux-mêmes. Car il y a là un véritable défi. Le défi de diffuser des œuvres dans un lieu qui n'est pas fait pour cela, le défi de rencontre d'un public à conquérir, le défi de la confrontation à la question de la souffrance.

La fuite du temps, l'oubli, la mort, sont souvent au centre de l'inspiration artistique. Et paradoxalement, nous sommes au cœur d'une société qui ne tient pas à regarder en face la maladie, la vieillesse ou la mort. Dans ce face-à-face entre l'artiste et l'hôpital, il y a toute l'interrogation humaine face à la vie, à ses plaisirs et ses peines, et cette interrogation est salutaire, car elle pose la question de la santé et du bien-être comme un long processus basé sur une recherche intérieure au centre de relations sociales, et non simplement comme une réponse technique et ponctuelle à un problème immédiat.

Il est souvent surprenant de voir comment l'artiste intervenant à l'hôpital auprès de personnes souffrantes se sent transformé par cette relation, et comment cette transformation agit sur son propre travail de création. Il y a là interaction, où chacun donne et reçoit, construisant ainsi un véritable échange où chacun s'imprègne des richesses et des faiblesses de l'autre.

Et de même que les chemins du mieux-être passent dans cette relation à l'autre, le mieux-être de l'hôpital passe sans doute par une ouverture sur la ville. L'hôpital ne peut plus être, comme il l'est encore parfois, ce lieu de réclusion, derrière les murs duquel on ne peut savoir ce qui se trame. L'hôpital ne doit pas être considéré comme un lieu d'exception, mais bien comme un des lieux essentiels de la ville. C'est d'autant plus important que l'enjeu ici est que les institutions culturelles de la ville s'impliquent naturellement dans des actions culturelles dans l'hôpital. Déjà des bibliothèques et médiathèques municipales viennent conforter le travail effectué autour du livre dans les hôpitaux, en favorisant cette ouverture par un choix plus important de livres ou par des rencontres avec des écrivains autour de lectures ou d'ateliers d'écriture. Mais il faut aller beaucoup plus loin. Théâtres, musées ou opéras, centres d'art ou cinémas, doivent s'interroger, quant à leurs missions de service public, sur la place qu'ils entendent donner dans leur action à des lieux comme l'hôpital. Dans ce programme « Culture à l'hôpital », nous n'aurons aucun résultat probant s'il n'y a pas au départ cette conviction et cette implication des structures culturelles. Et ce pro-

gramme est justement là pour les inciter à faire ce premier pas qui est parfois le plus difficile.

L'hôpital aussi a besoin de transformer son regard et ses structures pour mieux accueillir ces projets culturels et artistiques en son sein. Des fonctions de responsable culturel hospitalier voient nouvellement le jour, des rencontres « Culture à l'hôpital » se développent, des formations se créent. Il y a là un mouvement qui s'amorce et qu'il nous faut accompagner.

Le groupe régional de réflexion « Culture à l'hôpital » permet de mobiliser des directeurs d'hôpitaux, de s'interroger sur le contenu des projets culturels, de mobiliser les acteurs de la scène hospitalière et culturelle. Il est essentiel pour avancer plus vite et aller plus loin dans ce qui se forge et se trame, se mêle et se construit autour du développement de projets culturels à l'hôpital. Et cette journée de restitution du groupe régional est importante pour démultiplier les réflexions et les actions à venir.

Nous ne laisserons pas entendre ici qu'avant ce programme « Culture à l'hôpital », rien ne se passait sur le plan culturel dans les hôpitaux. Loin de là. Ce qui est peut-être nouveau, c'est un désir collectif d'avancer ensemble autour de projets qui ne veulent pas seulement répondre à un problème particulier, mais qui veulent s'adresser à l'ensemble de la personne humaine, dans ce qu'elle a de plus vital. Pour combattre la maladie sans doute. Mais aussi pour affronter le monde qui nous entoure et pour bâtir un mieux-être. Ce qui est peut-être nouveau également, c'est l'implication des structures, culturelles et hospitalières, pour que ce combat individuel trouve écho dans l'espace collectif, et que la ville se construise, non dans l'absence et l'amnésie, mais bien dans la prise en compte de toutes les différences, pour que notre champ de conscience et de vie soit plus ouvert encore.

ABRAHAM BENGIO

— *Directeur régional des affaires culturelles Rhône-Alpes*



Le thème de la « culture à l'hôpital » est apparu depuis quelque temps comme une nouvelle préoccupation majeure, tant de la part des responsables de la politique culturelle que de ceux de la politique de santé. Au point de justifier récemment l'organisation à Strasbourg de « rencontres européennes » réunissant dix-huit pays différents, trois ministres ou ancien ministre français, un ministre britannique et quelques personnalités connues telles que Jane Birkin, Howard Buten ou encore José Montalvo.

En mai 1999 une première convention nationale a été signée entre le ministère de la Culture et de la Communication et le secrétariat d'État à la Santé. Celle-ci porte sur les aspects suivants :

- mise en place de jumelages entre des hôpitaux et des établissements culturels;
- création d'un club d'entreprises destiné à apporter des financements complémentaires à ceux de la Drac sur des projets;
- développement de la lecture à l'hôpital;
- création de la fonction de responsable culturel hospitalier;
- signature de conventions entre les Drac et les agences régionales de l'hospitalisation.

Dans ce cadre, l'agence de Rhône-Alpes a été une des premières à signer une telle convention en juillet 2000 afin, dans un premier temps, de définir une véritable politique de la « culture à l'hôpital ».

En prenant cette décision elle n'a pas pour autant suivi un effet de mode ou découvert soudainement une nouvelle préoccupation. De multiples actions se développent depuis longtemps dans de nombreux établissements et la convention qui a été signée s'inspire notamment de

l'expérience qui a été menée depuis trois ans par la Ferme du Vinatier. Mais de manière plus générale cette question du rapport entre la culture et l'hôpital a toujours existé avec des réponses variées selon les époques. On ne voit pas d'ailleurs comment l'institution hospitalière, compte tenu de son objet premier, qu'il s'agisse d'héberger et/ou de soigner, pourrait échapper à une thématique aussi profondément humaine. La culture c'est le propre de l'être humain, et l'humain est au cœur d'une politique de santé. C'est donc bien en tant qu'élément à part entière de l'organisation de l'offre de soins que l'agence souhaite prendre en compte cette thématique de la « culture à l'hôpital ».

Si cette question resurgit aujourd'hui, c'est sans doute parce que l'institution hospitalière est confrontée à des difficultés qui la renvoient à son objet premier. Il s'agit bien, à travers ce questionnement – fût-il à la mode – de s'interroger sur le **sens de l'action**. A l'heure où l'hôpital met en œuvre des techniques de plus en plus poussées, absorbe une part toujours croissante de la richesse nationale, il convient de se demander comment est traité l'usager au sein de l'institution et plus généralement comment est préservée la dimension humaine de l'individu, quelle est sa place au sein de l'institution hospitalière.

Il ne s'agit donc pas de considérer l'action culturelle comme une thérapeutique, même si « l'art-thérapie » a fait ses preuves dans certains secteurs d'activité, ni de simplement déplacer à l'hôpital des spectacles ou expositions, dans l'idée de banaliser la culture ou de « cultiver » les malades.

La problématique est beaucoup plus large que cela. Aborder la question de la culture à l'hôpital c'est accepter un **décentrage** par rapport à la fonction première du soin, décentrage qui oblige à se poser des questions telles que : qu'est-ce que l'on soigne, ce qui renvoie à la définition de l'état de santé, variable selon les cultures, et comment l'on soigne, avec toute l'importance de la dimension psychique dans la guérison et la prise en compte de la part relative du système de soins dans l'état de santé. En ce sens, le **projet culturel** fait partie intégrante du projet médical et du projet d'établissement.

Aussi, avant de s'engager dans une politique de la « culture à l'hôpital », l'agence a souhaité mettre en place un « groupe régional de

réflexion » chargé d'amener les établissements de santé à approcher le phénomène culturel comme un des moyens mis à leur disposition pour accompagner les mutations de structure en lien avec l'environnement. Au-delà des techniques et des spécialisations qui favorisent les cloisonnements, 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. La culture peut apparaître alors comme un moyen de se constituer des convictions partagées au sein de l'organisation et dans ses relations avec l'extérieur, sur le rôle qu'elle doit jouer.

Parmi les thématiques majeures du SROS<sup>1</sup> 2 figurent la **coopération entre les établissements, les relations ville/hôpital et la place de l'usager**. Le développement des projets culturels à l'hôpital constitue un atout évident pour atteindre ces objectifs. Ils peuvent permettre de dépasser des enjeux liés à des stratégies corporatistes ou d'établissement pour retrouver un objectif général de meilleur service à la population. En outre ils constituent un vecteur puissant de décloisonnement des établissements par rapport à la société civile, redonnant en même temps à l'usager toute sa place. Il est clair que l'attrait du monde artistique pour l'hôpital est directement lié aux émotions nécessairement fortes qui résultent du côtoiement de la maladie et, dans certains cas, de la mort. Sujets tabous aujourd'hui qui expliquent sans doute la résurgence du thème « culture à l'hôpital ».

Après la réflexion viendra l'action. Les travaux menés, dont vous trouverez ci-dessous le compte-rendu donneront lieu à une journée de restitution et de sensibilisation auprès des acteurs hospitaliers. Parallèlement, une nouvelle convention sera passée avec la Drac afin de préciser les objectifs poursuivis, les modalités de mise en œuvre avec le cofinancement éventuel de projets et les critères d'appréciation retenus.

L'agence a bien conscience que le développement de telles actions nécessite, au moins au départ, des financements spécifiques incitatifs. A terme cependant, elle ne souhaite pas faire de la « culture » une enveloppe spécifique ce qui serait contraire aux principes évoqués ci-dessus. Cette démarche « culture à l'hôpital », pour avoir tout son sens, doit

demeurer transversale et apparaître comme un enjeu direct pour bien soigner. Non pas comme thérapie, mais comme questionnement permanent sur le sens de l'action et élément incontournable de la mise en œuvre d'objectifs du SROS, tels que la coopération, les relations ville/hôpital, ou encore la place de l'utilisateur au sein du système de soins.

PHILIPPE RITTER

— *Directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation Rhône-Alpes*

## INTRODUCTIONS L'HOPITAL, LIEU DE CULTURE



De longue tradition l'hôpital est un lieu de culture. Il suffit pour s'en convaincre de voir l'extraordinaire patrimoine hospitalier qui subsiste en France; autrefois le plus souvent institutions religieuses, les hôpitaux, comme les églises ou les monastères, ont de tout temps accueilli artistes et œuvres d'art. On y entraît librement, on y vivait. Mais, faute d'une médecine moderne, on y mourait beaucoup aussi.

Le tout technologique de l'après-guerre a changé cette image de l'hôpital. Les longs couloirs des hôpitaux nouvellement construits ou rénovés, les salles aux murs blancs, la taille même des établissements ont donné l'impression d'un univers d'où l'humain est exclu.

Qu'il faille rendre l'hôpital plus ouvert, chacun en est d'accord aujourd'hui, et les politiques d'humanisation des hôpitaux se sont considérablement développées au cours des quinze dernières années. C'est dans ce contexte que la culture retrouve sa place, et son rôle.

L'hôpital représente, dans la ville, un lieu où l'homme vit dans une autre relation au temps. Et c'est parce que ce temps est différent, empêché, inattendu souvent, qu'il peut aussi ouvrir à des curiosités nouvelles, à des relations durables pour des rencontres artistiques. Dans ces moments de fragilité et de rupture avec le rythme quotidien des actifs, donner l'occasion de ces rencontres fait partie des missions de l'institution culturelle.

Nombreux aussi sont les professionnels de la santé qui perçoivent dans l'entrée de l'art et des artistes à l'hôpital une ouverture au monde qui

fait du patient non plus seulement un objet de soins mais une personne à part entière. C'est aussi une façon pour l'établissement hospitalier de nouer des liens avec la cité et de se donner ainsi plus d'humanité.

Pour accompagner ce mouvement, les ministères de la Culture et de la Santé ont signé une convention nationale qui vise à inclure l'art et la culture dans le projet d'établissement de l'hôpital. C'est dans ce contexte que se construit le rapprochement entre la direction régionale des affaires culturelles et l'agence régionale de l'hospitalisation de Rhône-Alpes, sous la médiation attentive de l'hôpital du Vinatier. Cette initiative constitue, sur le plan national, une expérience particulièrement intéressante. Les groupes de travail mis en place depuis un an ont permis de créer les conditions d'un dialogue nouveau entre deux univers qui ne se connaissaient guère : ils ont ainsi posé les bases d'une politique régionale structurée qui devrait, à terme, doter chacun des hôpitaux de la région Rhône-Alpes d'une politique culturelle à part entière.

PATRICE MARIE

— *Responsable du programme nationale Culture à l'hôpital  
Ministère de la Culture (DDAT)*

## CULTURE À L'HOPITAL PUBLIC



Pourquoi la culture fait-elle partie de la mission d'un hôpital public ?

A la question, cinq réponses sont possibles :

– **Historiquement**, l'hôpital public, héritier de l'hôpital-hospice dispose d'un patrimoine architectural et mobilier de qualité comme le démontre régulièrement la revue sur l'histoire des hôpitaux.

– **Fonctionnellement**, le service public hospitalier est une des modalités de l'action publique et de la même façon que l'intégration de personnel prioritaire, la participation à la politique de formation des CES, CEC, interpellent l'hôpital, le service public culturel est le « cousin germain » du service public hospitalier, héritier lui-même d'une conception générale du service public « à la française ».

– **Juridiquement**, l'hôpital s'inscrit dans une politique formalisée en mai 1999 par la convention nationale entre les deux ministères, de la Culture et de la Santé.

– **Institutionnellement**, la culture est une réponse à la double évolution de la structure hospitalière :

– En effet, celle-ci se trouve confrontée à la multiplication des métiers, à la diversité des approches, et la culture peut apporter de la transversalité dans la spécialisation des fonctions et la division des tâches.

– En parallèle, la culture interroge le monde hospitalier dans sa mission, tant il est vrai que tout ce qui touche à la santé a une incidence humaine : la culture peut être un moyen de mieux définir nos missions premières et de renouveler, d'adapter au monde moderne les principes qui ont conduit à notre création.

Enfin, **la dernière raison** très liée à la précédente tient à la dynamique de la « **santé citoyenne** ». Dire que le service public hospitalier fait partie du volet social du pacte républicain est aujourd'hui une évidence, comme le démontre l'attachement du public à la « chose hospitalière ». La culture, par l'ouverture qu'elle apporte à la santé, est un facteur de démocratisation de la santé.

Les résistances au changement existent, la peur des corporatismes ou des technocrates de la santé face à cette ouverture sont réelles. Mais l'évolution est inévitable, il appartient à la Direction d'un hôpital d'intégrer cette nouvelle dimension : ne pas confondre les genres, mais reconnaître que l'action publique à laquelle participe le Centre hospitalier se décline en plusieurs volets, dont la culture fait partie.

JEAN-PAUL SÉGADE

— *Directeur général du Centre hospitalier Le Vinatier*

## PROJET CULTUREL ET CULTURE DU PROJET



La première séance de travail avait pour objectif d'explorer la notion de projet culturel afin de mieux comprendre en quoi son statut dans la société d'aujourd'hui et ses caractères le conduiraient à jouer un rôle dans l'évolution des institutions hospitalières.

Il s'agit donc de la première étape d'un travail de complexification du concept de culture et de balayage des thèmes susceptibles de favoriser une réflexion collective de laquelle sortiront des éléments ayant une valeur pour des publics élargis.

L'acquis du groupe concernant cette première rencontre consiste à avoir édifié un panorama de la polysémie du concept de Culture, à partir des préoccupations des hospitaliers.

Cet éventail, ouvert lors de cette première séance, a donc décliné plusieurs acceptions du terme culture.

La culture d'entreprise, concept en vogue dans les années quatre-vingt, est assez bien connue à présent des managers hospitaliers bien que largement contestée. L'articulation entre sa prise en compte et les moyens de susciter sa nécessaire transformation est une préoccupation constante des directeurs d'établissement. Cette notion opérationnelle ayant donné lieu à des modèles d'intervention modélisés par les consultants en organisation trouve un véritable ressourcement à travers la mise en œuvre d'une anthropologie fine de l'établissement hospitalier.

D'autant que la complexification des savoirs et des pratiques dans le monde médical et gestionnaire nous amène à parler plutôt de cultures professionnelles. Ce pluriel révélateur de la pluralité des cultures qui animent l'hôpital pose la question de leurs interrelations. Comment transformer cette richesse en ressources pour la collectivité? L'existence d'un projet culturel ne permet-elle pas d'envisager de nouvelles relations entre culture d'entreprise et cultures professionnelles?

Quant aux univers culturels des malades, comment interagissent-ils avec les pratiques hospitalières? En quoi la prise en compte de cet environnement culturel de la personne malade permettrait-elle d'éviter une éventuelle réduction à sa pathologie? Comment faire communiquer la culture propre au monde du soin et celles des patients?

Confrontée à cette pluralité des identités et des cultures, comment l'institution peut-elle établir des circulations entre les éléments de cet archipel? Le projet culturel peut-il assumer cette fonction? Est-ce précisément sa vocation? Est-ce dans l'articulation de l'action artistique avec l'approche anthropologique de la culture de l'hôpital que le projet culturel peut développer ces médiations?

## LA DIMENSION CULTURELLE DU PROJET

*Jacques BONNIEL, sociologue  
Université Lumière-Lyon 2  
Faculté d'anthropologie et de sociologie*



Les sociétés occidentales sont saisies depuis une vingtaine d'années d'une frénésie de projets. Plus exactement leur mode de fonctionnement, les principes d'organisation, voire la philosophie politique qui les animent sont désormais construites et développées sur le registre du projet. On pourrait en suivant les analyses de Luc Boltanski et Eve Chiapello dire que le projet, plus spécifiquement l'injonction à être dans le projet constitue dorénavant le « nouvel esprit du capitalisme »<sup>1</sup>. Sans chercher à valider ou à authentifier cette culture envahissante du projet, on s'attachera néanmoins à en situer les implications, à repérer les effets de transformations induits par son irruption dans des domaines d'activités ou des types d'organisations se déployant dans de toutes autres logiques de fonctionnement.

### DE LA DIFFUSION DE LA CULTURE DE PROJET

D'emblée, il faut rappeler que pour les théoriciens de la méthodologie de projet (Boutinet, Le Boterf, Bonetti...) la construction possible de projet n'est envisageable qu'à partir d'un travail de mise en problème, cette problématisation étant le préalable à une démarche de résolution de problème. Or, la construction de l'action collective ne s'effectuait pas jusque-là à partir d'un travail de problématisation mené avec toute la rigueur nécessaire ni dans le repérage des difficultés, « dysfonctionnements », ni dans l'analyse des causes de ces problèmes, ni dans une stratégie d'intervention organisant méthodes, outils et ressources au service

<sup>1</sup>.  
*Luc Boltanski et  
Eve Chiapello, Le nouvel  
esprit du capitalisme, NRF,  
Paris, 2000.*

de la résolution des problèmes. Deux conséquences au moins de cette nécessaire problématisation préalable à toute construction d'action : qu'en est-il des pratiques individuelles ou collectives qui ne se vivent que dans une certaine gratuité ou au moins marquées par un a(voire anti)-utilitarisme ? Et l'injonction à soumettre toute construction d'action au formalisme de l'ingénierie de projet ne risque-t-elle pas d'induire une rationalisation instrumentale marquée aboutissant à une stéréotypie des actions ?

L'irruption de cette culture du projet, son imposition dans des cercles institutionnels qui résistaient par ailleurs à l'envahissement de la culture managériale ne sont pas sans effet sur la façon dont les individus se situent personnellement, sur les collectifs de travail et leur contribution au « projet » institutionnel, sur la capitalisation et l'agencement des savoirs, savoir-faire et représentations constitutifs de cultures professionnelles...

En particulier, concernant les individus, on n'a pas encore complètement mesuré les effets de transformations induits par ce changement de statut réalisé ou *a minima* espéré quand on passe de sujet ou agent de l'institution à acteur supposé porter un projet, capable de le défendre et de l'inscrire dans un schéma plus large... Nous sommes au-devant de nouvelles formes d'exclusion ou, au moins, de domination, la démarche de projet postulant une égale capacité effective à imaginer, construire et mener à bien du projet là où les observations empiriques soulignent au contraire une très inégale capacité à le faire.

S'agissant de projets territoriaux, une assez longue observation et l'analyse des politiques et des pratiques de développement local tendent à montrer que la capacité à penser le territoire à partir de la catégorie du projet est, elle aussi, très inégalement répartie. Or ce qui est en jeu, ce n'est pas seulement la possibilité de mobiliser de la ressource désormais adossée à la capacité d'énoncer ses orientations et ses choix en termes de projets, c'est la possibilité même d'exister comme un acteur légitime qui fait problème. Ainsi un décideur politique (vice-président du conseil régional Rhône-Alpes chargé des politiques territoriales) n'hésite-t-il

pas à écrire : « Il n'est de territoire que de projet » (*in Cahiers du CR-DSU* n° 29).

Concernant des projets institutionnels, il en va probablement de même malgré la relative inertie structurelle qu'oppose souvent une institution requise de procéder à un *aggiornamento*, voire à intégrer la nécessité de changement profond et radical. Le fait de rendre un service ou de remplir une fonction ne suffit plus à légitimer son existence, encore convient-il de le faire à partir d'une construction problématique.

## DU RAPPORT AUX ARTS ET AUX CULTURES

Notre longue histoire artistique et culturelle est marquée par un très ardu travail de conquête de l'autonomie par les artistes qui a nécessité plusieurs siècles de luttes émancipatrices contre les pouvoirs religieux et politiques qui avaient assujéti lesdits artistes. Cette problématique de libération des artistes vis-à-vis des princes a conduit ceux-là à revendiquer de façon croissante la légitimité et la capacité à auto-définir le fait et l'œuvre artistiques, de sorte que le pouvoir économique (le marché) et le pouvoir politique (l'État dans sa construction de politiques artistiques et culturelles) n'ont pas eu, au cours du xx<sup>e</sup> siècle, d'autres possibilités que de s'en remettre au jugement du pouvoir artistique.

L'auto-référentialité des artistes, c'est-à-dire ce mouvement par lequel les artistes auto-définissent de manière exclusive ce qui est constitutif ou non de l'objet ou de l'œuvre d'art ou, pour le dire autrement, ce mouvement d'un projet artistique trouvant à l'intérieur de lui-même ses propres fondement et légitimité, sans nécessité de l'embrancher sur d'autres réalités de projets (civique, social, territorial...) va conduire à des formes d'autisme artistique caractérisées par la perte de contact d'avec le monde non artistique et par le caractère excluant d'un langage devenu discours. Un critique d'art américain, Harold Rosenberg, a pu, à propos des arts plastiques des années soixante-dix, parler de « dé-définition de l'art »<sup>2</sup> signifiant par là que cette auto-centration de l'art sur lui-même où il se prend comme objet même de la démarche artistique le conduit non seulement à une perte de contact avec le public mais plus fondamentalement à une perte de substance et d'identité.

2.  
Harold Rosenberg,  
La dé-définition de l'art,  
Éditions Jacqueline  
Chambon, Nîmes, 1992.

Entre l'enfermement dans l'entre soi artistique et la démagogie populiste du « tout est art » et « tous artistes », il y a place pour une construction exigeante de formes symboliques partagées qui parlent du vaste monde et au vaste monde. Autrement dit encore, il est possible de faire art, de faire culture à partir d'un travail de symbolisation sur les expériences humaines, les douleurs, les joies, les passions...

Notre histoire culturelle spécifique a longtemps privilégié de manière quasi-exclusive la culture des œuvres, celle des Beaux-Arts, invalidant et reléguant à un rôle subalterne toute autre forme culturelle, notamment les cultures dont le fondement est anthropologique, c'est-à-dire celles qui expriment des formes de symbolisation propres à un groupe, que ce dernier soit constitué à partir de critères d'âge (cultures jeunes, cultures du troisième âge), de sexe (cultures féminines), de région (culture bretonne, occitane...), ethniques (culture antillaise, beur...) ou socioprofessionnelles (cultures ouvrières, cultures paysannes).

Pour des raisons qui tiennent aux processus économiques (déindustrialisation, externalisation...) ou sociaux (dépayannisation, tertiarisation, migrations internationales...), la morphologie sociale de nos pays occidentaux s'est trouvée fortement transformée en un laps de temps, somme toute, réduit. Cela n'a pas pu ne pas produire un certain nombre d'effets sur la manière qu'a eue notre société de se représenter son organisation, son fonctionnement, c'est-à-dire tout ce travail de symbolisation au cœur de la production culturelle.

Les différents pouvoirs politiques (Europe, État national, collectivités territoriales) ont en général compris et admis qu'il n'était plus possible de s'en tenir à la seule vision des artistes comme constitutif d'une culture construite et partagée et qu'il convenait dans ce nouvel environnement d'accompagner en l'aidant et en le confortant ce mouvement émergent ou plutôt réurgent des cultures à base anthropologique. Ce mouvement de réappropriation de l'artistique par le politique est justiciable de plusieurs lectures : on peut y déceler, et nombre d'acteurs du champ artistique ne se privent pas de le faire, une volonté d'instrumentaliser les arts et les cultures<sup>3</sup>; on peut tout aussi bien y repérer la

3. Christian Ruby, *L'État esthétique. Essai sur l'instrumentalisation de la culture et des arts*, *Castells Labor*, Bruxelles, 2000.

nécessaire implication de ceux qui ont reçu délégation – dans le cadre de la démocratie représentative – de construire un sens partagé, supérieur aux intérêts particuliers et catégoriels.

Quoi qu'il en soit, ce dont témoignent de nombreuses expériences et initiatives de nature artistico-culturelle (travail dans les quartiers, travail dans et avec des institutions non artistiques telles que centres sociaux, prisons, hôpitaux...), c'est que les frontières étanches entre projet artistique et projet culturel (à base anthropologique) ne sont plus de mise, que précisément ces initiatives, ces (mal) dénommées « émergences artistiques et culturelles » travaillent à ménager des passages d'un registre (l'artistique) à l'autre (le culturel) et *vice-versa*.

Ce ne sont pas les seules situations-limites d'individus marqués par des processus de métissage socioculturel qui sont concernées par ce changement de paradigme. De fait, à des allégeances identitaires massives – ouvrier communiste des bassins miniers et sidérurgiques, paysan catholique de l'Ouest –, a succédé une pluralité identitaire culturelle quasi-généralisée qui redonne à chacun la responsabilité, assumée et assumable ou non, de devoir se conduire en acteur (et non en sujet du Prince, de la République...) porteur de projet.

Les situations institutionnelles, telles que l'hôpital, rencontrent inévitablement cette question longtemps méconnue de la coprésence dans la diversité de cultures identitaires multiples. Les institutions, on pourrait reprendre l'argumentation pour l'institution scolaire, feignaient de recevoir des sujets à partir de leur seule identification par l'institution comme usager du service de l'institution, toute référence à une autre forme d'allégeance identitaire étant perçue comme attentatoire à la logique fonctionnelle de l'institution.

Les institutions « totales » (Erving Goffman)<sup>4</sup> telles que l'hôpital sont plus que d'autres encore requises de construire leur projet d'établissement, s'inscrivant lui-même dans une politique sanitaire et sociale qui lui donne une partie de son sens, en mobilisant la pluralité de formes et de registres culturels dont elle est le support, le lieu d'effectuation. C'est donc une combinatoire à chaque fois particulière (un métissage?) de

4. Erving Goffman, *Stigmate*, *Éditions de Minuit*, Paris, 1975.

cultures spécifiques qui sera mobilisée dans le fonctionnement de l'institution, que celle-ci le pense d'ailleurs sur le registre du projet ou pas : cultures ethniques et sociales des patients, cultures civiques des usagers dans une relation de service, cultures administratives, cultures anthropologiques et sociales des différentes catégories de soignants dont leurs cultures professionnelles, etc.

#### DE LA RÉINSCRIPTION DE LA QUESTION CULTURELLE AU CŒUR DU SOCIAL ET DU CIVIQUE.

Pourquoi la question culturelle – au sens où au xx<sup>e</sup> siècle on pouvait parler de question sociale ou dans les années soixante-dix de la question féminine – se trouve-t-elle au centre des préoccupations de nombre de décideurs et d'acteurs notamment du champ politique ? C'est, semble-t-il, que l'on attend de la dimension culturelle qu'elle fournisse des éléments de réponse aux questions que se posent des citoyens ou des philosophes du politique sur le sens et la possibilité même d'un vouloir-vivre ensemble. Il apparaîtrait ainsi que la « culture » serait supposée pouvoir fournir les finalités d'une nécessaire redémocratisation de la société française au moment même où l'on évoque atomisation et individualisme des pratiques sociales, interrogations sur la place du politique dans le gouvernement des hommes, etc. La « culture », domaine séparé, autonomisé se trouve alors réinvestie d'une fonction politique.

Or, il se trouve également que la catégorie du projet est actuellement mobilisée dans une sorte de fonction intérimaire faute de ou en attendant que des « grands récits » (Lyotard)<sup>5</sup> puissent à nouveau mobiliser les énergies des citoyens pour l'avènement d'une démocratie pluraliste. Ce fut le cas historiquement du mythe républicain, de l'émancipation par l'éducation et la culture, du progrès technique, de la révolution sociale... Ce déficit de grands récits fonctionnant comme des mythes mobilisateurs renvoie d'une certaine façon à chacun le soin de se construire un destin personnel, au plus familial ou « tribal », ce qui expliquerait la nécessité devant laquelle nous nous trouvons comme acteur individuel ou collectif, comme parent d'élève, comme professionnel,

5. Jean-François Lyotard,  
La condition post-moderne,  
Les éditions de Minuit,  
1979.

comme habitant, etc., de nous fabriquer du projet, des projets sur chacun des registres que nous mobilisons comme acteur. C'est donc en quelque sorte tout naturellement que projet et dimension culturelle se rejoindraient pour cumuler leurs effets de transformation.

Une autre catégorie de raisons qui contribue à réinscrire la question culturelle au cœur du social et du civique, outre la pluralité des formes culturelles repérées et identifiées, a à voir avec cette question essentielle d'un vouloir-vivre ensemble : à quelles conditions et comment pouvons-nous et devons-nous refaire du commun ? Ce que décideurs politiques, professionnels du développement, militants associatifs ne cessent depuis quelques années de ressasser sur le mode facilement incantatoire de la nécessité de restaurer le lien social, de ravauder le tissu social. Il semblerait que l'indécision actuelle sur le référentiel légitime en matière de philosophie politique fondatrice (devons-nous tenir bon sur les paradigmes de l'État républicain où la citoyenneté tient à la participation à l'entité républicaine ou doit-on faire sa place au modèle démocratique, où les droits des citoyens sont liés à leurs allégeances et leurs identités communautaires ?) mobilise la dimension culturelle en ce que cette dernière se construit sur la même opposition paradigmatique : la culture est un bien universel accessible à tous et transcendant toutes définitions liées à une époque, une civilisation, un régime politique... ou bien au contraire la diversité et la pluralité culturelle témoignent d'une genèse et d'un sens particuliers, liés à des circonstances et des conditions sociales, économiques, politiques singulières. L'essai contemporain, constatable ici ou là, de réarticulation de ces deux conceptions fondamentales de la culture, semble alors servir de matrice au questionnement sur les fondations de notre société et pouvoir contribuer à fournir des éléments de réponse à cette question lancinante du vouloir-vivre ensemble.

Si, désormais, tout est projet, que l'on soit un acteur individuel, collectif, institutionnel, la question de la cohérence du construit d'action collective va se cristalliser sur la possible articulation des différents registres ou des différentes formes de projets : artistique, culturel, pro-

fessionnel, économique, social, politique... Qu'est-ce qui va donner sa cohérence dans une situation institutionnelle donnée par exemple à une profusion éventuellement immaîtrisée de projets? Comment se réalisera l'emboîtement des divers projets? Quel sera le processus de contribution-rétribution des projets sectoriels au projet collectif? Qui ou quel dispositif assurera la régulation du sectoriel et du global?

Ainsi, à l'hôpital, quelle est la place du projet culturel dans l'ensemble du projet d'établissement? Comment éviter deux écueils qui se présentent inévitablement : faire du projet culturel une dimension parmi d'autres, éventuellement au service d'autres projets, d'autres dimensions au risque de l'instrumentaliser, c'est-à-dire de le soumettre à une dépendance externe, qui lui fera perdre son sens propre; installer le projet culturel au cœur même du projet d'établissement, au motif que le patient étant supposé être au cœur du système de santé, la diversité culturelle présentée par le monde des patients doit occuper une position centrale, le risque encouru étant alors d'écarteler le projet culturel entre des sollicitations des plus hétérogènes.

Quoi qu'il en soit, on saisit bien à quel point la situation antérieure de ce type d'institution supposée monofonctionnelle n'est plus tenable; ce qui est en jeu, c'est d'installer un espace de délibération pour que les représentations des uns et des autres liées à leur positionnement institutionnel, leur statut, leurs pratiques professionnelles et sociales puissent nourrir ce qui est en train d'advenir comme une culture partagée.

## EXTRAITS DU DÉBAT



### LA CULTURE COMME PRODUCTION DE SENS DANS L'INSTITUTION : LA NOTION DE PROJET

La dimension culturelle d'un projet sous-tend une énergie considérable. On peut donc s'interroger sur le pourquoi de cette mise en œuvre. Ce qui interpelle, c'est de mettre en avant l'outil culturel pour reproduire du sens, recréer un lien commun, retrouver une raison de vivre ensemble, etc. Mais est-ce que l'on pose bien la problématique au départ? *Quid* de la question culturelle?

Étymologiquement, il y a deux acceptions du mot sens : signification et direction, justement. Considérons comment les projets prennent sens pour les porteurs de projet et les destinataires. On peut se poser la question : à qui profite l'affaire? Au-delà de l'étymologie, il doit y avoir effectivement production de sens.

L'institution n'est pas prise dans les soubresauts de l'histoire parce qu'elle est sur une très longue durée. L'inconvénient, c'est qu'elle ne doit pas oublier le problème à la base de sa création. Toute création institutionnelle n'est possible qu'à partir du moment où il y a une problématisation partagée. Pour qu'une politique publique soit constructible, elle doit être mise en problème par les acteurs de la société.

Prenons pour exemple le R.M.I : avant que la politique publique à un moment donné (dans les années quatre-vingt) puisse se construire, il a fallu qu'il y ait mise en débat – débat qui s'est fait jour dans des univers différents (experts, hommes politiques) et qui met en lumière cette réalité particulière. La grande pauvreté était déjà là; mais il a fallu qu'il y ait mise en problème pour qu'il y ait création institutionnelle.

Aujourd'hui, posons-nous la question de savoir sur quoi porte la problématisation partagée : la culture est peut-être justement ce qui nous reste de commun, une culture déchiffrable, et non codée.

Dans le domaine qui nous intéresse ici, il n'y a pas d'antinomie entre faire le geste de soin qui convienne et l'acte culturel. Autrement dit, partons de la dimension culturelle du soin, et non pas de l'*a priori* artistique, en intégrant une voie d'accès plus anthropologique. Autrefois on parlait d'humanisation des hôpitaux, ce qui renvoyait à des mesures précises comme la suppression des salles collectives. C'était une approche beaucoup plus restrictive que celle qui nous occupe aujourd'hui.

D'autre part, nous pouvons établir le parallèle entre la terminologie de l'institution hospitalière et celle de l'institution culturelle. Dans le monde hospitalier d'aujourd'hui, on raisonne en termes de projet d'établissement. Tout comme dans le projet culturel, s'y manifeste la même volonté de mise en commun de pratiques et d'intérêts parfois divergents. S'il y a crise à l'hôpital comme à l'université, c'est parce que ces institutions sont confrontées à cette mise en commun qui a pour objectif de répondre à une fonction, et non plus seulement à la permanence d'un accueil.

Attention, remarque un intervenant, à ne pas faire du thème « la culture à l'hôpital » un sous-thème du projet d'établissement et qu'il soit, du coup, marginalisé alors qu'il en est au centre.

#### DE LA PLURALITÉ DES CULTURES

Nous sommes confrontés d'une part à une pluralité des cultures, et d'autre part à l'évolution du concept de culture. Celui-ci ne renvoie pas aux mêmes représentations. Il n'est pas perçu de la même façon partout, ni dans sa production ni dans ses modes de diffusion.

Il y a de grandes différences entre culture urbaine et culture rurale par exemple...

Un intervenant garde la mémoire des grands intellectuels et des plus grands artistes accueillis autrefois dans son établissement hospitalier – dont Barthes, étudiant en philosophie et tuberculeux, Claudel, Maurras, Eluard, Malraux, etc. Il remarque qu'il est parfois taxé d'élitisme parce que sa culture est nourrie par les classiques. Or, dans cet établissement, les pathologies ont évolué ainsi que la clientèle. Elle est

composée essentiellement de jeunes (handicapés, sidéens) d'origines et de traditions culturelles diverses, qui ont tendance à se détourner de cette culture classique, malgré des projets tout à fait dignes d'intérêt. Sa plus belle récompense a été, récemment, de voir le visage radieux d'une jeune patiente venue assister pour la première fois de sa vie à un concert de musique classique organisé dans ce lieu de soin. Cependant, l'action culturelle aujourd'hui dans cet établissement s'est recentrée sur le lien à maintenir et à renforcer avec les universités, les lycées et les organismes de formation.

Mais comment appréhender les cultures d'aujourd'hui? Tel intervenant cherche à les comprendre mais se demande « comment les décrypter ».

Il est certain que nous sommes toujours davantage confrontés au pluralisme culturel, voire à la fragmentation des cultures minoritaires. Il y a des formes culturelles excluant pour certains, et appropriées pour d'autres. Le concert en est un exemple... Récemment, un étudiant a terminé un mémoire passionnant sur la forme que revêt le concert musical : pourquoi elle existe encore, pourquoi elle a prévalu...

La culture est ce qui permet et sollicite la multiplicité des interprétations. Mais la tendance à s'enfermer dans le fait de requérir une, et une seule, interprétation est très forte dans certains secteurs du monde artistique et culturel. Ainsi, nous vivons actuellement le difficile passage de l'éducation populaire telle qu'elle a existé pendant des décennies, à la médiation, et nous le vivons dans le conflit d'interprétation, d'appropriation... Entre des pans entiers de la population et les formes contemporaines de l'art, il y a des conflits culturels...

Par ailleurs, distinguons le fait de reconnaître le pluralisme des diversités culturelles et celui d'en faire un slogan qui serait : apprenez le multiculturalisme. Il s'agit plutôt d'articuler diverses formes de culture, de les faire jouer dans la contiguïté, et dans la continuité. Ceux qui critiquent Boulez n'imaginent pas une seconde qu'il a joué avec Frank Zappa...

### ARTICULER DIVERS REGISTRES CULTURELS : LE RÔLE DU « PASSEUR »

Articuler différents registres de médiations – artistique, politique, sociale, culturelle, familiale... – qui prennent sens dans nos établissements, tel est l'objectif. La dimension culturelle ne sera validée que si l'objectif est de faire le lien entre ceux qui entrent dans l'établissement et ceux qui y travaillent; comment en d'autres termes produire du lien entre le patient et le soignant? Et comment satisfaire le plus grand nombre de patients, porteurs comme tout un chacun d'identités et de cultures diversifiées?

Ce que sous-tendent ces propos, c'est la question de l'identité. Jusqu'à une époque récente, les identités étaient relativement monolithiques et stables; on était muni d'une identité professionnelle qui dictait tous nos comportements sociaux. Si j'étais ouvrier, ou par exemple mineur du bassin de Montceau-les-Mines, j'allais adhérer selon que j'étais catholique ou laïque à la société sportive de l'amicale laïque ou de la paroisse, et tout le reste suivait... Même chose pour les institutions qui avaient elles aussi une identité relativement monolithique. Aujourd'hui les identités sont démultipliées pour tout le monde. On est dans le régime des identités plurielles pour tout le monde, acteurs individuels, acteurs collectifs...

Il y a deux manières de penser l'identité. Selon les thèses de Paul Ricœur dans son livre *Soi-même comme un autre*, que l'on peut résumer très succinctement, nous sommes soit dans le « je est je », donc dans l'irréductibilité de mon identité; soit dans le « je est un autre », selon l'expression de Rimbaud, qui exprime avec force en quoi moi, je suis le même qu'un autre. On voit bien les implications politiques qui en découlent, selon l'approche réductrice que l'on a de l'une ou de l'autre vision.

Faire entrer l'art ne passe-t-il pas par une prise de conscience collective?, s'interroge un intervenant. Est cité l'exemple d'un sculpteur qui a effectivement pu faire la passerelle entre les médecins, les soignants, les patients... Même l'administration a été intéressée par l'exposition qui a clos l'atelier de moulage qu'il a proposé, loin de l'art-thérapie.

Toute une symbolique s'est créée autour de cette exposition; par le truchement de ces modelages, on a vu qu'une compréhension pouvait s'établir au sein du personnel, entre divers acteurs de la vie hospitalière. Au sein de l'institution, ce qui nous sépare est alors mis en débat. D'où le rôle des tiers, des passeurs, qui sont à la fois dedans et dehors, et qui vont pouvoir intervenir sur ce qui nous divise.

Il est effectivement des artistes qui sont à l'intersection de plusieurs mondes, artistique, social, musical... Ils permettent de « passer » des langages d'un monde à l'autre. Le rôle de ces tiers est de transformer la source en ressource, sur des registres culturels différents, l'art en étant un parmi d'autres. Ce travail, désanxiogène pour tous, permet de trouver des modalités de passage avec les publics dont l'hôpital a la charge... Transformer une source en ressource : c'est le fondement de toute dynamique de groupe. Par définition, les institutions appelées à recevoir des publics diversifiés bénéficient d'une ressource culturelle liée à cette diversité.

### DE L'HISTOIRE DE L'INSTITUTION À LA CULTURE DU SOIN

Nous avons vu comment une certaine culture, transcendante, pouvait être intégrée par différents groupes, mais aussi comment la culture pouvait être aussi un facteur d'isolement et de cloisonnement. A l'hôpital, c'est un peu ce que l'on constate si l'on se réfère à l'histoire. Depuis la création de l'Hôtel-Dieu, autrement dit la culture « bonnes sœurs » qui cimentait énormément nos institutions, les hôpitaux sont devenus des organisations avec des cultures complexes et différenciées, avec des segmentations, des groupes juxtaposés, qui essayent de retrouver le sens, grâce à ces passeurs. Au fond, c'est donc la question du pouvoir vivre ensemble qui est posée...

Les usagers de l'hôpital sont souvent déroutés par l'approche parcelaire, réductrice que leur renvoie l'institution de leur corps. Peut-être faut-il croiser les niveaux culturels pour arriver à sensibiliser les personnels à une appréhension, un rapport aux êtres humains qui accepte une épaisseur sociale, émotive, subjective...

Il y a toute une histoire culturelle du rapport au corps, à la santé, absolument passionnante à développer. (Il est des pages de Roland Barthes, écrites au sanatorium dont il a été question plus haut, qui relatent justement des épisodes autobiographiques). Tout ce travail serait à croiser avec les ressources culturelles des personnels dont on commence à se préoccuper.

Un intervenant évoque le contexte actuel de pénurie de personnels infirmiers et de sages-femmes dans son établissement, centré sur l'obstétrique et la maternité. Il souhaite que la « culture d'entreprise » soit un moteur pour rassembler tout le monde autour d'une culture du soin. La moyenne de séjour dans son établissement étant très courte (entre quatre et sept jours), cela laisse peu de temps : le souci est à la fois de replacer le patient au centre de l'entreprise et de maintenir les personnels dans l'entreprise, de faire qu'ils soient attachés à son esprit, à la façon dont sont prises en charge les parturientes.

La prise en charge de la douleur et la façon dont elle est perçue par la clientèle est, à cet égard, exemplaire : certaines ne supportent absolument pas la moindre douleur, pour d'autres c'est l'inverse. Dans ce cas, l'aspect culturel n'échappe à personne.

La douleur pourrait être un thème culturel permettant de traiter à la fois les dimensions techniques et médicales en sensibilisant les médecins, et la dimension anthropologique qui permet de trouver du sens commun.

Il faut donc revenir à l'identité du patient, puisque c'est le sujet qui nous tient à cœur... en gardant à l'esprit que celui-ci n'est pas qu'un patient : c'est son « identité hic et nunc », ici et maintenant... C'est sa définition ponctuelle, mais il ne tient aucunement à rester « patient »...

Le « je est un autre » prend une résonance toute particulière quand on est hospitalisé. « D'autres » viennent fouiller votre identité corporelle, prennent des décisions à votre place, et peuvent porter atteinte à votre intégrité, à votre autonomie.

Nous voyons bien à quel point l'hôpital est dans le monde un monde en soi... Les institutions hospitalières sont travaillées par des choses qui dépassent largement leurs cadres. Tout ce qui se dit et se fait dans nos institutions prend une épaisseur différente parce que nulle part ailleurs nous ne retrouvons une permanence de l'émotionnel où les questions de vie, de mort, de souffrance et de vitalité sont aussi fortes...

Pour conclure, quelques objectifs se dessinent : faire évoluer la culture hospitalière et médicale à partir d'une approche du patient qui tienne compte de sa globalité, de son identité plurielle ; mettre ou remettre en valeur ce qu'il y a de commun chez les personnels qui ont été très atteints par la fragmentation des savoirs, des statuts, des lieux...

Ce séminaire va permettre aussi de mieux saisir comment la culture s'enrichit des diverses expériences menées dans les hôpitaux. A nous de trouver ensemble des logiques et des modes opératoires. L'institution peut être un nouveau terrain des relations entre publics, œuvres et artistes. Il ne s'agit pas de reproduire des logiques d'équipement en ville qui éloigneraient plutôt qu'elles ne rapprocheraient, sans perdre de vue la réalité, à savoir pour commencer le retour de la grande pauvreté, visible au niveau de la société toute entière et tangible de façon aiguë à l'hôpital, qui en est totalement perturbé après avoir mis un siècle à s'affirmer comme lieu de soin.

**L'APPROCHE ANTHROPOLOGIQUE :  
D'UN MODÈLE BIO-MÉDICAL A UN AUTRE**



La seconde séance a été consacrée à la question de l'interface entre les équipes hospitalières et les patients d'origine ethnoculturelle étrangère. À partir de l'exemple québécois concernant des recherches conduites auprès de femmes immigrantes en situation de grossesse, d'accouchement et de post-partum, présenté par l'intervenant Joseph Lévy, le groupe a pu s'interroger sur les pratiques hospitalières en France à l'égard de cette question.

Il s'agissait donc d'aborder, cette fois-ci, le concept de culture sous un angle proprement anthropologique concernant les caractéristiques ethnoculturelles des usagers de l'hôpital et leur prise en compte. Car chaque personne arrive à l'hôpital avec des modèles de soin et des représentations de la maladie en lien avec son environnement ethnoculturel.

Il a d'abord fallu souligner les différences de contexte entre le Québec et la France avant d'explorer les pratiques des hôpitaux à cet égard et les pistes de meilleure prise en compte de la dimension ethnoculturelle du patient.

Outre que l'immigration est bien moindre en France qu'à Montréal, ce sont les modèles d'intégration qui fondent la plus grande différence entre les deux pays : le multiculturalisme et l'assimilation. Ainsi, au Québec, les groupes ethniques sont structurés et peuvent fournir des relais efficaces alors qu'en France les interlocuteurs sont plus difficiles à identifier. Cependant, il est probable que notre société évolue vers une plus grande pluralité des cultures et que la question de sa prise en

compte par les services publics va se poser dans la décennie qui vient. L'hôpital reste en retrait par rapport au développement d'une sensibilisation au multiculturalisme dans les milieux de la Police, de la Justice, de l'École et de la Protection Maternelle et Infantile. Ces problèmes remontent rarement jusqu'aux équipes de direction, et seulement en cas de crise jusqu'à l'administration d'État. Toutefois, ils sont de plus en plus visibles à travers les processus d'accréditation, de qualité d'accueil et de droit du patient.

Des pistes sont évoquées pour mieux prendre en compte cette dimension : la pluralité culturelle des personnels hospitaliers, le recrutement de médecins étrangers, le rôle des médecins conciliateurs et des commissions mixtes d'usagers, les réseaux ville-hôpital qui redonnent une place centrale au médecin généraliste... Toutefois, il faut bien admettre que ni l'administration, ni l'institution hospitalière ne sont organisées à ce jour pour réellement intégrer cette question. Il faudrait se doter d'outils de visibilité du problème à travers des programmes de recherche mais aussi des moyens de faire évoluer les pratiques par un programme de formation auprès des médecins et des soignants.

Peut-être faudra-t-il aussi former des « médiateurs culturels » capables de traduire les spécificités biomédicales d'un idiome à l'autre. Car il s'agit de poser la question en termes d'éthique médicale liée au secret professionnel et au consentement éclairé plutôt qu'en termes de communautarisme.

Enfin, en ce qui concerne une sensibilisation et une ouverture d'esprit des personnels hospitaliers à l'égard des ethnies représentées dans la population concernée par son activité, l'action culturelle et artistique a un rôle important à jouer. En permettant la découverte et la rencontre de ces cultures par leurs productions artistiques et culturelles, elle contribue à surmonter les éventuels préjugés et stéréotypes vis-à-vis des immigrants.

## CULTURE ET HÔPITAL : L'EXEMPLE DE LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT AU QUÉBEC

*Joseph LEVY, anthropologue  
Université du Québec, Montréal*



L'interface entre l'hôpital et son public ne peut faire l'économie des aspects ethnoculturels, comme le montre l'exemple du Québec (Labelle et Lévy, 1995). Cette province canadienne connaît une forte immigration qui a contribué à l'hétérogénéité de sa population. Concentrée à Montréal, cette population se caractérise par une forte représentation des originaires d'Europe, en particulier de l'Europe méridionale, de l'Asie, des Caraïbes et de l'Afrique. A la suite des politiques d'intégration en vigueur au Québec, ces groupes ont conservé de façon significative leur langue et leur culture d'origine. Ce maintien se manifeste au plan des représentations et des pratiques entourant la maladie et la santé, ainsi qu'à celui du recours aux services de santé, dont les hôpitaux.

### GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT :

#### INTERFACE HÔPITAL-GROUPES ETHNOCULTURELS

Les recherches menées au Québec sur la grossesse et l'accouchement en milieu ethnoculturel indiquent l'importance de tenir compte des aspects socioculturels dans la planification des programmes de périnatalité. Ainsi, selon Gravel (1993), les facteurs de risques chez les femmes québécoises et immigrantes ne sont pas toujours identiques, de même les conceptions entourant le poids de l'enfant à la naissance. Les normes dominantes liées à l'évaluation de l'attachement maternel ne

tiennent pas compte des modifications dans le réseau social liées à l'immigration, tout comme celles qui jouent sur les moyens de stimulation et de socialisation. Cette recherche indique que le paradigme occidental dominant (technologie néonatale, préparation prénatale) ne correspond pas aux aspirations des femmes immigrantes.

Les données d'une recherche sur la grossesse et l'accouchement menée dans le cadre d'une clinique de médecine familiale de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal auprès de femmes immigrantes (Dupuy-Godin, 1995) montrent aussi qu'il existe des écarts dans les perceptions du personnel soignant et des immigrantes à plusieurs niveaux.

Sur le plan linguistique, les bénéficiaires, malgré leur connaissance souvent limitée du français ou de l'anglais, ne rapportent pas de difficultés particulières dans la mesure où elles ont accès à des interprètes. Cette perception n'est pas partagée par les intervenants qui jugent au contraire qu'il existe de nombreux obstacles à une bonne communication : type d'interprète (mari ou fils); mauvaise qualité de la traduction liée à la formation insuffisante de l'interprète; tabous entourant le champ de la reproduction; simplification ou amplification des symptômes. Dans tous les cas, la communication directe médecin-cliente de même que les règles du secret médical et du consentement éclairé, bases de l'éthique médicale contemporaine, sont entravées. La conjointe peut aussi taire des informations importantes, surtout lorsqu'elles portent sur la vie du couple ou sur des peurs personnelles. La complicité qui s'établit d'habitude entre le médecin et sa patiente se voit donc réduite dans ce contexte.

A ces difficultés viennent s'ajouter celles proprement médicales liées aux différentes étapes de la grossesse : report du début du suivi médical associé au maintien du secret de l'état de la mère pendant les premiers mois de la grossesse; non-observance des consignes alimentaires et autres; écarts dans les conceptions du temps; multiparité qui peut entraîner une perception moins angoissée de la grossesse et de l'accouchement. Les examens médicaux peuvent aussi être problématiques à cause des codes

de pudeur ou des symptômes mal compris par le médecin (crachats et vomissements fréquents, pertes de poids, déshydratation importante). Pour contourner ces barrières, des stratégies multiples (dessins, langage non verbal, échographie et autres tests) permettent d'obtenir des résultats plus fiables, tout en minimisant les interférences liées à la langue. À l'inverse, certains de ces tests peuvent créer des problèmes, comme l'échographie qui peut révéler la présence d'un fœtus de sexe féminin plus dévalorisé dans certaines cultures que le sexe masculin.

Les jeunes médecins font généralement part de l'investissement de temps supplémentaire qu'exige le suivi de ces femmes enceintes. Ils notent la durée plus longue de leurs entrevues, afin de pouvoir vérifier la compréhension des informations transmises. Ils doivent souvent prendre les rendez-vous pour les patientes et les orienter vers les services de soutien tels que le module enfance-famille, le travailleur communautaire et le service social des C.L.S.C. (centres locaux de services communautaires).

Les femmes interviewées se sont montrées satisfaites des soins hospitaliers lors de l'accouchement, à cause de la présence des spécialistes en obstétrique de leur pays d'origine et des ressources hospitalières, mais certaines zones de friction ont également été notées : évitement de la participation du mari à cet événement, contrairement au modèle occidental; perception de la nécessité ou non de l'appareillage et des pratiques médicales. À la période postnatale, la transmission des informations concernant les soins postnataux de la femme et du bébé (allaitement, hygiène et soins du bébé, soins de base à la nouvelle accouchée, etc.) peuvent se heurter à des barrières linguistiques, d'où certaines préoccupations chez les intervenants qui développent des stratégies de communication non verbales. La diminution de la durée du séjour hospitalier et les surcharges de travail compliquent aussi le rôle de détection des personnes et des enfants à risques.

Les comportements adoptés en post-partum peuvent être source de malaises pour les intervenants. Ainsi, la naissance d'une fille peut être

source de moindres réjouissances et certaines conduites peuvent être interprétées comme un désintéressement face à l'enfant alors qu'elles constituent des mécanismes de protection face à la menace « du mauvais œil ». Ainsi on constate fréquemment le report de choix du prénom car il est nécessaire de bien connaître les caractéristiques physiques et de tempérament de l'enfant pour l'inscrire, de façon juste, dans la grande lignée familiale. Il en est de même lorsque l'on considère le recours précoce à une alimentation mixte (sein et biberon) qui peut se heurter à des résistances de la part des mères.

#### PISTES D'INTERVENTION

Quelles stratégies mettre en place pour favoriser une meilleure interface entre les services hospitaliers et les membres des groupes ethnoculturels? On peut proposer les pistes suivantes. En premier lieu, il serait important d'introduire une formation en anthropologie médicale dans le cursus des intervenants médicaux, en particulier dans le champ clinique, afin de les sensibiliser aux dimensions socioculturelles qui interviennent dans la construction de la maladie et du traitement.

En second lieu, ce programme de formation devrait être complété par un programme de formation et de recyclage interne au milieu hospitalier. En troisième lieu, il serait nécessaire non seulement de développer une expertise linguistique plus grande chez les interprètes mais de les former à l'interprétation des composantes ethnomédicales et culturelles et à leur retraduction vers le milieu médical occidental.

En quatrième lieu, il est essentiel de développer un programme de recherches qui porte sur les aspects ethnoculturels de la santé en milieu hospitalier, en particulier à un niveau microsociologique afin de mieux identifier les dimensions de la communication entre les intervenants médicaux et les patients, ainsi que les stratégies spécifiques aux individus en fonction de leur culture.

#### CONCLUSIONS

Le système médical, jusqu'à présent plutôt hospitalo-centré, devra donc

s'adapter graduellement aux nouvelles réalités ethnoculturelles qui structurent l'espace québécois montréalais. Comme le montrent les études sur la grossesse et le post-partum, les problèmes rencontrés varient selon les phases de la grossesse et mettent en relief la dynamique qui intervient dans l'interface entre les modèles culturels et hospitaliers. L'augmentation de la clientèle ethnoculturelle demande de mieux tenir compte de leurs caractéristiques, d'où l'importance d'établir des liens de confiance avec les groupes ethnoculturels. Les organismes communautaires sont appelés à jouer un rôle plus fondamental comme médiateurs culturels, et cela au profit d'un mieux-être des familles et des intervenants médicaux. Ces derniers sont confrontés à une situation à laquelle leur formation ne les a pas préparés. Certes, ils sont à même de dégager, non sans peine, des formes d'accommodements institutionnels et interpersonnels basés sur les leçons tirées de leurs expériences, mais il est nécessaire de mieux les former. Si le manque de connaissance dans le champ culturel est décrié par tous, la grande majorité des intervenants interrogés sont désireux de mieux s'outiller pour affronter cette nouvelle réalité. Il s'agira de savoir si les contraintes budgétaires et administratives serrées pourront permettre un tel développement à court terme.

#### RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Labelle M. et Lévy J.-J., *Ethnicité et enjeux sociaux. Le Québec vu par les leaders du groupes ethnoculturels*, Éditions Liber, Montréal, 1995.

Gravel S., « Un exemple de la contribution de l'anthropologie à la planification d'un programme de périnatalité en milieu multiculturel ». *Culture et Santé*, 9 (1), 1992-1993, pp. 139-153.

Dupuy-Godin M., Lévy J.-J., Verrier P., Saucier J.-F. et Kowalski O., « Immigration, grossesse et système médical. Une étude exploratoire », in G. Pronovost (sous la direction de), *Comprendre la famille. Actes du second symposium québécois de recherche sur la famille*, 1994, pp. 435-446.

## EXTRAITS DU DÉBAT



### QUÉBEC, FRANCE : DIFFÉRENCES DE CONTEXTE ET DE PRATIQUES FACE À LA SITUATION MULTICULTURELLE

À la lumière de l'exemple québécois qui est l'expression d'une situation multiculturelle installée depuis des décennies, y a-t-il des leçons à tirer pour les institutions hospitalières françaises ?

La diversité des cultures, telle qu'elle est prise en compte au Québec, fait écho à celle que nous observons aujourd'hui partout dans le monde occidental. À notre tour, en France, de répondre de façon optimale aux demandes des populations issues de l'immigration.

De quelles demandes s'agit-il ? Et dans quel contexte ?

On constate depuis une quinzaine d'années un formidable développement des pratiques culturelles concernant l'école, les quartiers, la fonction publique, la police, la justice. Beaucoup d'expériences, qui se sont développées avec l'intervention de sociologues de grande valeur, permettent de valoriser les savoir-faire et les pratiques des communautés migrantes.

Mais il semble que d'une façon générale, les hôpitaux soient restés très en retrait par rapport au travail accompli par d'autres institutions.

Compte tenu du contexte français (où les valeurs d'égalité sont sous-tendues par une volonté d'intégration inscrite dans les lois de la République depuis deux siècles), il ne s'agit pas de poser les questions en termes de communautarisme (comme c'est le cas dans les pays anglo-saxons et aussi au Québec), mais plutôt en termes d'éthique biomédicale et de consentement éclairé.

Cet angle d'approche permet d'estomper la dimension ethno-socio-culturelle tout en posant les questions prioritaires : quels soins sont donnés, comment le secret médical est-il gardé dans ces conditions, comment un « consentement éclairé » peut-il être donné par le malade si celui-ci n'a pas accès à une information claire et précise ? Tout un travail d'enquête pourrait être mené et s'accompagner d'échanges avec des spécialistes de l'éthique.

### QUI SONT LES MÉDIATEURS À L'HÔPITAL ?

Les participants confrontent leurs approches d'une fonction dont le statut resterait à définir dans le système hospitalier. Qui fait office de médiateur à l'hôpital pour une communauté donnée ? Cela peut être un aide-soignant d'origine maghrébine, comme a pu l'observer un intervenant ; ou bien des praticiens adjoints contractuels (PAC), c'est-à-dire des médecins étrangers (Liban, Madagascar, Maghreb) exerçant en France et ayant obtenu l'équivalent du doctorat français de médecine. Par le truchement des uns et des autres, et surtout par leur capacité à s'exprimer dans une langue commune avec les patients, le message passe directement. La prise en charge médicale et l'écoute en sont grandement facilitées face à toute une partie de la population, issue de l'immigration maghrébine, turque ou asiatique, qui fréquente régulièrement l'hôpital public.

Cependant, il ne suffit pas que la personne soignante soit de même culture pour que les problèmes soient résolus. S'en tenir à un interprète reste réducteur. Au Québec, l'interprète (le mari par exemple) est souvent de même culture que son épouse, et de même langue ; mais il peut sur ou sous-évaluer ses propos, bien ou mal traduire les informations. Ce n'est pas seulement un problème de représentativité, ou de représentation ethnoculturelle qui est en jeu. Au-delà, c'est l'accès à ces dimensions ethnoculturelles qui est posé, ce qui est tout à fait différent. Si l'exemple québécois semble riche d'enseignements au regard de ce que nous connaissons comme principes de médiation, le communautarisme induit par le « chacun chez soi » à l'anglo-saxonne n'est guère transposable tel quel en France.

Par ailleurs, notons que le fait que les établissements français disposent d'un personnel multiculturel, qu'il soit d'origine africaine ou antillaise, créole, maghrébine, est un atout certain. Mais il faudrait optimiser cet avantage en permettant à tous, au sein de l'hôpital, de comprendre les limites et les problématiques de leurs capacités d'interprétation; une formation à court terme pour appréhender le jeu de ces dimensions ethnoculturelles se révélerait fort utile.

#### **INCOMPRÉHENSIONS MUTUELLES :**

##### **DU MANQUE D'INFORMATIONS AU MANQUE DE RÉPONSES ADAPTÉES**

Sans médiation culturelle, le personnel est souvent confronté à des choses qui lui semblent inexplicables, ou qui sont mal perçues : pourquoi les familles viennent-elles parfois si tardivement, pourquoi restent-elles au-delà des horaires, pourquoi la communauté gitane se déplace-t-elle en si grand nombre lors d'un décès à l'hôpital, etc. Ces incompréhensions peuvent être sources de conflit; le milieu hospitalier est parfois excédé ou déstabilisé par des attitudes qui ne se conforment pas à leurs propres habitudes culturelles.

La tendance est de vouloir résoudre les problèmes humains de façon très technique, loin des démarches évoquées par Joseph Lévy dans la prise en compte au Québec. Mais que peut produire une écoute médicale réduite à sa plus simple expression (du style « répondez par oui ou par non ») sans la capacité à entendre ce qui s'exprime dans la culture de l'autre, ne serait-ce que du point de vue de sa pathologie?

Le plus souvent, remarque un intervenant, « on bricole avec les familles, les maris, les enfants... ». L'institution ne se pose pas (ou peu) la question, et les problèmes, souvent découverts tardivement, se règlent au cas par cas. Ils remontent jusqu'à l'administration centrale seulement s'il y a incident grave, et sa médiatisation se fait quasi-simultanément.

De l'incommunicabilité à l'accident, il n'y a qu'un pas, qui peut être vite franchi. Récemment, dans un service de médecine-chirurgie-obstétrique, la mort accidentelle d'un jeune issu de l'immigration

maghrébine alors qu'il se trouvait dans le service des urgences a failli déclencher une manifestation. Le directeur de l'hôpital a pris contact avec des représentants de la communauté maghrébine issus du mouvement associatif, qui ont agi en interlocuteurs responsables : ils ont été effectivement les médiateurs entre une famille, une communauté dans la douleur, et un médecin, considéré comme seul responsable alors qu'il se trouvait confronté à l'impossibilité de rendre compte des faits.

Pourtant, à ce stade d'incompréhension mutuelle, pouvait s'opérer une situation de blocage total, avec pour résultante une cassure dans l'image de l'hôpital. Autre exemple récent : alors qu'elle venait passer une consultation prénatale dans un grand hôpital, une femme asiatique a subi une I.V.G. C'est tout à fait exceptionnel, mais ce n'est évidemment pas acceptable pour autant.

Ce constat est bien entendu à nuancer au plan régional : les problèmes ne sont pas prononcés de la même façon partout, ce qui n'empêche pas les difficultés de compréhension et d'accueil de se poser également dans de petites villes ou dans les départements plus ruraux.

Sur un bassin de population réduit, il n'existe pas de scission entre l'hôpital et la médecine de ville, telle que la connaissent les grandes agglomérations. Les patients fréquentent les mêmes médecins, dans leur cabinet et à l'hôpital, ce qui permet une continuité des soins entre la famille et le médecin. Peut-on alors considérer le médecin comme un médiateur? Il est plutôt un partenaire essentiel, qui facilite le « passage » de l'univers familial, privé, à celui, public, de l'hôpital.

Ainsi, la médiation ne revêt pas les mêmes formes dans un grand hôpital, dans un hôpital général ou dans un établissement spécialisé. Peut-elle aujourd'hui se forger selon les stratégies de médiations culturelles mises en place, et en fonction des institutions telles qu'elles coexistent dans le système hospitalier français? La question mérite d'être posée. Mais en règle générale, les institutions n'abordent ces préoccupations qu'en cas de crise, ou lors d'une réflexion avancée des équipes, notamment à travers la démarche qualité (en vue de l'accréditation par exem-

ple). Seul le secteur psychiatrique semble s'être davantage penché sur la question, sans doute parce qu'il est aussi plus confronté que les autres institutions, d'une façon plus aiguë en tout cas, à l'étrangeté fondamentale qui agite tout être humain, et par son expérience justement à accueillir « l'autre », étranger parfois à lui-même.

#### DE L'ACCUEIL À L'ACCÈS AUX SOINS :

##### COMMENT ASSURER DE BONNES CONDITIONS D'ACCUEIL À TOUS ?

En France, les seules obligations réglementaires dans le fonctionnement institutionnel pour prendre en compte les phénomènes multi-ethniques sont d'ordre culturel : il s'agit de faciliter l'accès aux lieux de culte. Cet effort existe, mais est évoqué de manière très timide. Une autre obligation réglementaire consiste à créer un livret d'accueil accessible aux patients. Combien d'entre ceux qui gèrent des structures hospitalières de proximité forte avec des communautés maghrébines, turques, etc. traduisent-ils seulement le mot « accueil » dans d'autres langues que le français ? Tandis qu'au Québec, les salles d'accueil d'urgences hospitalières se déclinent dans une dizaine de langues.

Cependant, en France, il y aurait des mesures simples à prendre pour faciliter la vie des patients en question, et tenir compte de leur identité culturelle : l'un des éléments essentiels concernant l'accueil à l'hôpital est le droit à l'information du patient. Quelques hôpitaux ont déjà ce souci en tête, et mettent en place un livret d'accueil traduit en plusieurs langues. Il existe aussi dans certains services hospitaliers des fiches établies sur une base phonétique pour permettre un dialogue minimum et l'établissement d'un diagnostic.

Ces démarches sont encore timides, et l'on remarque qu'un certain nombre de dispositifs et de moyens mis en place ne fonctionnent pas, ou ne sont guère accessibles au public en général. Par exemple, *quid* du Conseil d'établissement qui associe en principe l'institution – médecins, personnels –, les usagers et leur famille ? Qui sait, parmi les usagers de l'hôpital, qu'il existe un médecin conciliateur, présidant la commission de conciliation qui a pour objectif d'orienter et de conseiller les personnes en cas de plainte administrative ?

Au sein du système d'organisation hospitalière qui tend à être toujours plus rationnel, la prise en compte des facteurs sociologiques se fait lentement jour. Lors de l'élaboration du programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes démunies, les différents groupes de travail – soignants, administratifs, médecins – ont tous noté la difficulté qu'ils éprouvent à faire accéder aux soins ceux qui sont justement dans un état de santé très dégradé : « un état de santé tel que nous ne le supporterions pas par rapport à ce qui est toléré dans une société comme la nôtre ». Notons toutefois que ce programme, qui a permis de pointer les difficultés d'accès aux soins des personnes démunies, concerne toutes sortes de populations, indépendamment des considérations ethniques ou culturelles.

Au Québec, des études ont souligné la sous-utilisation des services de santé par les populations issues de l'immigration, sous-utilisation qui ne renvoie pas seulement à des questions économiques. Les services de santé mentale sont moins fréquentés, de même que les services de médecine générale, et ceux des travailleurs sociaux ; les seuls à être vraiment fréquentés sont les dentistes.

#### DES OUTILS ET DES FORMATIONS À METTRE EN PLACE

Il y a sans doute un problème de lisibilité des institutions, mais surtout la question se pose de rendre efficaces les instruments de régulation de conflit. « Des commissions, il y en a beaucoup, mais le système est-il productif ? », se demande un intervenant.

On peut imaginer de créer des instances qui associent les usagers et les familles, comme il existe des lieux de ressources, qui associent les jeunes et le monde du travail par exemple. Il faudra sans doute imaginer à l'avenir des structures légères, en lien avec d'autres, travaillant spécifiquement sur les questions de culture et d'immigration (dans l'agglomération lyonnaise, Inter Services Migrants et Escales sont des interlocuteurs privilégiés pour ces démarches).

Le but étant d'attirer l'attention, selon l'expression de Joseph Lévy, « à un niveau microsociologique », ce qui permet un meilleur traitement par exemple dans l'application du secret professionnel. De plus, il est

essentiel d'associer et de sensibiliser les médecins aux questions, aux problèmes posés par les communautés d'immigration.

Une première démarche pourrait consister à chercher des réponses adaptées, pour mettre en place des dispositifs, et non l'inverse; en répertoriant par exemple la richesse associative sur la question de l'accès aux soins.

A la question des moyens financiers qui ne tarderait pas à se poser dans le contexte de la rationalisation des soins, rappelons qu'il existe un organisme para-public, le F.A.S. (Fonds d'action sociale), qui peut octroyer des financements sur les questions concernant les communautés d'immigration. Le F.A.S. a très peu de demandes émanant des institutions hospitalières. Seules des consultations de protection maternelle et infantile dans certains quartiers, notamment à Saint-Étienne, ont fait des demandes pour engager des interprètes.

A Valence, note un intervenant, un processus de formation-action a été mis en place depuis la rentrée scolaire 2000 avec un sociologue, à la suite d'incidents qui avaient perturbé les équipes médicales. Dans les grands hôpitaux psychiatriques de la région, notamment au Vinatier et à Saint Jean de Dieu, il existe des formations des personnels à l'ethnopsychiatrie, qui sont très demandées par les soignants.

Il faudrait aussi donner une visibilité aux directeurs d'établissements, et assurer la formation des médecins, ce qui permettrait aussi de sortir du contexte de « l'hospitalo-centrisme ».

Au Québec, des intervenants en psychiatrie transculturelle assurent des formations dans les hôpitaux, et des projets de recherches universitaires sont en cours, comme celle dont il a été question dans l'intervention de Joseph Lévy sur les grossesses et qui sont éclairantes tant pour les institutions que pour les usagers eux-mêmes.



La troisième séance de réflexion a été consacrée au statut symbolique du patrimoine hospitalier et aux différentes manières de le valoriser. L'intervenant, Jacques Poisat, a appelé de ses vœux le passage d'une approche centrée sur la collection d'objets à une conception du patrimoine comme ressources symbolique, économique et scientifique pour l'établissement et son environnement. L'intervenant préconise l'évolution des « musées d'entreprise », centrées sur la valorisation de l'établissement, au « musée citoyen », qui interpelle un large public pour l'amener à s'interroger sur les problématiques de santé.

Car nombreux sont les hôpitaux qui créent leur musée hospitalier sur le modèle du musée des Beaux-Arts, alors que ses chances sont faibles d'obtenir une fréquentation pouvant satisfaire le désir de porter le patrimoine, et l'histoire sociale qu'il traduit, à la connaissance du plus grand nombre. Pour la plupart des établissements, le patrimoine représente une difficulté de gestion et révèle une absence de savoir-faire dans le domaine de sa valorisation. Seules les grandes structures comme les Hospices Civils de Lyon peuvent se permettre de faire vivre un musée, au sens professionnel du terme, ayant « pignon sur rue ».

Aussi, préconise-t-on plutôt des solutions consistant à déléguer les objets d'art sans lien avec l'activité hospitalière aux musées des Beaux-Arts, compétents pour en assurer la conservation et la valorisation auprès d'un public élargi. L'établissement pouvant alors se consacrer aux traces de la vie hospitalière proprement dite, sous toutes ses formes, dans une perspective de mobilisation des personnels et des citoyens autour des questions de santé publique. La perspective de changer

l'échelle de gestion et de mise en valeur du patrimoine hospitalier est une autre solution adaptée aux petites et moyennes structures. Ainsi, un musée hospitalier à l'échelle régionale (ou départementale) pouvant constituer un lieu ressource en termes de conservation, de recherche et d'action culturelle centralisée ou décentralisée, pour l'ensemble des établissements, et coopté par eux, est une piste à explorer.

Le constat a été collectivement fait de la difficulté à intéresser un public, et particulièrement le personnel, au patrimoine hospitalier. Plusieurs explications ont été avancées : la dichotomie entre l'attachement du personnel à l'hôpital et le sentiment d'un décalage avec les politiques publiques ; le *turn-over* du personnel qui ne se sent plus inscrit dans une histoire collective représentée par le musée ; l'image désuète du musée ; la connotation de souffrance du lieu hospitalier par contraste avec les modes ludiques de présentation du patrimoine dans d'autres secteurs. En conséquence, de nouvelles approches du patrimoine, dans sa conception comme dans ses formes d'utilisation, doivent être expérimentées pour en faire un vecteur de dynamisme de la pensée contemporaine concernant la santé et la fonction de l'hôpital, auprès du personnel, des usagers, de leur famille et des publics extérieurs.

## LE PATRIMOINE HOSPITALIER UN NOUVEAU PATRIMOINE ?

*Jacques POISAT, économiste*

*Maître de Conférences, Université Jean Monnet de Saint-Étienne*

*Centre d'étude et de recherche sur les expositions et les musées (C.E.R.E.M.)*

*Directeur du Groupe de recherche sur les initiatives locales (GRIL, IUT de Roanne)*



Dans le monde des hôpitaux et de la santé, la question du (ou des) patrimoine(s) est déjà ancienne. Faut-il rappeler que certains éléments majeurs du patrimoine hospitalier ont bénéficié d'une protection au titre des Monuments Historiques dès les premières commissions de classement au XIX<sup>e</sup> siècle<sup>6</sup> ? Cependant, on ne saurait nier l'émergence, depuis une bonne dizaine d'années, d'une certaine mobilisation sociale autour des patrimoines de la santé, qui se manifeste au moins à trois niveaux<sup>7</sup>. Les expériences de conservation et de valorisation se multiplient et se diversifient, grâce à l'intervention de nombreux acteurs sociaux : des hôpitaux, en premier lieu, mais aussi des musées, des ministères, des collectivités locales, des professionnels de santé, des associations, des universités, des offices de tourisme... Les pouvoirs publics, nationaux et locaux, reconnaissent désormais et s'efforcent de développer la fonction culturelle des hôpitaux. Enfin, le patrimoine de la santé devient objet de recherche.

Fondamentalement, comment cet objet se construit-il aujourd'hui ? Quels sont les cadres et les questions centrales de cette recherche ? Surtout, quelles sont les interrogations principales qui ressortent des stratégies, des pratiques, des objectifs des acteurs de la patrimonialisation des hôpitaux et de la santé ? Par ailleurs, comment accompagner, par des politiques volontaristes, les processus de « devenir patrimoine », notamment la transformation du patrimoine hospitalier de « patrimoine-collection » en « patrimoine-ressource » ?

6.  
*Kagan Judith,*  
« Orientations de la  
Direction du Patrimoine  
du ministère de la Culture  
et de la Communication,  
en matière de valorisation  
du patrimoine hospitalier »,  
*communication à la journée  
d'étude du Cèrem*  
« Gestion du patrimoine  
hospitalier et stratégie  
des hôpitaux : le cas de la  
Région Bourgogne »,  
*Chalon-sur-Saône,*  
*10 décembre 1999.*

7.  
*Poisat Jacques,*  
« Du passé au futur,  
les nouveaux enjeux du  
patrimoine hospitalier »,  
*La lettre de l'OCIM,*  
*n° 53, 1997, pp. 3-7.*

## LE DÉCOR

Notre travail de recherche dans ce domaine a commencé en 1989, dans le cadre d'une formation de directeurs d'hôpitaux, avec une étude, par questionnaires et interviews, de la gestion du patrimoine mobilier artistique et historique des hôpitaux publics français<sup>8</sup>. De fait, conséquence de leur longue histoire, probablement près de 300 hôpitaux publics français possèdent un patrimoine mobilier riche, diversifié et polysémique : patrimoine artistique (tableaux, sculptures, art sacré, faiences, meubles...), patrimoine médical et du quotidien hospitalier (matériels de soin, lits, vaisselle, apothicaireries...), patrimoine écrit (archives, documents divers...). L'enquête, dont les conclusions actualisées et publiées en 1993<sup>9</sup> paraissent pour l'essentiel encore valables dix ans plus tard, a montré que ce patrimoine, encore mal connu, est difficile à préserver et plus encore à mettre en valeur. La plupart des présentations muséographiques s'attachent davantage à la valorisation des aspects esthétiques (ou scientifiques) des objets qu'à l'évocation de leur dimension spécifiquement hospitalière. En dépit de l'intervention de nombreux acteurs et d'une floraison de projets de sauvegarde ces dernières années, les moyens mobilisés restent modestes et le partenariat insuffisamment développé. Surtout le patrimoine reste peu utilisé par les hôpitaux comme instrument de communication, tant interne qu'externe... malgré quelques expériences aussi novatrices que rares.

En 1997, notre recherche s'est orientée vers les « musées de la santé », une quarantaine en France, structures dont le thème central concerne « l'art de soigner » : musées hospitaliers – une dizaine – qui exposent des éléments de patrimoine appartenant (ou ayant appartenu) à un hôpital; musées médicaux ou d'histoire de la médecine – près de trente – qui ont été créés au xix<sup>e</sup> ou au xx<sup>e</sup> siècles par des universités, des écoles ou des professionnels de la santé (professeurs, médecins, chirurgiens, pharmaciens, dentistes, vétérinaires...), à des fins de conservation et/ou d'enseignement et de recherche<sup>10</sup>.

Mais la nécessité est vite apparue d'une confrontation, d'un échange entre les acteurs de spécialités et d'origines fort diverses qui intervien-

nent sur le patrimoine hospitalier (professionnels de la santé ou des musées, historiens, sociologues, ethnologues, économistes, architectes, archivistes...), non seulement sur les enjeux et les modalités des processus de patrimonialisation mais plus fondamentalement sur les rapports complexes et ambigus entre « hôpital » et « musée », au sens large des termes. En quoi l'hôpital intéresse-t-il le muséologue? Réciproquement, qu'est-ce que la démarche muséologique peut apporter à l'institution hospitalière, aux hospitaliers et... aux patients? Tel fut l'objet de la Rencontre Internationale « Hôpital et Musée », organisée en septembre 1997 par le musée hospitalier de Charlieu (Loire) et le Centre d'Étude et de Recherche sur les Expositions et les Musées (C.E.R.E.M.) de l'Université Jean-Monnet de Saint-Étienne, qui a permis, grâce à son caractère interdisciplinaire, de procéder à une mise à plat des recherches et des problématiques, et a débouché sur la constitution d'un groupe de recherche interdisciplinaire sur le patrimoine hospitalier. Les premières journées d'étude, organisées conjointement par le Cérem et un partenaire hospitalier ou culturel, ont été consacrées aux expositions temporaires (musée de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, juin 1998), au patrimoine pharmaceutique (musée Crozatier du Puy-en-Velay, octobre 1998), à la médiation culturelle et aux techniques multimédia (musée international de la Croix Rouge et du Croissant Rouge à Genève, janvier 1999), au patrimoine de la santé du xx<sup>e</sup> siècle (Hôpital Saint-Jacques à Nantes, juin 1999), aux réseaux du patrimoine hospitalier (Centre hospitalier de Chalon-sur-Saône, décembre 1999), au patrimoine immatériel (La Ferme du Vinatier, Lyon-Bron, mars 2000) et à l'approche des gestionnaires (Hospices Civils de Lyon, novembre 2000). Devant le succès rencontré, d'autres colloques sont prévus, à Belleville-sur-Saône et à Lille en 2001, puis sans doute à Marseille, Strasbourg, Chambéry... Par nature très ouvert à des acteurs divers (chercheurs, médecins, directeurs d'hôpitaux, autres professionnels de la santé, des musées, du tourisme, bénévoles d'associations...), ce groupe se veut un lieu d'échange, de confrontation des idées et des expériences, sur le mode de la transdisciplinarité et dans le double registre de la recherche et de l'action. Il s'agit, en effet, tant de faire circuler l'information sur les actions en cours et de

8. Poizat Jacques, Conservation et mise en valeur du patrimoine mobilier artistique et historique des hôpitaux français, mémoire École nationale de la Santé Publique, Rennes, 1990, 270 p.

9. Poizat Jacques, Les hôpitaux français et leur patrimoine, *Musées de Charlieu*, Direction régionale des affaires culturelles Rhône-Alpes, 1993, 137 p.

10. Poizat Jacques, « L'hôpital et le musée », in : Hôpital et Musée – Actes de la Rencontre Internationale de Charlieu, 26 et 27 septembre 1997, Publications de l'Université de Saint-Étienne, 1999, pp. 173-212.

permettre aux acteurs de se rencontrer (... donc d'amorcer une démarche de réseau), que de faire progresser la réflexion collective sur les aspects conceptuels de la patrimonialisation de la santé.

Car, au fond, la question centrale de la recherche pourrait se résumer ainsi : dominé depuis un siècle par la conception traditionnelle du patrimoine comme collection d'objets, le patrimoine hospitalier tendrait-il, sous l'influence de quelques expériences nouvelles (mais encore marginales), à être considéré par les acteurs sociaux comme une « ressource »<sup>11</sup> : symbolique, pour affirmer une identité ; économique et managériale, pour valoriser l'image de l'hôpital ou pour mobiliser son personnel ; culturelle et scientifique, pour mettre en perspective les questions contemporaines de la santé ? Autrement dit, le patrimoine de la santé pourrait-il devenir producteur d'extériorité, c'est-à-dire support d'une réflexion citoyenne sur les problèmes scientifiques, économiques, éthiques de la santé d'hier et d'aujourd'hui ?

Une telle problématique nous paraît émerger des questions à la fois pratiques, techniques et conceptuelles que rencontrent aujourd'hui les acteurs concernés par le patrimoine hospitalier.

## LES INTERROGATIONS DES ACTEURS

### Quels objectifs ?

Pourquoi conserver et/ou valoriser tel ou tel objet ? Qu'est-ce qui légitime la patrimonialisation d'objets qui concernent l'hôpital, la santé, l'art de soigner ? Cette question des enjeux, qui renvoie au débat général sur la fonction sociale des patrimoines, apparaît particulièrement délicate dans le champ de la santé, où interviennent des collectivités professionnelles concurrentes, qui entretiennent des rapports différents à l'histoire et à l'institution hospitalière et donc divergent dans leur conception de ce qui doit être considéré comme patrimoine et des politiques de sauvegarde à mener. Globalement, les enquêtes menées auprès des hôpitaux et des musées de la santé ont mis en évidence deux objectifs majeurs des actions de valorisation : « conserver et présenter des objets ayant une valeur artistique ou historique » et « témoigner de l'histoire d'un hôpital, de la vie hospitalière ». Quant aux actions

11. *Micoud André*, « Introduction à l'atelier ethnologie et patrimoine », Les usages sociaux de l'ethnologie dans les pays européens, *Le Creusot*, 1992.

muséales à proprement parler, il semble pertinent de distinguer deux grands types de profils. La grande majorité des expériences patrimoniales correspond au « musée d'entreprise », où l'hôpital, par la voix de certains de ses acteurs, se raconte, se met en scène, s'autolégitime. Tel est le cas du « musée artistique » (dès les années trente) ou du « musée artistique et historique », où le parti pris esthétique, le choix quasi exclusif de l'évocation du beau conduisent à produire une image légendaire d'un hôpital irréel, utopique... de manière à célébrer l'institution<sup>12</sup>. En opposition semble émerger lentement, à partir des expériences les plus novatrices, une nouvelle conception qui renvoie au « musée citoyen », au « musée forum », lieu public où la société interroge l'hôpital, espace de questionnement sur les institutions et les problèmes de santé contemporains. Si quelques actions en cours, comme au musée de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris ou à la Ferme du Vinatier, illustrent ce deuxième profil, il ne s'agit encore que d'une tendance minoritaire. L'émergence de nouveaux types de patrimoine de la santé serait-elle le signe d'une évolution dans ce sens ?

### Quel(s) patrimoine(s) ?

L'élargissement de la notion même de patrimoine constitue l'une des orientations actuelles les plus remarquables de la patrimonialisation de la santé. Elle est à la fois thématique – concerne tous les domaines sanitaires (hôpitaux, médecine, chirurgie, pharmacie, art dentaire, soins vétérinaires...) – historique – 80 % des musées de la santé français exposent des éléments de patrimoine du xx<sup>e</sup> siècle – et méthodologique – avec la prise en compte du patrimoine social ou ethnologique<sup>13</sup>. En particulier, la valorisation du patrimoine immatériel, sous ses différentes formes (mémoires, savoir-faire<sup>14</sup>, bruits, odeurs, noms...) commence à intéresser fortement certaines structures hospitalières (Ferme du Vinatier, Musée de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, associations, hôpitaux, maisons de retraite...) <sup>15</sup>. Fondamentalement, c'est l'ensemble du processus de patrimonialisation que questionne le développement de ces nouveaux types de patrimoine. Pourquoi et pour qui constituer et transmettre un patrimoine contemporain ou immatériel concernant l'hôpital, la santé ? Comment déterminer des critères sta-

12. *Nardin Anne*, « Les musées hospitaliers ou la tentation du paraître », in : *Hôpital et Musée – Actes de la rencontre internationale de Charlieu*, 26 et 27 septembre 1997, *Publications de l'Université de Saint-Étienne*, 1999, pp 43-48.

13. *Rautenberg Michel*, « L'émergence patrimoniale de l'ethnologie : entre mémoire et politiques publiques », in : *Patrimoine et Modernité*, *Éditions Dominique Poulot*, *L'harmattan*, collection chemins de la mémoire, 1998, p. 288.

14. *Vadon (Michel)*, « L'art de soigner... un patrimoine qui traverse le temps », in : *Hôpital et Musée – Actes de la rencontre internationale de Charlieu*, p. 14.

15. *Poisat Jacques*, « Dire l'hôpital. Le patrimoine immatériel de la santé », in : *Le Vinatier, un hôpital en travail. Sept propos sur le septième ange, une histoire du Vinatier*, *Éditions la Ferme du Vinatier*, *Lyon*, 1999, pp. 67-71.

bles de conservation sélective, alors que les différents acteurs (médecins, soignants, historiens, ethnologues, muséographes...) n'ont pas la même conception de ce qui est digne d'être patrimonialisé? Comment organiser et coordonner les interventions, désormais indispensables, des experts de toutes sortes ainsi que des personnels hospitaliers... et des patients? Bref, comment transformer le contemporain et l'immatériel en patrimoine et le mettre en valeur à destination de publics, dans un milieu hospitalier, véritable mosaïque de cultures professionnelles (médicale, administrative, soignante, technique...), où la mémoire ne se conçoit que plurielle et conflictuelle? La réponse concrète à de tels défis passe notamment par la diversification des actions et la redéfinition du rôle des acteurs dans le cadre de véritables réseaux de mobilisation.

#### Quelles actions?

Si la fonction traditionnelle de conservation domine encore largement la patrimonialisation de la santé, l'action culturelle se développe, notamment sous la forme de visites organisées, de journées portes ouvertes, par exemple durant les week-ends du patrimoine, et surtout d'expositions temporaires. C'est ainsi que, dans la dernière décennie, de nombreuses institutions de la santé (musées, hôpitaux, ordres professionnels, universités, caisses de sécurité sociale, associations...) ainsi que des structures extérieures au monde hospitalier (Cité des sciences et de l'industrie, musée national des Arts et Traditions Populaires, muséum national d'histoire naturelle, Institut du monde arabe, bibliothèques, musées municipaux...) ont produit des expositions de grande qualité sur des thèmes relatifs au corps, à la douleur, au médicament, à la médecine, à l'évolution des hôpitaux, etc. En revanche, d'autres actions culturelles comme la recherche scientifique paraissent moins développées, même si l'on assiste depuis quelques années à la multiplication des conférences, colloques, journées d'étude et publications sur le patrimoine hospitalier. De telles évolutions posent à l'évidence le problème de la professionnalisation des structures et des moyens financiers.

#### Quels partenaires?

Même si un grand nombre d'acteurs se préoccupe des patrimoines de la santé, le partenariat reste encore peu développé, tant pour la réalisation que pour le financement des actions. Cependant quelques expériences originales, telles que le recrutement par l'Agence régionale de l'hospitalisation de Bourgogne d'un chargé de mission pour le patrimoine hospitalier ou la construction d'une collaboration entre les Hôtels-Dieu et les apothicaireries des régions Rhône-Alpes et Bourgogne, démontrent la pertinence du travail en réseau à plusieurs niveaux : actions partagées de conservation, circuits de visite, expositions communes, promotion collective... voire musée régional. Bien entendu, des réseaux « intelligents » du patrimoine de la santé ne sauraient résulter que de procédures élaborées de concertation, tant la démarche de sauvegarde-valorisation peut revêtir des sens différents selon les établissements.

#### Quels moyens?

Les enquêtes conduites tant auprès des hôpitaux que des musées de la santé confirment la modestie des moyens mobilisés pour la valorisation du patrimoine. Seuls les quatre ou cinq musées hospitaliers les plus importants disposent d'une véritable équipe de professionnels, les autres devant se contenter de personnel à temps partiel et de bénévoles. Cependant, quelques hôpitaux ont confié à des « emplois-jeunes » des fonctions patrimoniales bien définies, ce qui laisse espérer une possible pérennisation de ces activités, notamment dans le cadre de la convention du 4 mai 1999 sur la « culture à l'hôpital », qui prévoit la création d'une centaine de postes de responsables culturels dans les hôpitaux d'ici à cinq ans. Plus généralement, la faible diversification des sources de financement – autofinancement marginal à l'exception de l'Hôtel-Dieu de Beaune, recours limité au mécénat malgré quelques beaux succès – explique que les ressources des établissements sont très souvent sollicitées, qu'il s'agisse de la dotation non affectée ou du budget de l'hôpital, ce qui occasionne maintes difficultés en ces temps de maîtrise des dépenses de santé. Quelques hôpitaux ont aussi choisi d'inclure les opérations patrimoniales dans leur budget de com-

munication, posant ainsi clairement la question des rapports aux publics.

#### Quels publics ?

Globalement, contrairement à une orientation générale du monde du patrimoine depuis une vingtaine d'années<sup>16</sup>, l'attention au(x) public(s) ne paraît pas constituer une priorité pour la plupart des structures de valorisation des collections hospitalières. Tout d'abord, à l'exception de l'Hôtel-Dieu de Beaune (400 000 entrées par an), le public du patrimoine hospitalier est fort limité en nombre – guère plus de 15 000 visites annuelles pour les plus grands musées hospitaliers, moins de 1 000 pour les plus petits ou les visites organisées par les hôpitaux eux-mêmes – et sa composition mal connue. En tout cas, ni le personnel ni les patients ne constituent des cibles prioritaires. Car c'est surtout en direction des publics internes que les stratégies de communication restent embryonnaires. A la différence de nombre d'entreprises privées, les hôpitaux français utilisent encore peu leur long passé pour valoriser leur image ou mobiliser leur personnel. D'ailleurs, le personnel hospitalier ne s'implique que marginalement dans les expériences patrimoniales. Toutefois certains exemples, encore rares mais prometteurs, laissent penser que cette situation pourrait évoluer favorablement, si des actions efficaces étaient mises en œuvre avec l'appui des pouvoirs publics.

#### MAIS LA PIÈCE N'EST PAS ENCORE JOUÉE

La patrimonialisation des hôpitaux et de la santé se trouve aujourd'hui à un tournant décisif. L'observateur, en effet, ne peut être que frappé par la coexistence d'un véritable engouement pour le patrimoine hospitalier et des nombreux obstacles qui freinent le passage d'une logique traditionnelle (mais légitime) de « conserver pour conserver » à une logique plus instrumentale de patrimoine-ressource. Dans le registre de l'action, trois axes de développement, dont sont porteuses les expériences de valorisation les plus novatrices, mériteraient d'être encouragés. En premier lieu, outre l'indispensable professionnalisation, *le renouvellement de l'approche patrimoniale* s'impose, en particu-

lier par le développement d'actions multiformes en direction des publics, externe et interne. Fondamentalement, la structure patrimoniale doit-elle « dire » l'hôpital, (la médecine ou le système de santé), à destination des professionnels, des chercheurs et du « grand public », ou devenir un lieu interactif de production et d'échange de connaissances et de questionnements (une *agora*?) sur l'hôpital, (la médecine ou le système de santé), avec les professionnels, les chercheurs et le « grand public » ? En ce sens, la valorisation du patrimoine de l'hôpital, considéré intrinsèquement comme un lieu de culture, s'inscrit pleinement dans le cadre du programme « culture à l'hôpital ».

Dans le même temps, *la recherche de nouvelles synergies, la construction de réseaux du patrimoine*, pour la conduite et/ou le financement des actions, présentent un intérêt certain à tous les niveaux de décision : politique (institutions européennes, État, régions, départements, communes, établissements de coopération intercommunale...) et professionnel (hôpitaux, personnels de santé et de la culture, chercheurs, associations, fondations, entreprises...).

Mais l'essentiel réside sans doute dans *une intégration réelle de la gestion du patrimoine à la vie et aux projets des établissements hospitaliers*, pour qu'elle ne soit plus considérée seulement comme une contrainte mais comme une véritable ressource managériale pour l'hôpital. Car, sous certaines conditions, la démarche patrimoniale peut devenir un outil d'aide à la décision, par exemple dans le domaine des ressources humaines, de la communication (interne et externe) ou plus largement pour le choix des options stratégiques à moyen ou long terme. Comment, en effet, gérer de façon optimale le service public hospitalier en faisant abstraction de la dimension historique ?<sup>17</sup> Les choix essentiels peuvent-ils être faits indépendamment de la culture de l'hôpital – culture fortement déterminée par la construction progressive de son identité au cours du temps – comme le démontre notamment l'échec de toutes les tentatives politiques de séparation des missions sanitaire et sociale de l'institution hospitalière... depuis le xvi<sup>e</sup> siècle !<sup>18</sup> Bien entendu, une telle (r)évolution passe par la sensibi-

16. Davallon Jean, « L'évolution du rôle des musées », *La lettre de l'OCIM*, n° 49, 1997, pp. 4-8.

17. Kitous Bernhard, *L'histoire de l'hôpital comme outil d'aide à la gestion, communication au congrès de l'Union Hospitalière Nord-Ouest, Saumur, juin 1989.*

18. Gutton Jean Pierre, *La société et les pauvres en Europe (xvi<sup>e</sup> - xviii<sup>e</sup> siècles)*, PUF, Paris, 1974.

lisation des hospitaliers et en particulier des directeurs d'hôpital, dont le rôle majeur en matière de gestion du patrimoine artistique, historique, scientifique et ethnologique devrait se voir clairement réaffirmé par les autorités de tutelle. C'est à cette condition seulement que de nouveaux moyens pourront être inventés et que le patrimoine hospitalier deviendra un patrimoine-ressource.

## EXTRAITS DU DÉBAT



La transformation brutale des pratiques, des codes et des valeurs qui traverse l'institution dans ses différentes composantes (sociologiques, médicales, économiques) favorise la mise en perspective pour aborder l'histoire de l'institution et envisager un futur commun.

Le tour d'horizon effectué sur un thème précis au cours de chaque séance dépasse le cadre institutionnel thérapeutique et ouvre sur des pratiques et des questions théoriques qui traversent largement le champ sociétal : la réflexion sur l'environnement culturel et social y est d'autant plus privilégiée qu'elle peut favoriser la médiation entre les différents publics fréquentant l'hôpital (soignés, soignants, familles, riverains, étudiants).

### QUELQUES EXEMPLES

Sur ce thème du patrimoine, l'une des premières actions de La Ferme a été d'organiser des groupes-mémoires qui ont autorisé la restitution, dans le cadre d'une grande exposition sur l'histoire du Vinatier, de la parole de ceux qui y ont travaillé dans les cinquante dernières années. Six groupes-mémoires thématiques se sont ouverts aux volontaires de toutes les catégories professionnelles (associant les personnels en activité et en retraite, appuyés par leur propre réseau et effectués par entretiens individuels ou par groupes). Grâce à leur participation, tout un travail de remémoration de l'hôpital s'est effectué... Ces groupes ont garanti un lien de transmission entre le passé et le présent du groupe formé par l'entité Vinatier. Au-delà de la transmission, ce qui importe, c'est l'usage social que la collectivité actuelle du Vinatier décidera d'en faire, autrement dit comment la connaissance du passé peut procéder de la liberté de se réinventer.

Autre exemple cité, celui de l'Université des neiges, qui associe les institutions hospitalière et universitaire. L'histoire de ce lieu de soins est liée à celle de la tuberculose. Roland Barthes, qui y a été hospitalisé au temps où cette institution s'appelait encore « sanatorium », a écrit un texte qui relate des épisodes autobiographiques. Il y a toute une histoire culturelle du rapport au corps, à la santé, histoire absolument passionnante à développer, et qui montre combien l'identité de cet établissement est marquée par son histoire sociale. Un livre relatant les événements qui ont ponctué la vie de l'établissement est en cours de publication.

Aujourd'hui l'action culturelle s'est recentrée sur le lien à maintenir et à renforcer avec les universités, les lycées et les organismes de formation. Le public et ses attentes ont évolué ; il s'agit d'en tenir compte non pas en renonçant à des activités culturelles au profit d'autres considérées comme davantage « dans l'air du temps », mais en ayant le souci d'une écoute qui mobilise à la fois les soignants et les soignés dans cet établissement. En aucun cas, il ne s'agit de refaire la querelle des anciens et des modernes !

Le troisième exemple fait figure d'exception à laquelle on ne peut échapper dès lors qu'il est question de patrimoine hospitalier : c'est celui des Hospices de Beaune. Avec ses 400 000 visiteurs annuels, le musée des Hospices est bien en effet l'exception qui confirme la règle. Il bénéficie autant de l'implantation au cœur d'une région, la Bourgogne, très fréquentée par les touristes d'Europe du nord que du prestige de la célèbre vente annuelle des Hospices. Ce qui n'enlève rien à ce fleuron de l'architecture médiévale bourguignonne d'inspiration flamande qui date du xv<sup>e</sup> siècle. L'étonnante et magnifique « salle des pôvres » a été entièrement restaurée, ainsi que l'ensemble des autres salles contiguës.

Un dernier exemple est fourni par le musée de Charlieu, dans la Loire. Installé sur le site remarquable de l'Hôtel-Dieu qui a fermé ses portes dans les années quatre-vingt, il valorise les salles hospitalières (jusque dans le souvenir des anciennes odeurs inhérentes au lieu autrefois !) et

leur mobilier, et développe parallèlement une politique d'expositions temporaires qui vont de l'histoire locale à l'art contemporain.

Cela dit, la tentation reste forte, un peu partout en France, de faire un musée dès que l'on a rassemblé quelques objets. A l'éparpillement des acteurs et des moyens constaté par Jacques Poisat, fait écho la difficulté inhérente aux structures hospitalières de gérer et de valoriser des lieux qui ne correspondent pas aux attributions ordinaires de gestion de ces établissements.

#### **DU CULTE DE L'OBJET AU PATRIMOINE À PARTAGER**

A la question de l'opportunité de créer des musées hospitaliers, il semble que la réponse ne soit pas d'emblée positive. La volonté de réunir des objets classés est peut-être louable, mais elle ne suffit ni à créer véritablement un espace muséal, ni à faire œuvre de collection. On le voit en examinant les taux de fréquentation de tels musées, qui restent souvent très bas. On le voit aussi en constatant l'absence de toute muséographie moderne : « des tableaux guère mis en valeur, ou pas du tout ; des alignements de pinces » ne font pas un musée. Les musées hospitaliers sont trop attachés à l'unique fonction de collection.

D'ailleurs, certains intervenants sont consternés de voir quelle est la conception généralement répandue dans les établissements du musée hospitalier, conception teintée d'une nostalgie narcissique évidente. Seules de grosses structures comme l'Assistance Publique à Paris, ou les Hospices Civils à Lyon peuvent se permettre de gérer de tels lieux, mais pour quels publics ?

Le culte de l'objet, en tout cas, se révèle être aux antipodes de la conception du musée-forum telle que l'a définie Jacques Poisat dans son intervention. Mais comment alors gérer des collections qui peuvent être très importantes, comme c'est le cas à Lyon ?

Un questionnaire envoyé au personnel des Hospices Civils de Lyon, dans le but de préparer le bicentenaire de l'institution en 2002, n'a pas obtenu l'intérêt et le succès que le conservateur du musée souhaitait

susciter. Il existe pourtant un attachement très affectif, émotionnel, de la part de la population pour son établissement, qui n'est pas lié qu'à des questions de proximité géographique. L'attachement du personnel (il me semble qu'il s'agit plutôt de la population) à son propre établissement qu'il convient de mettre à jour. Concernant le personnel, une intervenante constate « une dichotomie entre le sentiment d'appartenance fort à un établissement, un lieu, une équipe, et en même temps, le fait de ne pas se sentir vraiment concerné par le projet d'établissement ». Le même constat peut sans doute être fait, rapporté à des projets culturels perçus comme étant extérieurs par le personnel.

Parallèlement à l'évolution des méthodes de travail et de gestion, se sont développées des formes d'instabilité et de précarité avec pour conséquence directe une perte d'identité de et dans l'entreprise quelle qu'elle soit.

Autre fait significatif, la vie quotidienne à l'hôpital est très peu abordée dans les musées hospitaliers. Pourquoi? Les collections ont souvent été constituées par les médecins, qui n'ont très souvent envisagé le soin qu'à travers l'histoire des techniques médicales.

On retrouve le même processus dans les musées de la mine. De tous petits musées enregistrent - relativement - des taux de fréquentation surprenants quand les visites se font en famille, ou entre amis, au sein d'une même communauté, syndicale ou professionnelle. L'écueil à éviter étant celui des « techniciens parlant aux techniciens » dans un langage si pointu qu'eux seuls peuvent y trouver leur compte.

#### RECONNECTER LE MUSÉE À SON HISTOIRE PERSONNELLE

Là, on touche bien la question culturelle au sens large du terme.

Comment faire pour que le patrimoine fasse sens auprès d'un personnel confronté au décalage entre la valorisation patrimoniale et ses préoccupations individuelles? Comment trouver l'entrée, ou les entrées, pour que le personnel, tout comme les patients, appréhendent autrement la notion de patrimoine hospitalier elle-même?

Il convient avant tout d'élargir et de diversifier les approches : le travail mené ici ou là sur la mémoire, sur le sensitif, mais aussi sur l'usage des objets collectés, sur les pratiques hospitalières, sur l'histoire du soin, mérite amplement d'être développé. L'intérêt du personnel est en jeu.

Le patrimoine n'est pas seulement objet d'érudition. Il n'est pas non plus uniquement constitué à partir d'objets, aussi beaux, aussi anciens soient-ils. Sauf exception – comme ce piano Pleyel offert à un lieu de soin par un musicien et utilisé régulièrement pour des concerts –, il serait vain de vouloir transformer l'hôpital en musée. Ce serait lui assigner un rôle qu'il ne peut assumer. Il n'en a ni les compétences humaines ni les moyens financiers.

On voit bien d'ailleurs, comment, même à Beaune, le musée est déconnecté de l'histoire hospitalière. Le merveilleux triptyque de Roger Van der Weyden, Le Jugement dernier, n'est plus présenté tel qu'il l'était à l'origine, dans le chœur de l'église qui ferme la « salle des pôvres ». Depuis la rénovation des Hospices, cette grande peinture est présentée à part, dans une autre salle; on propose aux touristes une visite en compagnie d'un historien de l'art. Mais du coup est occultée l'histoire du soin qui a motivé Le Jugement dernier. La peinture était fermée sur elle-même toute la semaine; les jours de fête seulement, le triptyque ouvert révélait les merveilles et atrocités de l'Au-delà que le « pôvre » malade n'allait pas tarder à connaître.

Cependant, les hôpitaux ont une mémoire, dont ils commencent juste à entrevoir la richesse. L'histoire du soin est peu à peu abordée, notamment par le musée des sciences médicales de Grenoble qui a monté dans l'ancienne chapelle, au cœur du C.H.U., deux expositions coproduites avec le Musée dauphinois. Il n'a cependant pas encore recueilli les fruits de ce travail : la reconnaissance par le personnel là aussi tarde à venir.

Comment mobiliser les personnels autour du soin? Cette question interpelle plus d'un intervenant. Il ne s'agit pas de défendre ou d'accuser telle ou telle forme de culture, mais de rendre accessibles au plus

grand nombre des éléments du patrimoine que chacun puisse identifier comme faisant partie d'une culture commune.

Le musée hospitalier classique ne répond qu'imparfaitement aujourd'hui à cette fonction de dénominateur culturel commun; plutôt que de chercher à être le décalque d'un musée de collectivité locale, les petits musées auraient sans doute intérêt à s'associer sur des projets communs. Pour faire le poids dans le paysage culturel, il est souhaitable de s'appuyer sur des structures professionnelles muséologiques pour certains objets, ou des institutions culturelles mieux à même de gérer ce qui ne découle pas directement de la pure gestion hospitalière.

Il est d'autres démarches possibles, on l'a vu, notamment à travers la valorisation des mémoires et leur inscription dans une dynamique de projet. D'autres pistes sont évoquées : imaginer des expositions thématiques pour mobiliser les énergies qui font écho au-delà des objets collectés, travailler sur l'histoire du soin, sur la vie quotidienne hospitalière...

Les expériences menées sont encore peu nombreuses. Pourtant les intervenants se retrouvent pour souligner combien il serait intéressant de voir surgir de nouvelles approches autour du patrimoine; ils font l'hypothèse que celles-ci pourraient avoir des répercussions tant pour les personnels que pour les patients. Jusqu'à servir de « catharsis » ? Il est certain qu'en fin de compte elle servirait la politique d'établissement.

## POURQUOI S'INTÉRESSER À LA MÉMOIRE AUJOURD'HUI ?



La quatrième séance de réflexion a été consacrée au thème de la mémoire appliquée aux membres du personnel d'une organisation professionnelle. L'intervenant, Michel Rautenberg, a abordé le phénomène de remémoration en croisant le point de vue philosophique développé par Paul Ricoeur dans son dernier ouvrage *La mémoire, l'histoire, l'oubli* avec une expérience de terrain concrète menée en 1998-1999 par la Ferme du Vinatier. A travers l'analyse des « Brèves de mémoire » du Vinatier - petit journal rendant compte des témoignages livrés dans le cadre de « groupes-mémoires » - et en référence aux axes théoriques de Paul Ricoeur, Michel Rautenberg a permis de saisir différents aspects du travail de mémoire.

On parle en effet de « travail de mémoire » car il s'agit indubitablement d'un processus. Au contraire du souvenir qui est un point dans l'horizon rétrospectif, la mémoire constitue un cheminement. S'il n'existe pas de mémoire sans souvenirs, leur remémoration active oblige à traverser des passages périlleux, des moments douloureux, personnels et collectifs, et permet de surmonter la compulsion de répétition liée à la mémoire empêchée. « Les souvenirs sont à la mémoire ce que les archives sont à l'histoire », résume l'intervenant.

A la différence de l'histoire qui relève d'un discours et d'une méthode scientifique, le surgissement de la mémoire est lié à un travail social. C'est à ce titre que la mémoire concerne le collectif. Car le travail de remémoration, au sens d'un cheminement rendant possible le travail psychique, nécessite un tiers, un intermédiaire symbolique et physique. Un tiers qui saura restituer les expériences multiples de la réalité vécue

par des individus en une parole commune. C'est ainsi que les souvenirs individuels viennent ériger une mémoire collective composée de faits et d'émotions que chacun peut s'approprier, dans un mouvement incessant qui lie les personnes d'une même collectivité les unes aux autres.

S'il n'y a pas d'évidence à postuler que le travail de mémoire mené avec les personnels d'un établissement produise des résultats évaluables en termes de cohésion sociale et de capacité d'adaptation à un environnement changeant, il n'en reste pas moins que les enjeux méritent qu'on s'y essaie. En effet, qu'il s'agisse du travail de mémoire comme moment thérapeutique d'une institution qui a nécessairement traversé des moments difficiles, le plus souvent hâtivement oubliés, ou bien comme processus de recueil des compétences immatérielles et informelles des personnels afin de les réinjecter dans l'organisation, la démarche constitue une piste supplémentaire de compréhension des réactions d'un collectif institutionnel à un contexte évolutif fort.

La mémoire collective d'une institution peut se construire parce que c'est au titre de leur participation professionnelle que cette démarche doit être conduite auprès des personnels, le travail de mémoire portant bien ce qu'ils y font et non pas sur leur vie privée. Comme tout concept, la mémoire ne porte pas de vertu intrinsèque. Elle est un vecteur possible de l'action culturelle pour les acteurs qui s'intéresseraient à recomposer, avec les personnes concernées, non pas une identité collective qui suppose de l'immuable, mais un parcours dont les détours ne seraient pas donnés immédiatement.

## RECUEIL ET ÉLABORATION DE LA MÉMOIRE COLLECTIVE : UNE DÉMARCHÉ DE CONNAISSANCE ET DE RECONNAISSANCE DES PERSONNELS HOSPITALIERS

*Michel RAUTENBERG, ethnologue  
Université des sciences et technologie de Lille  
Institut de sociologie*



Parmi les opérations qui ont été initiées par l'équipe culturelle de la Ferme du Vinatier, il y en a une qui tient, selon moi, une position stratégique. D'autant plus stratégique qu'elle a été peu médiatisée et est surtout connue au sein de l'institution. Il s'agit de la mise en place de « groupes-mémoires », animés par un animateur du patrimoine, Hervé Rouillet, qui ont rassemblé entre octobre 1998 et juin 1999 plusieurs dizaines de personnes autour de six thèmes (voir plaquette 1). Je vais m'appuyer sur cette démarche originale, en la croisant avec des travaux plus théoriques et philosophiques pour éclaircir un peu ce qu'on peut dire de la question de la mémoire collective et de son usage.

Dans le premier numéro de *Brèves de mémoire* (novembre 1998), on peut lire en page 1 : « Dans le cadre de la démarche patrimoniale, il apparaît important d'associer un maximum de personnes en activité ou en retraite ». Le travail de recueil de mémoire, animé autour de six groupes thématiques, est présenté comme un travail « mouvant et fascinant comme un kaléidoscope ». C'est une « contribution collective à la reconstitution de la mémoire de l'hôpital ». On poursuit en précisant qu'il n'est pas question d'exhaustivité, mais que « Le Vinatier se laisse lentement (re) découvrir à travers des regards différents selon les métiers, les époques, les personnalités ». Dans le dernier paragraphe, on

insiste sur l'objectif de ce « journal » : partager paroles et images qui surgissent de la mémoire sur ce lieu « trop humain » qu'est le Vinatier.

En quelques formules, l'essentiel est dit sur ce que devra être ce travail, qui n'est pas foncièrement différent de tout travail social sur la mémoire : collectif, mouvant, contradictoire. En outre, cette opération semble être plus « sociale » que scientifique : les choses sont présentées comme si on assumait d'emblée la dimension arbitraire de ce qui va être dit ; la science ne semble pas convoquée à cette tribune de la mémoire. Nous verrons un peu plus loin qu'il faut se méfier de la prétention à faire passer la mémoire collective pour la vérité, mais qu'il faut tout autant être vigilant de ne pas négliger ce qu'elle représente.

Dans la deuxième parution, un mois plus tard, on perçoit les premières mises en garde, peut-être des rappels à la règle instituée mais difficile à assumer pour certains : « nous ne livrons pas des vérités objectives sur les faits qui ont marqué l'hôpital mais nous sommes en présence d'éléments épars qui ne sont pas représentatifs d'une Histoire ». Une autre remarque est significative que les groupes se sont effectivement réunis : cette exploration du passé peut être douloureuse ; et il est rappelé que les témoignages sont un regard « rétrospectif » marqué par les valeurs du présent.

La mémoire partagée à l'occasion de ces séances est effectivement non objective dans le sens où ce mot est couramment entendu : elle n'est pas indépendante des intérêts et des préjugés des membres du groupe. Et il est probable que c'est en réaction à des remarques venant de l'extérieur des groupes qu'il a semblé nécessaire de faire cette précision. Ce que nous percevons ici, c'est que l'expérience de la réalité est multiple, elle est constituée d'un faisceau de points de vue, et il n'est rien de plus normal, à ce niveau de l'analyse, que les souvenirs soient également différents. Cette première page évoque aussi la « douleur » de l'exploration mémorielle. Nous y reviendrons.

Avant d'en venir au fond, continuons cette lecture des « Brèves de mémoire » qui font office de mise en public des travaux des groupes-

mémoires. Ce sont des instruments de médiation qui exposent à l'extérieur les travaux réalisés à l'intérieur des groupes-mémoires. Ils montrent donc une forme de publicisation de mémoires individuelles qui, en se confrontant les unes aux autres au sein des groupes, ont élaboré une parole commune. Ils sont à l'interface des mémoires individuelles et d'un travail de mémoire collectif fermé, mais aussi à l'interface de ces mémoires collectives « semi-privées » et de leur socialisation. Leur construction est donc importante à analyser par ce qu'elle nous informe sur les enjeux de ce travail de mémoire et sur la manière dont on pense le mettre au service de l'institution et du public.

Chaque fascicule est construit de la même manière : le titre, la date, une épigraphe, une première page éditoriale, et des extraits sur trois pages de nombreux témoignages organisés par thème. Le contenu des épigraphes nous montre comment ce travail de mémoire est envisagé selon un certain rapport au monde. Quatre des cinq parutions sont placées sous la protection emblématique d'un « grand homme » ou d'un chercheur. La première épigraphe est celle d'un (du ?) grand homme « indigène », le docteur Balvet ; la troisième est celle d'une ethnologue, Patricia Ramon ; la quatrième celle d'un écrivain, Xavier Bordes ; la dernière celle de l'historien Jacques Le Goff. Revenons à la première et au texte de Paul Balvet : « *Nous avons choisi un métier magnifique mais imbuvable.* » Plus près de moi que ma veine jugulaire « dit le Coran. Il le dit de Dieu, mais nous autres, psychiatres, pouvons le dire de toute notre activité trop humaine. ». Cette épître liminaire est placée là comme si on lui confiait le devoir de tracer la route à venir.

Je ne peux m'empêcher d'en faire deux lectures. La première, bien sûr, renvoie au sujet même qui sera traité (ou du moins sa partie la plus emblématique), la psychiatrie, et place tout le travail à venir sous les bons auspices d'un homme de l'art unanimement respecté. Mais on peut aussi se demander si le choix du texte n'a pas une autre raison, moins stratégique, moins consciente. La psychiatrie est une « activité trop humaine » nous dit Balvet. Belle formule que son auteur rapproche à la fois de la spiritualité (le Coran) et de ce qui est le plus

vivant/vibrant dans le corps : la veine jugulaire. L'activité du psychiatre relèverait du plus intime de lui-même, du lieu où la foi touche aux humeurs du corps. Pourquoi utiliser cette parabole coranique et parler de la psychiatrie plutôt, par exemple, que prendre un témoignage sur l'histoire du Vinatier ? Et si c'était le travail de mémoire à venir qui était directement visé par cette citation ? Et si c'était ce travail de mémoire qui pouvait devenir lui-même imbuvable ? Et si la mémoire était, comme l'âme humaine, susceptible de débordements, et qu'il fallait que la Ferme se fasse un jour « docteur de la mémoire » du Vinatier comme les psychiatres sont les docteurs des âmes des patients ?

Plus largement, ces épigraphes ont une utilité symbolique, celle d'inscrire un travail spécifique, particulier, local, trivial même, dans un cadre plus ample et d'apparence plus glorieux, un cadre jugé probablement plus légitime pour l'extérieur, celui de la culture cultivée vue à travers le filtre de l'histoire, du patrimoine, voire de la littérature.

Pour en terminer avec la forme de ces publications, après la caution de légitimité cherchée à l'extérieur, est placée une page éditoriale qui resitue le travail qui suit dans le contexte général de la démarche. Nous l'avons évoquée en commençant notre propos.

#### LE TRAVAIL DE MÉMOIRE

Venons en maintenant à la question de la mémoire. La mémoire est un phénomène d'apparence simple, mais nous allons voir qu'il se complique singulièrement lorsqu'on tente de comprendre comment se lient et se délient mémoires individuelles et mémoires collectives. Pour nous aider dans notre compréhension de la mémoire, nous allons nous aider de deux auteurs, un sociologue, Maurice Halbwachs, et un philosophe, Paul Ricœur.

Dans son dernier ouvrage *La mémoire, l'histoire, l'oubli*<sup>19</sup>, Ricœur, philosophe phénoménologue, nous enseigne que la mémoire est toujours mémoire de quelque chose. Il n'y a pas de mémoire abstraite, ce que nous traduirons par : il n'y a pas de mémoire sans souvenirs. Cependant, la mémoire est un phénomène éminemment réflexif : on dit

toujours « je me souviens » ou bien : « je me rappelle ». Comment dès lors s'articulent ce phénomène très introspectif de la mémoire individuelle et la construction collective de la mémoire ? Ricœur propose une réflexion en deux temps : d'abord analyser le processus cognitif de la mémoire, puis analyser la construction de la mémoire collective.

Première étape de la réflexion : découpler la mémoire de l'imagination. La mémoire est guidée par une intentionnalité qui va vers des époques antérieures, vers des faits qui se sont déroulés, alors que l'intentionnalité de l'imagination est portée par la fiction. A toute mémoire est attachée la volonté d'être fidèle au passé qui la distingue fondamentalement de l'imagination.

Lorsqu'on reprend les textes cités plus haut, on voit qu'il est important de les juger comme des textes qui ont une ambition de réalité. Quel que soit leur degré de proximité avec des événements passés, ce ne sont pas des textes de fiction. Il faut les comprendre à la lumière du projet qui est celui de ce travail collectif, qui n'est pas un travail de création, mais un travail de reconstruction qui mêle des expériences vécues et des interprétations personnelles ou collectives.

Deuxième étape : la distinction entre souvenir et mémoire. Il y a le souvenir, qui est la chose visée par la mémoire, dont la forme est discrète, et les contours plus ou moins précis. Au souvenir, nous dit Bergson<sup>20</sup>, on va attacher une date, un lieu, un événement. Le souvenir ne peut pas se répéter. Il est unique. La mémoire, elle, est une visée, un processus plus ou moins volontaire, quelque chose comme un chemin qui pourra ne pas être conscient.

De multiples exemples permettent de bien situer cette distinction : en 1953 « il y a eu l'avant et l'après Largarçtil » (*Brèves de mémoire* n° 3). Les médicaments ont permis à 27 femmes grabataires d'émerger à la fin des années cinquante grâce aux médicaments (*idem*). Ces souvenirs sont précis, marqués dans le temps. Dans le même numéro, les animateurs notent « la vivacité, l'alacrité des souvenirs ». « Ce sont les souvenirs les

19. Dans cette intervention, nous n'utiliserons que la première partie de l'ouvrage « De la mémoire et de la réminiscence ». Ricœur, Paul, *La mémoire, l'histoire, l'oubli*, Seuil, 2000, 675 p.

20. Bergson, Henri, *Matière et mémoire*, P.U.F. Quadrige, 1993, 280 p.

plus anciens qui resurgissent le plus souvent » : ce qu'ils indiquent là ne sont pas des souvenirs, ce sont les chemins qui conduisent à ces souvenirs. Ce sont des « chemins de la mémoire » qui peuvent continuer à marquer les attitudes vis-à-vis de l'institution parce qu'ils ont été intimement incorporés.

Après cette approche des processus cognitifs de réminiscence, Ricœur nous invite à approfondir l'approche du phénomène autour de trois manières de « faire mémoire » dans la société : mémoire empêchée, mémoire manipulée, mémoire obligée. De cette approche qu'il dit « pragmatique », je tirerai un enseignement principal, celui de la mémoire « empêchée ». Il s'inspire ici largement des travaux de Freud chez lequel il va puiser l'un de ses concepts les plus importants, celui de « travail ». Deux articles vont particulièrement l'inspirer : « Remémoration, répétition, perlaboration » dans *La technique psychanalytique*<sup>21</sup>, et « Deuil et mélancolie » dans *Métapsychologie*<sup>22</sup>.

L'idée centrale que Ricœur trouve chez Freud, c'est celle-ci : dans la compulsion de répétition, le patient substitue au souvenir le passage à l'acte. Il répète le fait oublié sous forme d'action. Freud oppose à cette compulsion de répétition le « travail de remémoration » que le patient devra faire avec son analyste afin de libérer sa mémoire, dépasser par ce travail le souvenir écran pour parvenir au souvenir originel. Les choses passées gardent donc leurs empreintes même si nous ne les voyons pas, et en plus elle peuvent guider certains de nos actes. Le « travail » est ce qui va faire émerger à nouveau le souvenir de la chose oubliée, c'est un cheminement difficile qui, dans l'analyse, ne se fait pas seul. Qu'en est-il pour notre réflexion ? Gardons la question en suspens un instant.

Dans le second texte de Freud, Ricœur retient une autre idée essentielle, c'est celle du travail de deuil. Pour qu'un fait passé s'inscrive vraiment dans notre conscience, il a besoin qu'un certain temps soit passé. Se souvenir, c'est « faire quelque chose » disions-nous. Mais pour « faire ce quelque chose » il faut au préalable avoir fait autre chose : il faut avoir un temps oublié et être passé à autre chose. Pour se souvenir, il faut avoir d'abord oublié. Sous peine d'être dans la compulsion de

répétition de la chose passée. Il faut donc effectuer un travail de deuil, il y a un temps au souvenir comme il y a un temps au deuil. Le souvenir est donc un travail à double titre : travail de remémoration, mais aussi travail de deuil qui doit le précéder.

J'ajouterai une chose aux propos de Ricœur, sur laquelle il passe assez vite : ce travail nécessite l'intervention d'un tiers, l'analyste dans le travail de remémoration, ou la société dans le travail de deuil. Mais on pourrait ajouter aussi l'ethnologue, l'historien ou le simple animateur. Tous ces acteurs de la mise en mémoire ont un point commun : ils vont permettre l'élaboration par le patient ou le témoin d'une projection sur laquelle ce dernier pourra redessiner les formes de la chose oubliée. Entre l'oubli et le souvenir il y a cette forme intermédiaire, cette projection floue qui prépare l'arrivée du souvenir. (Bergson parlait déjà de mémoire-image). Cette projection se fera par le discours, elle s'exprimera par des mots. Cette projection est ce qui va transformer le souvenir image en mots, donc en symboles. Pour que cette symbolisation soit opérante, elle a besoin de temps. Il faut alors distinguer entre le souvenir immédiat, qui colle à l'événement, qui est dans le même flux temporel, et ce que Husserl appelait le « ressouvenir » qui ne vient qu'après un temps écoulé, qui n'appartient plus au flux temporel de l'instant et qui nécessite une opération mentale effectivement intentionnelle. Cette fonction médiatrice entre la chose et le souvenir ne peut se construire que sur le temps, on peut même dire qu'elle est le temps. C'est le temps qui construit la symbolisation, qui va permettre de mettre des mots sur les souvenirs, et que ces souvenirs réintègrent la conscience.

Nous abordons ici de front le travail de mémoire qui a été réalisé dans les ateliers. Leur vocation n'était pas un recueil d'une vérité du passé, qui est de toutes les façons illusoire en termes « véridatifs ». Ces ateliers ont permis l'élaboration d'un discours commun, ils ont permis de mettre des mots sur des souvenirs, et c'est parce qu'ils ont été une scène relativement dégagée des contingences du travail quotidien (et de l'institution) que ces scènes ont pu être des lieux de symbolisation efficaces. La distance par le temps écoulé, et la distance créée par la ritualisation de ces séances ont été les principaux instruments qui ont favorisé

21.  
Freud, Sigmund,  
« Remémoration,  
répétition, perlaboration »,  
La technique  
psychanalytique, PUF,  
1953, 141 p.

22.  
Freud, Sigmund,  
« Deuil et mélancolie »,  
Métapsychologie,  
Gallimard Folio,  
1968, 185 p.

l'émergence d'une parole, d'abord individuelle, puis collective. Mais, peut-être, ce qui est le plus essentiel, c'est la possibilité qui a été offerte aux participants de tester leurs souvenirs individuels dans un cadre rassurant, et d'expérimenter, en dehors des enjeux publics. Avec l'aide des animateurs ils sont passés de la phase du souvenir personnel à celle de la projection floue, puis à la construction de la parole commune qui est institutionnalisée dans les publications.

#### LA MÉMOIRE COLLECTIVE

Dans le chapitre suivant, Ricœur rend un brillant hommage au fondateur de la sociologie de la mémoire, Maurice Halbwachs. Celui qui l'intéresse n'est pas l'auteur des *Cadres sociaux de la mémoire*, le disciple et continuateur de Durkheim, c'est au contraire le sociologue inspiré qui, dans son ouvrage posthume *La mémoire collective*<sup>23</sup>, va bouleverser les cadres de l'objectivation sociologique. L'ouvrage de Halbwachs est construit sur l'idée que, pour se souvenir, on a besoin des autres, mais plus encore puisque notre mémoire individuelle est littéralement construite par d'autres. Le cadre social cesse d'être une notion simplement objective dans lequel s'inscrivent les mémoires individuelles et collectives, il devient une dimension inhérente au travail de rappel. Les principaux « cadres » de la mémoration sont devenus l'espace et le rapport au temps, et la relation que nous entretenons, directement ou indirectement avec les autres au sein de ces cadres. L'un des passages les plus forts est quand il explique comment la mémoire lui revient alors qu'il se promène, seul, dans les rues de Londres. Or il explique que cette mémoire solitaire est en fait une construction collective dont il est le dépositaire et qui s'est construite à l'école, dans les discussions...

Pour prendre un exemple simple, il n'y a pas de mémoire collective du Vinatier qui puisse être pensée et reconstruite hors du cadre vécu ou projeté de l'institution. Les souvenirs qui seront rappelés n'existent pas de manière désincarnée. Il renvoient aux murs, aux relations hiérarchiques, à la souffrance, etc., même lorsqu'ils évoquent les bons souvenirs de la ferme avec ses centaines de vaches.

Si le lien entre le cadre social et le souvenir est difficile à objectiver, il n'en reste pas moins que la mémoire reste socialement déterminée. Nos souvenirs sont marqués de manière indélébile, mais généralement invisible, par les conditions sociales de leurs constructions. Il n'y a alors que deux modes d'enchaînement pour Halbwachs : celui des faits et des phénomènes matériels, et celui de la mémoire collective. Or le premier ne se reflète dans la conscience que dans le moment présent (on retrouve ici le souvenir immédiat de Husserl). Notre perception du monde est, elle, déterminée non par le présent, par l'immédiateté, mais par notre mémoire collective qui appartient au domaine des représentations collectives (construites par l'école, la famille, l'entreprise...).

Dans le n° 3 des *Brèves de mémoire*, relisons la dernière page, qui traite du « groupe spécial mai 1968 ». Ce n'est pas la chronique des événements qui nous est restituée, c'est une interprétation qui a pris l'épaisseur du temps. Ce sont des souvenirs « mûris » qui mettent en relation la transcription fidèle de quelques faits (l'action des syndicats, l'interpellation du directeur...) avec des sentiments collectifs qui sont très proches des « courants de mémoire » de Halbwachs : « On se rend compte de l'énorme progrès : tout le monde peut donner son point de vue ». Plus loin : « On parle d'une ère nouvelle, tout est à construire »... Les faits relatés plus haut sont en liens étroits avec le sentiment collectif des témoins. Ils sont certains de la véracité de leurs propos, ils ne sont pas tout à fait conscients qu'ils traduisent en fait le sentiment de victoire ou de liberté qu'ils partageaient collectivement, et dont ils ont ensemble développé la mémoire. Il est fort probable que si on avait interrogé le directeur, Monsieur Jaquelin, les mêmes faits auraient été montrés différemment, et que d'autres faits oubliés des infirmiers auraient été rappelés.

Ricœur souligne ensuite une chose essentielle dans la pensée de Halbwachs, c'est l'importance de l'espace, des déplacements, des lieux. Ce rapprochement entre mémoire et espace est essentiel : la mémoire existe-t-elle sans l'inscription de souvenirs dans des lieux, et le processus de mémoration n'est-il pas fondamentalement un processus de

23.  
Halbwachs, Maurice,  
La mémoire collective,  
P.U.F., 1968, 204 p.

déplacement de la pensée? Les liens entre mémoire et espace sont des liens à la fois logiques, et des liens métaphoriques et de représentations.

Nous avons ici le même phénomène qui agit : la mémoire du Vinatier a besoin d'objets témoins, de photos, d'images diverses, non pas seulement comme objets patrimoniaux mais parce que ces objets ravivent la mémoire. Ce que nous voyons là, par exemple à l'occasion de l'exposition « Sept propos sur le septième ange, une histoire du Vinatier », c'est un mouvement de la mémoire qui s'appuie sur des objets matériels organisés dans une mise en scène (donc une mise en espace) pour reconstruire une mise en scène mentale, une mémoire image qui se déplace entre les divers souvenirs retrouvés.

Dernier point développé par Ricœur dans cette première partie de son ouvrage : entre mémoire individuelle et mémoire collective, il suggère qu'il existe un plan intermédiaire, celui de l'échange des personnes proches qui appartiennent aux mêmes « communautés » que nous, des personnes qui seraient à mi-chemin entre le « soi » et le « on ».

Cette émergence d'un plan nouveau, plus familier entre soi et le monde mérite attention pour ce qui nous concerne : la Ferme n'a-t-elle pas ce rôle à jouer? La mémoire collective a besoin, pour se construire, de lieux de rencontre, de lieux de présentation ou d'exposition, de lieux de débat, dans un monde où les lieux de discussion deviennent rares. A la Ferme, on est encore dans un entre soi, ce qui est dit ne sort pas des murs. Ici on peut construire une mémoire de l'institution et de ses acteurs tant qu'elle est un lieu relativement protégé, un lieu qui n'est ni tout à fait l'institution, ni tout à fait hors de l'institution, tant qu'elle est un lieu intermédiaire aux contours un peu flous.

## EXTRAITS DU DÉBAT

*Une démarche de connaissance et de reconnaissance  
des personnels hospitaliers  
« Groupes-mémoires » et construction de la mémoire*



Le travail qui s'est fait sur les groupes-mémoires qui viennent d'être analysés par Michel Rautenberg lors de ce séminaire continue de susciter débats et réactions. Au sein du Vinatier, ils ont favorisé la reconnaissance de la collectivité - le personnel du Vinatier - par elle-même. Lors de ce séminaire, ils ont alimenté largement la réflexion des participants qui se sont longuement interrogés sur son processus et sur les suites à donner.

Au Vinatier, la génération des soignants qui a alimenté les groupes-mémoires s'était pourtant vécue comme abandonnée par l'institution au moment de leur mise en retraite. Après une réaction assez vive, dans un premier temps, par rapport à l'institution, le démarrage des groupes-mémoires a favorisé l'expression d'une histoire commune tout en prenant en compte les individualités. Les membres de ces groupes ont pu évoquer non seulement leur travail au sein de l'hôpital, mais aussi ce qu'ils y ont vécu, et ressenti, y compris les traumatismes. Tous d'ailleurs ont spontanément raconté leurs premières journées de travail dans les années cinquante (journées marquées fréquemment par des bizutages). Il a été très intéressant de voir comment les récits se « mythologisent » en quelque sorte, et comment cette mythologie se construit sur l'histoire de l'institution.

Il y a bien une mémoire collective qui émerge, comme on l'a vu au cours de la conférence précédemment citée, à travers un ressassement des histoires vécues.

Ce « travail » au sens freudien du terme a également mis en lumière

des aspects ignorés de la vie au Vinatier : on a ainsi découvert que « des familles entières entraient (pour travailler) au Vinatier comme on entre en religion », l'hôpital vivant sur un mode quasi-autarcique.

Par rapport aux familles des patients et aux patients eux-mêmes, il faudrait sans doute inventer des méthodes d'approche différentes : autre chose qui participe de cette mise en lumière d'une institution perçue comme « pas comme les autres ».

Ce travail engagé dans les groupes-mémoires fait écho à celui qui se poursuit quotidiennement en psychiatrie : le premier instrument des soignants est la parole, « lien du soin » entre le patient et le psychiatre. Or les institutions ressentent plus que jamais le besoin de « lien » justement.

Plusieurs exemples régionaux viennent appuyer cette affirmation : ici un projet culturel, sous-tendu par le projet d'établissement, fait ressurgir en l'interrogeant le riche passé intellectuel ; là, un hôpital, au moment de sa fusion avec un autre établissement, s'interroge sur la difficile fusion identitaire : « Quinze ans après, on parlait encore de “la clinique” et de “l'hôpital” pour nommer le même établissement ».

Le travail de construction de la mémoire et de la remémoration, dans un contexte donné, conduit à toutes sortes d'approche. Ce qui n'exclue pas les dérives ou les contre-exemples : en l'occurrence, la démarche qui vise simplement à commémorer sans tenir compte du tissu urbain, social et du contexte économique dans lequel se trouve telle institution peut donner lieu à une occasion ratée d'amorcer un travail en profondeur sur son identité.

Si le désir de communiquer l'emporte sur celui de faire partager une mémoire, on tombe dans la commémoration... ou dans le domaine versatile de la « communication ». Mais il ne nous dit rien de ce qui est constitutif de l'établissement.

#### LES GRANDES ENTREPRISES AUSSI...

La mémoire comme vecteur d'une identité collective pour créer du lien social et du « vivre-ensemble » est une idée forte, que les grandes entre-

prises françaises commencent juste à explorer. On peut faire en effet le parallèle avec celles-ci, dont beaucoup ont perdu toute ou partie de leur identité.

Les Anglais se sont montrés bien plus soucieux que nous de leur propre histoire.

Derrière celle des murs, des dirigeants, il y a aussi des archives... Or, 95 % des archives sociales des entreprises disparaissent, jetées. Il ne reste que les documents administratifs, la comptabilité, les réunions du conseil d'administration.

Dans l'Isère, les ouvriers se sont si peu reconnus dans le miroir qu'on leur tendait à travers la restitution publiée de « leur » entreprise qu'ils n'ont eu de cesse à leur tour de constituer leur propre histoire « alternative ».

Il y a deux histoires : celle des gens, et l'institutionnelle. Elles sont non pas étanches, mais distinctes. A cet égard, les archives sont à l'histoire ce que les souvenirs sont à la mémoire. D'un côté on a affaire à une discipline scientifique, de l'autre à un processus social. Remarquons au passage que le statut de la mémoire ne peut être le même que celui de l'histoire.

S'engager dans le type de travail évoqué sur les groupes-mémoires doit s'accompagner de sa reconnaissance comme travail social, et non scientifique. C'est un processus qui est mis en place, avant même d'être un collectage.

Ce qui nous intéresse dans le passé, ce n'est pas la même chose qu'il y a vingt ans : nous avons aujourd'hui une représentation du passé qui est construite par le présent. A propos d'une même collection d'objets, on va avoir des informations différentes, et qui vont être restituées différemment selon les époques et les conditions sociales, ce qui nous renvoie à ce qui a été dit lors de la conférence.

Quel est l'effet produit, suite à ce collectage, dans les entreprises ? On peut se poser la même question lorsqu'on suit une thérapie. Une fois que la thérapie est terminée, que reste-t-il ? Pour l'institution quelle qu'elle soit, la trace visible peut être de peu d'importance, mais cela ne

veut pas dire que l'effet n'est pas déterminant, et pas seulement pour retrouver l'histoire de l'institution.

Si celle-ci fait l'impasse sur les moments difficiles qu'elle a connus par le passé, ils peuvent ressurgir (au moment où l'on s'y attend le moins) sous forme de symptôme plus ou moins paralysant. Cependant, régler un certain nombre de malentendus ou de malaises n'est pas sans risques au cas où le « travail » est mal engagé. Cela peut même s'avérer déstabilisant pour l'ensemble des corps constitués de l'établissement.

Un exemple est donné ainsi *a contrario* d'une exposition, menée sans concertation aucune et qui a traumatisé tout l'hôpital. L'atelier artistique qui l'avait proposée a été fermé immédiatement et depuis dix ans, personne n'arrive plus à développer le moindre projet artistique dans cet hôpital. La blessure traumatique n'est toujours pas refermée. Pourtant, retravailler ce moment traumatique est devenu à la fois tabou et omniprésent dans les esprits. Cela montre bien, par défaut, comment l'expression culturelle peut marquer une collectivité toute entière.

#### ÉVITER LA DÉPERDITION DES SAVOIRS

En quoi un tel travail, mené dans de bonnes conditions, est-il un facilitateur de changements? Et comment évaluer l'impact de ces actions sur la mémoire, alors que les institutions hospitalières sont engagées dans des contextes évolutifs forts, avec toute une gestion efficace à mettre en place?

La problématique des mémoires professionnelles est aussi à mettre en rapport avec la situation des hôpitaux aujourd'hui confrontés à de nouvelles formes de détresse. « On pilote à vue », remarque un intervenant qui constate que la pratique médicale s'est transformée au moment même où la gestion hospitalière était embarquée elle aussi dans des changements extrêmement rapides.

Pour faire avancer les choses en matière de management, et « piloter » au mieux en quelque sorte, il est nécessaire d'intégrer et de transmettre une perception qui soit déterminée par notre mémoire collective, dans une vision globale.

Les mémoires professionnelles sont liées intrinsèquement aux métiers exercés au sein de l'institution, non sans carence ni oubli. Ainsi en vait-il des jeunes agrégés dans les hôpitaux psychiatriques, qui sont souvent des gens brillants, hyperscientifiques, mais qui n'ont guère de culture humaniste classique. Sans aucun doute gagneraient-ils à savoir qu'ils sont les héritiers d'une culture professionnelle qui a disparu, mais qui nourrit, consciemment ou pas, leur pratique d'aujourd'hui.

Là encore, un parallèle peut être fait avec les actions menées dans les entreprises. Les ingénieurs tout comme les ouvriers développent un éventail de compétences qui n'apparaissent jamais sur le papier. C'est une richesse qui disparaît. Une grande entreprise automobile (Volvo), consciente de cette déperdition des savoirs, a récemment produit un recueil du savoir-faire des ouvriers lors des changements de techniques dans les bureaux d'études. Dans les hôpitaux aussi, il existe des compétences qui mériteraient d'être étudiées, recueillies, et qui pourraient être réinjectées dans l'institution. Mais actuellement, même la question des archives n'est pas toujours bien gérée dans les hôpitaux : les administratifs ne sont pas formés à cette collecte des archives. Il faudrait pour ce faire inciter quelques-uns à s'y intéresser, nommer un membre de la direction aux archives, etc.

Quand on travaille avec des soignants, on se rend compte que la production intellectuelle n'est pas la même que si l'on travaille avec des médecins : il n'y a ni les mêmes productions de réflexion, ni le même développement de compétences. Certains corps de métiers vont plus vite que d'autres pour produire de nouvelles compétences et assurer de nouveaux défis.

#### DE LA PRISE EN COMPTE DU CORPS SOCIAL À LA TRANSFORMATION DE L'INSTITUTION

Si, au sein d'une structure classique (et non pas d'un hôpital psychiatrique), la référence aux groupes-mémoires n'est pas forcément adéquate, la question reste posée de la prise en compte des personnels qui partent à la retraite avec ce fort sentiment d'abandon, et que beaucoup reconnaissent.

Pour s'approprier une histoire commune, différentes approches sont suggérées : retrouver des traces de la mémoire collective à travers le bâti, la culture de l'entreprise, s'appuyer sur la construction d'une identité commune, réfléchir à la façon dont l'hôpital se situe actuellement dans son environnement urbain...

Par ailleurs, quel lien existe-t-il entre la collecte du patrimoine matériel et ce patrimoine tout immatériel qu'est la mémoire ?

A ce propos, il est intéressant de noter qu'au Vinatier, le fait de déclencher les souvenirs a aussi déclenché un « retour » de certains objets à l'institution : ces objets qui avaient été en somme sauvés de la destruction à une époque où personne n'y attachait aucune importance ont été restitués à la faveur de ce travail de mémoire. De plus, l'impact sur l'image est extrêmement bénéfique : à travers le projet de la Ferme, le Vinatier est de plus en plus perçu comme une collectivité sociale et culturelle : plusieurs soignants extérieurs à l'hôpital psychiatrique connaissent et apprécient le travail qui se fait ici.

A Saint Jean de Dieu, lors du tournage d'un film, l'équipe a trouvé par hasard dans de vieux locaux désaffectés le journal intime d'un malade. Le cinéaste et son équipe ont été tellement intéressés qu'ils en ont chamboulé complètement leur scénario ; ils ont finalement fait un film sur le journal lui-même, qui contient des choses étonnantes sur la vie des malades à l'hôpital dans les années trente.

Là aussi, l'aller-retour entre le dehors et le dedans fonctionne. On ne dit plus de nos jours aux jeunes Stéphanois (comme cela était fréquent jusque dans les années soixante) : « Si tu n'es pas sage, tu iras à Saint Jean de Dieu »...

Dans tous les cas, la prise en compte du corps social dans l'ensemble de ses composantes est génératrice de transformations de l'institution. A travers cette prise en compte, il ne pourra s'agir de plaquer un projet, forcément complexe, pour être mis en œuvre. Il y a nécessité à intégrer ce type de démarche dans un projet culturel ; l'objectif en dernier ressort est de renforcer la richesse et la nature des liens sociaux dans l'institution.



Lors de la cinquième séance de réflexion nous avons envisagé en quoi, à partir d'une meilleure compréhension du phénomène des identités professionnelles, la mise en œuvre d'un projet culturel à l'hôpital favoriserait le changement. L'intervenant, Gilles Herreros, a préféré la notion d'identités professionnelles à celle de culture hospitalière qu'il juge trop stratosphérique pour permettre l'analyse de l'organisation hospitalière. Les identités professionnelles sont constituées d'une somme d'apprentissages mise en situation, et qui produit des comportements spécifiques, en particulier par rapport aux règles établies. Le déplacement des identités de retrait (celles qui sont dans la dénégation de l'autre) à des identités d'initiatives (celles qui permettent de se construire) est l'enjeu du développement social.

Il n'existe souvent pas assez de lieux de confrontation des pratiques, de lieux de controverse, pour créer une dynamique de développement social. Les scènes institutionnelles permettent de gérer les relations professionnelles mais ne sont pas le lieu du changement. Donc, accompagner le changement, c'est susciter une multitude de scènes de controverse où toutes les facettes des identités peuvent être mises en jeu. Le projet culturel est une opportunité de créer ces scènes de controverse, qui ouvre un nouveau champ des possibles.

Les participants reconnaissent dans la description des scènes de controverse « libres » les caractéristiques de la démarche qualité. Cette dernière favorise l'expression et la rencontre des professionnels dans leur diversité à travers l'organisation de groupes multidisciplinaires et multithématiques. Malgré un nivellement de ces expressions variées dans la

mise en forme de règles communes, le processus même a fait naître une nouvelle dynamique dans l'organisation. Ce n'est donc pas le contenu qui va changer les pratiques mais bien le processus qui transforme les relations.

Il s'agit aussi de l'enjeu du projet culturel à l'hôpital. Si le contenu est trop prédéfini, si les scènes sont instituées, on risque l'échec d'une dynamique. Le contenu se forme dans la marche du projet qui prend de la qualité au fur et à mesure que les acteurs sont nombreux pour contro- verser. Et l'on peut espérer alors qu'il y ait des déplacements d'identi- tés. S'il n'existe pas de *comment* qui garantisse la qualité du projet, on peut poser comme principe d'action « la règle de l'attachement ».

Pour impulser des développements de forme et de fonds dans les iden- tités professionnelles, il faut rapprocher des êtres et des choses impro- bables et les lier ensemble. La qualité d'un contenu du projet procède de la qualité des attachements car l'insolite produit du développement. L'intérêt de la démarche qualité comme celui du projet culturel est bien de mettre en œuvre ces rapprochements inattendus.

Bien que le contenu du projet ne soit pas figé à l'avance, il est tout à fait indispensable de le contextualiser au départ afin de l'enraciner dans l'organisation concernée. C'est la qualité même de la problématisation qui peut déclencher le projet.

## LA « CULTURE » A L'HOPITAL : UNE SCÈNE POUR DES IDENTITÉS EN TRAVAIL

*Gilles HERREROS, sociologue  
Université Lumière-Lyon 2  
Faculté d'anthropologie et de sociologie*



Depuis une bonne décennie, un grand nombre d'organisations (indus- trielles ou administratives, publiques comme privées...) s'engagent dans des logiques de projets. Ces initiatives, nommées « chartes cultu- relles », « projets d'établissements » ou « d'entreprises », « démarche qualité », ont pour vocation de provoquer ou d'accompagner le chan- gement. Dans un tel contexte prévaut l'idée qu'il convient, pour rendre de meilleures prestations, pour être plus compétitif, pour mieux servir le public, de modifier les systèmes de travail et pour cela de transfor- mer la culture au travail, voire la culture du travail. C'est dans cette perspective que nombre d'équipes managériales, au sein des organisa- tions les plus diverses - y compris l'hôpital bien sûr -, se décident à pren- dre en compte « la culture » des lieux. Elles sont souvent relayées par une foule d'experts qui, venus diagnostiquer les systèmes de travail, s'appuient de façon quasi systématique sur cette notion qu'ils déclinent sous toutes les formes : cultures nationales ou locales, cultures d'appar- tenance sociale, cultures de secteurs, de branches ou de métiers, cultures d'entreprises et d'ateliers. Dans certains cas extrêmes, il peut même être question de « créer de la culture d'entreprise ». D'un tel contexte où le substantif - sinon la substance - de « culture » prolifère, nous voudrions dégager un constat : lorsque sont attachés l'un à l'autre les termes de culture et d'organisation, on se retrouve en présence de l'évidence selon laquelle chaque organisation a sa culture mais, en retour - ce qui est

l'un des corollaires obligés de toute évidence -, on est alors placé face à des questions complexes. Qu'est-ce donc qu'une culture organisationnelle? Peut-on prétendre à son existence et à sa capacité d'homogénéiser les pratiques? Le P.D.G. d'une multinationale et l'ouvrier spécialisé travaillant à la chaîne dans l'un des établissements de ladite multinationale sont-ils unis par la même culture d'organisation? Qu'est-ce qu'un fait culturel? Est-il inscrit dans une trame historique ou produit par une logique de situation? Peut-on planifier une émergence culturelle? Si à ce questionnement, déjà obscur en lui-même, on vient ajouter la problématique relative aux impacts que peuvent avoir des activités culturelles (entendues cette fois, comme c'est le cas avec la Ferme du Vinatier, sous l'angle d'un projet permettant le développement de pratiques artistiques et/ou de recherche au cœur même de l'espace de travail) au sein des organisations, on passe de la complexité et de l'obscurité initiales à la plus totale confusion.

Néanmoins, convaincu que des projets culturels du type de celui de la Ferme peuvent participer d'une dynamique permettant de revisiter (même modestement) quelques-unes des pratiques professionnelles routinisées, dans lesquelles invariablement toute forme d'organisation a tendance à s'inscrire – lesquels projets deviennent du coup des outils potentiels de management et des supports possibles de nouvelles coopérations entre acteurs –, il nous faut donc tenter de dissiper la confusion qui règne autour des notions de culture et d'organisation. Dans cette perspective nous allons proposer, en appui sur des considérations de type sociologique, quelques éclaircissements sur les termes du débat et sur quelques-uns de ses enjeux. Tout d'abord nous suggérerons, très brièvement, une définition (provisoire et circonstanciée) de ce que l'on peut entendre par culture d'entreprise et par système culturel organisationnel. La proposition avancée nous permettant de glisser de la notion de culture à celle d'identité, nous rappellerons l'hypothèse classique selon laquelle l'hôpital est une organisation dotée d'une pluralité d'identités professionnelles, richesse indéniable qui parfois se mute en clivages identitaires. Enfin, nous soutiendrons l'idée que des projets d'activités culturelles, pour peu qu'ils satisfassent à quelques exigences de contenant (en même temps que celles de contenu), sont susceptibles

de créer des « scènes » nouvelles permettant de participer au dépassement des clivages en question que nombre d'acteurs de l'hôpital déplorent.

#### DE LA CULTURE AUX IDENTITÉS

L'organisation, quelle qu'elle soit, peut être comprise comme un système global de coopérations finalisées que l'on peut désigner aussi sous le vocable de système culturel. Celui-ci est composé d'au moins trois dimensions distinctes; la première renvoie à un corps de règles, la seconde à un dispositif symbolique, la troisième à un imaginaire collectif.

1/ Pour accomplir les missions qui leur sont confiées, les acteurs d'une organisation s'appuient sur un ensemble de règles formelles (sensées planifier et organiser leurs tâches, définissant leurs « rôles propres ») et un océan de règles informelles mises en place, au fil du temps, par les uns et les autres, dans un ajustement permanent des uns aux autres. C'est cet ensemble, dont la part la plus importante est immergée, qui permet la régulation de l'organisation; en même temps, la mise en œuvre de ces règles écrites et non écrites, visibles et invisibles, peut également être à l'origine de difficultés vécues et présentées comme des dysfonctionnements organisationnels. Ainsi, par exemple, un « glissement de tâche » permettra la résolution d'un problème mais engendrera, parallèlement, une tension psychique chez son auteur et/ou fragilisera juridiquement l'organisation. Ailleurs, c'est une procédure jugée bureaucratique qui sera (par souci de qualité du service, d'efficacité ou encore de commodité) contournée, lequel contournement produira en même temps qu'une simplification de la tâche ou qu'une satisfaction du patient, une complication relationnelle, un conflit dans une équipe. D'une organisation à une autre, d'un hôpital à un autre, d'un service à un autre, les mêmes règles et procédures formelles se retrouvent mais leurs mises en œuvre diffèrent largement. La culture de l'organisation est déposée et s'exprime au travers de cet édifice visible-invisible qui régit et traduit à la fois les formes concrètes prises par le travail et définit le contour des (non) coopérations.

2 / Au plan symbolique un univers professionnel est marqué par mille et un aspects. C'est d'abord une « langue » singulière qui est mobilisée ; elle a son style, son rythme, ses sigles, elle traduit un « commun » mais parallèlement elle peut aussi contribuer à fragmenter, à diviser. A l'hôpital, « le malade » est un exemple de figure (sémantique) fétichisée, susceptible de rapprocher, mais également capable de diviser, selon que les uns ou les autres voudront se faire les gardiens de la pureté de son « image », soupçonnant tel ou tel de ne voir en lui qu'un « client », qu'une « maladie »... Au sein de l'organisation la propension à utiliser un vocabulaire plutôt qu'un autre marque les territoires, les logiques. Par exemple, au « bloc », ce sont les « chir » qui œuvrent et parfois s'affrontent aux « phar » qui endorment, veillent et réaniment avec l'aide des « I.A.D.E. » qui assistent, secondent. Plus loin, dans un service de soin, le « cadre sup », en lien avec le « patron », s'attache au « projet de service », s'enquiert du « dossier de soin »... en lien avec « ses » cadres et la « D.S.S.I. ». Dans l'univers des administratifs, le vocabulaire change encore, les dossiers se multiplient, de l'« accréditation » au P.M.S.I. en passant par le souci de la relation à l'« Agence Régionale »... Langues énigmatiques (pour quiconque n'en possède pas le lexique) qui peut se complexifier, se singulariser établissement par établissement, chacun d'eux ayant son vocabulaire, ses héros, ses personnages, son (ses) histoire(s), ses mythes, qui donnent du relief au présent, participent de l'affectation d'un sens aux pratiques.

3 / Au plan imaginaire l'organisation se pense, se rêve, s'idéalise, se projette, plus exactement ce sont les acteurs (individuels et collectifs) de l'organisation qui se livrent, chacun à leur manière, à ces (re)constructions. L'activité professionnelle se nimbe de cette autre caractéristique de la culture qu'est l'univers des images que chacun mobilise pour (se) qualifier (dans) le monde. L'imaginaire enchâsse toutes les sphères du travail sans exception, jusqu'aux orientations de gestion, aux options managériales produisant parfois ce que certains nomment le « système managinaire ».

La culture d'entreprise et des organisations se décompose donc à partir de ces trois instances, (règles, symboles, images), elles-mêmes subdivisées en différents niveaux (les règles sont locales et/ou générales, le sym-

bolique est organisationnel, professionnel..., l'imaginaire est individuel et collectif, segmenté mais aussi globalisé), autant de découpages qui rendent bien difficile tout usage du singulier pour parler des rapports entre culture(s) et travail. L'organisation comme système culturel est avant tout un dispositif articulant, de façon plus ou moins réussie, des cultures différentes, fragmentées. En d'autres termes, le « commun » culturel se décline sous la forme d'identités individuelles et collectives multiples. Ce sont elles (et non « LA » culture) qui constituent le niveau pertinent d'appréhension et d'analyse pour saisir ce que sont les coopérations dans le travail. A l'hôpital les identités professionnelles ne manquent pas ; elles se remarquent d'autant plus qu'elles sont souvent clivées.

#### DES IDENTITÉS PROFESSIONNELLES AUX CLIVAGES IDENTITAIRES

L'hôpital a été désigné tour à tour par les sciences sociales comme une institution – plus ou moins totale – dont le caractère enveloppant couvrait du monde ceux qui y entraient (E. Goffman), comme un lieu au sein duquel la violence symbolique s'exprimait d'autant plus fortement qu'elle était dissimulée par la noblesse de sa mission consistant à dispenser des soins (R. Lourau, G. Lapassade, G. Mendel...), ou encore comme une organisation professionnelle découpée en territoires (H. Minzberg) pouvant se transformer en autant de « féodalités ». Sans reprendre ces différents développements on peut avancer, sans risque d'erreur, que ces travaux entendent tous mettre en avant la forte identité de l'hôpital. Celle-ci (comme toute identité) a deux faces. L'une exprime les potentialités de l'organisation, l'autre laisse entrevoir ce que peuvent être certaines de ses dérives. Éclairons en quelques mots les traditionnelles ambiguïtés du constat identitaire avant d'évoquer leurs déclinaisons au sein de l'hôpital

\* La notion d'identité, venant prolonger et spécifier celle de « culture », est un terme classique des sciences humaines et plus spécifiquement de la sociologie des organisations. Elle désigne ce par quoi un individu, des groupes, des collectifs se construisent, s'affirment, se dotent de caractéristiques propres qui vont devenir les fondements de leurs comportements, de leurs rapports à eux-mêmes et aux autres. Partant, l'identité

professionnelle, tout comme l'identité individuelle, renvoie à un ensemble de données qui font que, d'une part les membres d'un groupement ou d'une profession se (re) connaissent un « commun » et que, d'autre part les mêmes parviennent à se singulariser, se distinguer – sous des formes plus ou moins électives – de toutes les autres catégories. Ainsi l'identité possède une première face qui visibilise la construction de soi, en soi (d'un individu ou d'un collectif), la seconde éclairant ce par quoi chaque « un » ne se dilue pas dans l'autre, établissant ainsi sa distinction d'avec un autrui généralisé. L'identité représente donc l'outillage plus ou moins conscient à partir duquel « nous » se positionne dans le « monde » et au regard de celui-ci, en même temps qu'il donne sens à ce qu'il est ou fait; de ce point de vue la notion désigne un processus vital. Parallèlement, la légitime revendication identitaire peut également glisser du côté de pentes plus ambiguës. C'est en effet au nom d'une prétendue identité fondamentale qu'un groupe ou une communauté peuvent en stigmatiser une autre. Si le patrimoine identitaire est une manière singulière d'être « au monde », cela peut aussi constituer une base de repli sur soi, un espace de retranchement qui cherche à se préserver de toute contamination externe. Cette version extrémiste et fondamentaliste de l'identité n'invite pas à l'« agir-ensemble » mais tout au contraire à l'isolement, à la défense de frontières, à la normalisation de comportements. Dans le champ culturel les exemples ne manquent pas de « groupes agresseurs » qui, au nom de la supériorité prétendue de leur identité, ont voulu soit homogénéiser, à leur image, les groupes voisins, soit mettre en place des dispositifs permettant justement d'éviter toute forme de mélange, de renforcer les marquages, les frontières, pour préserver leur « pureté » identitaire. A l'inverse, d'autres collectifs, se sentant (à tort ou à raison) agressés, dominés, ignorés, ont, également sous couvert de défense identitaire, préféré l'enfermement sur eux-mêmes, renforçant toutes les coupures avec ce qui n'est pas « l'entre soi ». Sur cette seconde face, l'identité n'est plus le construit à partir duquel se pense la relation à l'autre mais le socle au nom duquel on rejette (sous toutes les formes) l'altérité. Dans le champ du travail et des organisations la déclinaison de ces mécanismes est assez simple. Tel collectif professionnel, au nom de sa formation, plus longue,

symboliquement plus prestigieuse, entend imposer ses normes à tous, alors que tel autre groupe se sentant, plus ou moins consciemment, dévalorisé va camper sur ses idiosyncrasies, se trouver des ennemis naturels dont le rejet deviendra un incontournable mode relationnel. Évidemment, il y a là un cercle vicieux que chacune des parties nourrit et légitime au prétexte qu'il est question de la défense de l'intérêt général (le client, le service public, le patient...). Dans ce type de situation c'est la partie la plus fondamentaliste de l'identité qui, en sous-main, agit et bloque les coopérations.

\* A l'hôpital, la première face de l'identité est celle d'une institution-organisation complexe au service d'une mission noble. L'hôpital est en effet d'abord une institution. Outil et traducteur des orientations d'un État en matière de santé publique, il n'est pas assimilable à une simple firme. S'il est cela (comme le souhaitent ceux qui parlent de l'hôpital comme d'une entreprise), il est aussi beaucoup plus dans la mesure où sa mission et ses fonctions ont un rapport direct avec la gestion de la Cité, c'est-à-dire le politique. Institution, l'hôpital est aussi une organisation, au même titre que n'importe quelle entité qui poursuit des objectifs et requiert pour les atteindre une action collective nourrie de solides coopérations, mais, là encore, il est plus que cela, prenant les traits d'une super-organisation. En effet il est un lieu organisationnel assez rare où se retrouvent engagés dans un même mouvement une multitude d'acteurs aux trajectoires, aux métiers, aux horizons professionnels, aux qualifications n'ayant, de prime abord, guère de rapports. De l'exercice de la médecine à l'organisation de la restauration collective, de l'entretien du second œuvre du bâtiment à la conduite de la recherche fondamentale et appliquée, de la gestion administrative à la blanchisserie, du soin psycho-technique au management, du gardiennage à la technologie informatique..., des centaines de professionnels, profondément différents les uns des autres, sont invités à se coordonner, à coopérer, à converger et, le plus souvent – ce qui mérite toujours d'être rappelé –, ils y parviennent plutôt efficacement. La première face de l'identité de l'hôpital est d'abord celle qui met en scène une institution/super-organisation, véritable nœud de complexités au service du public. Mais l'identité de l'hôpital possède une seconde face : celle du

morcellement, d'où surgit une sorte de mosaïque dont chacune des pièces entend se distinguer, magnifier son rôle, sa place, son poids. Chaque territoire hospitalier est en effet fortement marqué tant dans sa rupture d'avec l'extérieur (aspect que nous laissons de côté) que dans son découpage interne. Réglementairement, symboliquement, comme au plan de l'imaginaire, les logiques professionnelles entendent se distinguer les unes des autres, marquer leurs différences, souligner leurs singularités respectives. Les soignants ne se confondent pas avec les médecins, lesquels se démarquent des administratifs, ces derniers veillant à maintenir un rapport de distinction avec ces deux précédentes familles de professionnels. En outre, au sein de chaque champ (soignant, médical, administratif), les subdivisions sont également multipliées, recherchées, dans une quête incessante d'un marquage des pratiques, chacun entendant faire valoir ses « états de grandeurs », selon sa spécialité, son statut. Ces tensions, variables selon les lieux mais toujours récurrentes, finissent par rendre les coopérations plus délicates, moins satisfaisantes pour tous. Peut-on raisonnablement souhaiter la disparition ou le reflux de l'attachement de chacun à son identité professionnelle au prétexte que celle-ci génère des frontières? Une réponse positive à cette question est une perspective peu réaliste; en outre, son avènement viendrait également altérer ce que nous avons désigné comme une richesse (la face positive de la référence identitaire). Aussi convient-il plutôt de songer à multiplier les scènes où cette diversité identitaire pourrait s'exprimer, où des articulations nouvelles pourraient s'initier. C'est à ce niveau que le projet culturel peut remplir une fonction essentielle.

#### UN PROJET CULTUREL : UNE OPPORTUNITÉ DE NOUVELLES SCÈNES

Les difficultés rencontrées par les organisations en général et l'hôpital en particulier portent le plus souvent sur les formes de la coopération entre acteurs, sur les coûts humains de celle-ci. Plus les logiques sont nombreuses, plus elles sont clivées, découpées, plus les frontières qui les séparent sont marquées, et plus l'action collective est difficile, douloureuse. L'une des voix susceptibles d'être empruntées pour atténuer ce type de difficulté consiste, paradoxalement peut-être, à multiplier les scènes susceptibles d'accueillir et d'encadrer les controverses entre les

différents protagonistes. Plutôt que de taire les oppositions dans le consensus - nécessairement mou et faux -, mieux vaut sans doute rendre possible des frictions qui serviront à définir un champ des possibles, à faire émerger des espaces de compromis et pour cela mettre en place des scènes spécifiques.

\* Le compromis est une notion qui ne se confond pas avec celle de consensus. Ce dernier terme renvoie à une situation dont on tente de préserver l'équilibre en faisant taire (plus ou moins volontairement) les différences entre ses membres. Ainsi le consensus javellise les positions adverses, les opinions contrastées pour produire une homogénéité fictive, artificielle, où chacun s'est uniformisé pour ressembler à tout le monde. Si on dit fréquemment du consensus qu'il est « mou » c'est justement parce qu'il élimine (en apparence) tous les reliefs d'une relation. Les aspérités sont rabotées, les creux sont comblés, la situation est lissée. « Tous unis pour le seul intérêt du malade » est une formule incantatoire fréquemment utilisée et rendant compte de ce processus consensuel. Brandir le patient pour faire taire les différences entre les logiques est une méthode souvent utilisée mais largement insatisfaisante tant pour les professionnels (chacun, pris séparément, estimant être le meilleur défenseur de l'intérêt du malade) que pour... le patient lui-même. Le compromis, à l'inverse du consensus, est une figure d'accord, une convention qui n'oblige en rien les différents protagonistes d'une situation à taire ce à quoi ils tiennent ou à atténuer les caractéristiques de ce qu'ils sont professionnellement. Le compromis ce n'est pas se compromettre, c'est au contraire une façon de trouver dans la logique de l'autre ce qui pourrait être acceptable, recevable, dans sa logique propre, de telle façon que ce point de rapprochement puisse servir d'appui au renforcement de la coopération. Le paradoxe de cette démarche est qu'elle suppose une controverse entre les parties, une dispute sans cesse renouvelée. En effet, comment découvrir dans les « mécanismes » qui régissent le comportement d'autrui (nous pensons ici à un autrui collectif, un autrui généralisé), des éléments qui peuvent avoir une signification, un état de grandeur respectable dans son raisonnement propre, si ce n'est au travers d'une confrontation à la fois réelle et approfondie et qui, en même temps, ne soit pas dramatisée?

Rechercher le compromis c'est donc trouver l'occasion de conduire des controverses mais surtout d'inventer un espace qui autorise qu'elles s'y déploient vraiment. En d'autres termes, cela revient à créer des scènes spécifiques de frictions.

\* Il existe déjà, à l'hôpital comme dans nombre d'entreprises, des espaces organisationnels de disputes; ils sont bien évidemment indispensables et forts utiles mais, le plus souvent, ils se sont transformés en lieux de controverses institutionnalisées où les oppositions et les affrontements résultent souvent d'un pré-texte, répondent à un scénario fréquemment pré-écrit. Chacun joue son rôle, sa partition tramée par une « mise en scène » très serrée (où chacun a déjà une idée de l'autre, de sa fonction, des enjeux et intérêts qui y sont attachés) ne laissant guère de place aux improvisations. Le conseil d'administration, le conseil de service, la commission médicale d'établissement, le conseil de bloc... constituent des exemples possibles de ces lieux qui, pour importants qu'ils sont, ne parviennent pas toujours à être des scènes de controverses effectives, autorisant que s'exprime la multitude des facettes identitaires de l'autre. Le projet culturel au sein de l'hôpital peut ouvrir quelques-unes de ces scènes; elles ne se substituent pas aux précédentes, elles s'y ajoutent. Ainsi une « expo », une mise en forme des mémoires de l'organisation, un concert dans les lieux, une recherche historique sur l'établissement, une mise en perspective des pratiques des professionnels et des process de travail, l'organisation régulière de rencontres cinématographiques, la rénovation d'un patrimoine (bâtiments, outils de travail...) etc., sont autant d'opportunités d'espaces nouveaux de rencontres et de controverses. L'hôpital s'ouvre à la Cité et réciproquement, les professionnels se confrontent à d'autres logiques en même temps qu'ils font valoir les leurs, une mémoire oubliée (ou qui fait évidence) se réinterroge et offre une perspective de ré-étalonnage du présent, un service se laisse regarder, prenant, du coup, le temps de se regarder aussi... Autant de brassages d'un nouveau genre, autant de scènes de controverses. Dans ces lieux, ces mouvements, ces tourbillons que le projet culturel peut faire surgir, les identités professionnelles ne sont plus au centre, ni le centre; pourtant leur présence n'en est pas moins patente. Les déplacements opérés sont de toute nature, mêlant les

acteurs (patients, professionnels, partenaires extérieurs, visiteurs), renouvelant les thèmes et les sujets abordés (l'histoire, le cinéma, la mémoire), convoquant d'autres émotions, d'autres dimensions, tissant d'autres relations. Au cours de ce processus, il n'est plus seulement question d'identités professionnelles « au » travail, mais d'identités « en » travail. Un changement de scène, une controverse d'un autre type, des échanges inhabituels et ce sont des regards qui peuvent changer, des contextes qui peuvent se modifier. Évidemment, rien n'est planifiable des transformations hypothétiques que l'organisation pourrait connaître de ce remue-ménages, mais la dynamique n'en reste pas moins un outil collectif possible. Ainsi comprise, « la culture à l'hôpital » n'est en aucune façon un quelconque processus d'acculturation planifiée des personnels. C'est par contre une opportunité de mise en travail des identités au travers de leurs rencontres et de leurs frictions sur des scènes nouvelles, à propos d'objets nouveaux.

La qualité du contenu culturel d'un projet est évidemment essentielle dans une telle démarche, mais le processus (le contenant) par lequel celui-ci se réalise est tout aussi important. Contenu et contenant entrent inexorablement dans une définition mutuelle, une entre-définition, à contenu pauvre, contenant faible et réciproquement. Multiplier les attachements internes (les professionnels, les partenaires institutionnels, les patients, les lieux, les objets...), lier le dedans au dehors (artistes, publics, chercheurs, pouvoirs publics, équipements...) c'est œuvrer à la force du contenant... Satisfaire à cette préoccupation, c'est se donner l'assurance que le contenu suivra.

## EXTRAIT DU DÉBAT

### *Le projet culturel ou la dynamique de changement*



Comment le projet culturel peut-il prendre forme à partir d'une meilleure compréhension des identités professionnelles? En d'autres termes, une analyse fine du jeu des mécanismes à l'action dans les différents champs professionnels peut-elle contribuer à rendre lisible et fédérateur un projet? Et existe-t-il un dénominateur commun susceptible de rassembler des cultures professionnelles porteuses d'identités fortes et contrastées, sous-tendues par des enjeux se révélant souvent contradictoires entre eux?

On pourrait supposer qu'un « bon » dénominateur commun soit, concernant la pratique hospitalière, le service public. Or, il n'en est rien. Plusieurs exemples montrent que la notion de service public fonctionne plutôt comme un étendard à brandir, ou un support rhétorique, mobilisable surtout pour évoquer la pratique de l'autre : c'est l'argument suprême pour disqualifier l'autre, c'est-à-dire celui d'une catégorie à honnir, à rejeter et à critiquer.

La difficulté à repérer la mission de service public est la même dans les grandes entreprises et dans les établissements hospitaliers. Non pas que les corps constitués ici ou là n'en aient pas le souci; non pas qu'elle n'ait pas de sens pour les défenseurs du service public, mais cette notion fonctionne plutôt comme la justification ultime que comme un catalyseur d'énergies.

Le choix des mots et leur utilisation sont à cet égard éclairants pour le sociologue qui se penche sur les identités professionnelles à l'hôpital. En discutant avec les uns et les autres, tous parlent volontiers de leur pratique, mais le malade est une sorte d'évidence qu'on ne questionne pas :

un numéro de dossier pour l'un, un cas pathologique pour l'autre, la figure d'une maladie, un corps souffrant...

Si mobiliser les cultures professionnelles collectivement autour de l'intérêt général (ou du malade) paraît improbable, quel peut être alors l'angle d'attaque pour déclencher des changements dans l'organisation?

Peut-on s'appuyer sur les lieux de rencontre institutionnels pour engager une démarche de changement? Les relations professionnelles se gèrent effectivement dans les scènes institutionnelles, mais chacun y vient avec son masque, sur un scénario pré-écrit. Ainsi en va-t-il des réunions entre direction et représentants du personnel où chacun est à sa place, dans son rôle préétabli. La question du changement des pratiques professionnelles peut y être posée, mais ce n'est pas là que s'opéreront les déplacements identitaires.

### LES SCÈNES DE CONTROVERSE

Quelles autres « scènes », quels types de lieux de parole sont envisageables en terme de dynamique globale institutionnelle? Il en existe fort peu : les conseils d'expression directe qui commencent à fonctionner dans quelques établissements sont l'une des pistes à creuser, pour impulser des changements dans la pratique professionnelle. Mais elles prennent en compte uniquement les identités professionnelles dans le champ et sur le lieu institutionnel de leurs pratiques. Comment déplacer ces identités? En multipliant les « scènes de controverse ».

Or dans les hôpitaux, les lieux et les pratiques n'autorisent pas les déplacements identitaires, alors que les scènes de controverse peuvent créer un matériau de nouveau type : un nouveau champ des possibles. Le mode artistique s'inscrit, sous des contours volontairement flous, dans ce champ des possibles.

Les démarches qualité bien menées dans les entreprises provoquent déplacement identitaire, effervescence, contestation des pouvoirs en place, expression des salariés : du jamais vu, parfois... Mais ensuite, on

va niveler un certain nombre de choses, en risquant de gommer l'aspect innovant qui s'est exprimé dans le groupe.

Si d'aventure on vient à institutionnaliser des scènes non institutionnelles, on court le risque d'ossifier ce que certains ont appelé, il y a déjà trente ans, l'instituant. Les premiers intervenants culturels qui ont fait leurs armes à l'hôpital au moment où celui-ci a entamé sa mue (dans les années soixante-dix) sont partis de la distinction entre instituant et institué. « L'institué » est ce lieu de pouvoir figé, rendu presque invisible dans sa forme idéologique, et où plus rien ne se joue, si ce n'est le pouvoir établi. « L'instituant », c'est tout ce qui vient bousculer les ornières d'une organisation, et les pratiques professionnelles.

Les participants reconnaissent dans la description des scènes de controverse les composantes d'une bonne démarche d'accréditation : un vrai débat entre les acteurs de l'hôpital, permettant pour la première fois de jeter ses masques et d'oublier ses ornières, une « controverse » dans des groupes transversaux où chacun peut s'exprimer.

#### DEUX GRANDES FAMILLES DE COMPORTEMENTS

Une grande enquête sociologique menée sur des dizaines d'entreprises au moment de l'accréditation a permis de mettre en lumière deux grandes familles de comportements.

La première se comporte comme si elle était détentrice d'une armoire d'atelier dont on a oublié les clefs... Après l'opération de labellisation, on est retombé dans les ornières des pratiques instituées. La deuxième grande famille regroupe ceux qui ont rempli les armoires qu'ils laissent ouvertes. Nous voilà très loin des démarches classiques d'entreprise : cependant, le contenant de la démarche modifie en profondeur l'organisation de ces entreprises, démontrant par là leur capacité à remettre en jeu la somme d'apprentissages qui forme la singularité de chaque identité professionnelle.

Évidemment en terme de management, il est rare de s'intéresser moins au contenu qu'à la dynamique : les managers sont formés à séquencer, découper, planifier.

Une démarche à inventer dans sa forme et dans son fond sans être planifiée : ainsi se présente un bon projet, qui se construit dans une espèce d'hésitation, en attachant des formes entre elles, des catégories professionnelles entre elles, en se donnant un contenu au fil d'une démarche.

Le principe de l'attachement (notion empruntée à Latour, philosophe des sciences) est de sédimer chemin faisant des coopérations ou des alliances antérieures, des acteurs et des problématiques. De la controverse qui en naît, sans connotation polémique aucune, émerge un petit objet, lequel permet une nouvelle association d'acteurs individuels et collectifs. Un objet nouveau se construit chemin faisant...

Mais « bon projet » ne signifie pas « riche contenu ». Dans le cadre d'un projet culturel, on ne peut se contenter d'inventorier des actions sur telle ou telle thématique, avec un contenu prédéfini, un programme, aussi intéressant soit-il. Car dans ce cas, il n'y a pas de processus sur le contenant. La question des contenus n'a pas de vertus intrinsèques. Elle n'est pas planifiable comme les outils des questionnaires.

En revanche, plus le contenant, c'est-à-dire le tissu des coopérations et des alliances, se densifie, plus il fait naître des controverses possibles, plus il constitue autant de potentialités, de nouveaux attachements qui vont, démarche après démarche, forger un contenu agrégeant des gens, des choses, des productions matérielles et immatérielles, et rendant irréversible la démarche.

Le bon projet, c'est le bon processus, car le bon contenu se forme dans la marche. Cela vaut pour toutes formes de projets managériaux ou autres, scientifiques, artistiques.

Multiplier les attachements, les rencontres insolites, les espaces incongrus, c'est rapprocher les objets de ces attachements d'autres acteurs, avec leur regard extérieur... Plus les acteurs sont nombreux, plus ils sont sollicités sur le contenu, plus celui-ci se transforme, et paradoxalement, en formant quelque chose qui n'était pas planifiable, on arrive à multiplier ces objets de rencontres, dont on peut espérer qu'ils provoqueront des déplacements identitaires.

Un projet a d'autant plus de chance d'aboutir dans les déplacements qu'il va initier de l'insolite. L'objet se déforme, non imaginé et autorise

des alliances nouvelles. Ainsi en va-t-il de la rencontre provoquée de quelques médecins avec des anthropologues à la Ferme : ce rapprochement inhabituel, né d'émergences aléatoires, génère d'autres objets inattendus.

Sur des scènes éclectiques et insolites, les pratiques sont bousculées. Le projet culturel garantit la sortie des territoires habituels, des chasses gardées.

Tant mieux si cela a davantage à voir avec le vol tourbillonnant de la mouche, le chaotique, le brassage, le mélange...

## L'ART CONTEMPORAIN, RÉVÉLATEUR ET TRANSFORMATEUR DE L'HÔPITAL



La sixième séance du groupe de réflexion a conduit à nous intéresser aux modalités et aux effets de la présence de l'art contemporain dans les lieux hospitaliers. L'intervenant, Christian Ruby, a voulu démontrer en quoi l'art contemporain peut révéler les difficultés de l'institution hospitalière tout en ayant la capacité de participer activement de sa transformation. L'art contemporain est défini par le philosophe comme toute œuvre qui interroge les relations sociales entre les personnes, aujourd'hui. Son inclusion dans l'hôpital s'inscrit au croisement de crises, au sens de mises en question, qui caractérisent notre époque : crise des missions des institutions publiques, crise du statut d'un service public élargi, crise au niveau de la formation des citoyens (études longues), crise des pratiques culturelles. Ces éléments expliquent que nous nous posions la question de cette rencontre autrement que comme se la sont posée nos prédécesseurs.

Il y a une interrogation réciproque de l'hôpital et de l'art contemporain. À partir d'une critique du musée et d'une demande de délocalisation, les artistes contemporains cherchent à investir des lieux qui ne sont pas siglés « art » tout en prenant le risque de les transformer au final en lieux d'art. Du côté de l'hôpital, les personnes ne veulent plus être minorées. Le profil sociologique et le niveau général de formation ont considérablement augmenté les exigences culturelles de la population, en toutes circonstances. Aussi, si l'hôpital doit devenir un lieu d'art, l'art doit accepter d'être débattu en dehors de ses structures habituelles. Réciproquement, un non-lieu d'art comme l'hôpital ne peut accueillir des œuvres qu'en luttant contre ses habitudes. La liste d'œuvres qui sont installées dans les hôpitaux, égrenée par l'intervenant, tend à mon-

trer que ce n'est pas encore le cas. En effet, la plupart n'ont aucune visibilité et relèvent d'une confusion entre art et élément de décor. La question de l'art à l'hôpital prend son sens aujourd'hui par rapport à la confrontation tendue entre une génération très formée et dynamique et des institutions qui ont peu bougé.

Les participants du groupe ont fait remarquer que, bien souvent, lors d'expositions d'art contemporain organisées sur le site hospitalier, les publics intéressés étaient essentiellement composés de personnes extérieures à l'hôpital. Les patients et les personnels restant relativement indifférents à cette sollicitation. Les réactions, des patients en particulier, pouvant aller jusqu'à critiquer le décalage des missions : « Vous feriez mieux de soigner ». L'art apparaît dans ce dernier cas comme le révélateur, en creux, d'un dysfonctionnement de l'hôpital. Quant à son succès auprès de publics extérieurs, il faut accepter que l'art déborde les limites de ses conditions de production car il n'est jamais réductible aux objectifs qu'on lui a assignés. Cela étant, il est indispensable de se poser la question de la réception de l'œuvre d'art, en particulier par les patients. L'art contemporain se fonde sur la discussion qu'il suscite entre les gens et implique un accompagnement, si ce n'est une formation, du spectateur. Nous ne sommes plus dans un modèle de face-à-face avec l'œuvre mais, désormais, l'art contemporain nous oblige à nous pencher vers notre voisin.

## L'HÔPITAL RETOURNÉ PAR L'ART CONTEMPORAIN

*Christian RUBY, philosophe*



Cette expression-titre est à entendre en plusieurs sens : l'hôpital est retourné par l'art contemporain comme quelqu'un peut être « retourné » (bouleversé) par l'arrivée d'une nouvelle inattendue, et il est « retourné » (plus littéralement, comme un gant), c'est-à-dire révélé dans ses difficultés propres, exhibant en quelque sorte sa part secrète, du fait de l'art contemporain. Comme si, précisément, l'art contemporain persistait, exemplairement, à déployer, au milieu de situations très diverses, un pouvoir d'inquiéter ou de pousser à la transformation.

De surcroît, s'agissant de la culture à l'hôpital (c'est-à-dire de questions qu'on se pose à son sujet, à propos d'un lieu qui n'a pas de légitimité traditionnelle à dispenser de la culture) et, plus particulièrement, de la part de l'art contemporain dans cette culture envisageable, il convient de prendre l'affaire au sérieux d'une « crise » qui affecte probablement, beaucoup plus que le seul hôpital. Une crise qui affecte la société contemporaine entière. Quelle crise ? 1 – Celle du renouvellement des finalités des institutions publiques au terme d'une longue période de mutations ; 2 – celle du statut à accorder à un service public « élargi » dans le cadre du nouveau rapport social ; 3 – celle de la formation des individus et des citoyens dans ce contexte ; 4 – et, pour finir brièvement, celle des pratiques culturelles.

Cela dit, quelle est véritablement la question posée ? On énonce ceci : la culture doit ou doit-elle être introduite à l'hôpital, l'art contemporain dans l'espace public et/ou les lieux publics ? Mais, cet énoncé, ce n'est pas encore la question. C'est peut-être la question que nous croyons nous poser, mais ce n'est pas nécessairement la question qui est posée.

Car, la question, d'une certaine manière, serait plutôt à poser en aval : pourquoi donc nous demandons-nous si l'art (et l'art contemporain en particulier) doit être introduit dans l'hôpital? Ce qui présuppose qu'on ait constaté que l'art n'y avait pas sa place : ce qui est loin d'être établi. Ce qui présuppose encore qu'il doit y avoir sa place : ce qui n'est pas encore établi. Et cela présuppose enfin que l'art contemporain répond adéquatement à une certaine idée que l'on se fait de l'hôpital, ou de la culture à l'hôpital.

#### UN PROBLÈME RÉCIPROQUE

Afin de réfléchir au problème des rapports envisageables ou nécessaires entre l'hôpital et l'art contemporain, il faut l'attraper par un fil conducteur, disons par un commencement. À moins qu'on ne constate qu'il n'y a pas de commencement à cette question, parce qu'elle a déjà commencé depuis longtemps, à tel ou tel moment de l'histoire de l'hôpital. Et si tel est le cas, alors ce qui pourrait bien nous importer, c'est d'apprendre à nous la poser non pas sous la forme unilatérale habituelle : l'art va vers l'hôpital ou l'hôpital s'ouvre à l'art, chaque « autorité » se réjouissant alors d'avoir fait céder l'autre, mais de la poser sous la forme d'une confrontation réciproque : l'art et l'hôpital pourraient bien avoir à gagner tous les deux, moins à s'installer l'un dans l'autre, qu'à s'interroger l'un l'autre.

De ce fait, la question prend un aspect complexe (nullement négatif) : un aspect culturel (pourquoi avons-nous besoin d'organiser cette confrontation? qui se plaint de l'absence d'art dans l'hôpital?), un aspect politique (pourquoi des citoyens s'intéressent au service public, du point de vue des modes de vie?), un aspect étatique (pourquoi des programmes ministériels? quel intérêt y trouve le politique?), un aspect intellectuel (pourquoi ce choix de l'art? Et non les sciences à l'hôpital, ou...), un aspect sociologique (qu'est-ce que les malades sont prêts à recevoir?), etc.

Seul le dépouillement de ces questions nous permettra en fin de parcours de revenir sur une série d'objets de délibération plus techniques, mais plus courants aussi : quelles missions pour l'hôpital (après l'enfermement, la médicalisation), quelle place de l'art face à la division du

travail hospitalière, quelles œuvres choisir : fixes, installations, interventions, performances, éphémères, durables, etc. ?

#### UNE RÉCIPROCITÉ DE PROBLÈMES

Évitons du moins de simplifier les problèmes. Je ne veux interroger ni les artistes ni les directeurs d'hôpitaux séparément pour poser ces problèmes, car je veux entrer dans les problèmes des artistes et des directeurs d'hôpitaux simultanément. En effet, en les confrontant, je me suis rapidement aperçu que si les artistes contemporains pratiquaient la délocalisation (des œuvres, des mentalités, etc.), les hôpitaux s'inquiétaient de patients dont l'ennui ne pouvait plus être dissimulé ou ignoré (quand, de plus, cet ennui ne finissait pas par coûter cher). Les uns et les autres modifient donc leurs positions habituelles.

De ce fait, on peut dresser un parallèle, pas tout à fait inefficace, entre :

- D'un côté : un problème posé aux arts contemporains, celui de l'émiettement accru des lieux d'art. L'art contemporain, entre autres choses, ne cesse d'interroger les lieux de l'art, pour en déduire que l'art n'est pas voué « naturellement » à certains lieux, qu'on peut se battre pour requalifier des lieux, que si des lieux sont siglés comme tels, d'autres sont appelés ainsi sans en remplir la fonction, d'autres n'ont pas la fonction, mais servent à cela, etc.
- De l'autre : un problème posé aux hôpitaux, celui de l'hébergement de personnes qui ne souhaitent plus être minorées, qui veulent exister durant les séjours hospitaliers et pas seulement survivre; des personnes qui désormais bénéficient socialement d'une formation plus ample que jadis, d'une scolarisation qui les rend plus sensibles à certaines situations, d'une compétence intellectuelle et d'une information que le seul fait de regarder la télévision toute la journée ne satisfait pas systématiquement.

Conjuguons ces deux indications. Il en résulte une succession de dynamiques à examiner : un non-lieu d'art ne peut devenir un lieu d'art qu'en se battant contre des habitudes, un art qui ne connaît rien à des situations extérieures à l'art doit se battre contre lui-même, un hôpital qui se croit préservé des évolutions sociales et des mœurs est un lieu mort (pas « de » mort), un hôpital qui se croirait situé (protégé) en

déhors du champ de l'art devrait renoncer aussi à célébrer son architecture, un art qui ignorerait l'hôpital se séparerait de lui-même (puisque la médecine a été explorée par des œuvres : de Rembrandt à Louise Bourgeois et Patrick Raynaud).

#### UNE ÉPOQUE D'INVESTISSEMENT CULTUREL

Je crois, au demeurant, que ces questions que nous nous posons, ainsi que le type de réponse qui est élaboré, correspond à toute une série de difficultés qui traversent notre société. Parmi ces dernières difficultés, celle que constitue l'esthétisation des rapports sociaux, en cours sous nos yeux, n'est pas sans mériter un commentaire, même rapide.

Dans un ouvrage récent<sup>24</sup>, j'ai cru pouvoir analyser une partie des mœurs politiques contemporaines sous le titre de l'État esthétique. Entendons par là, prenant la relève de l'État providence, une forme politique qui déploie son autorité et son commandement sous le mode de la faveur accordée à des festivités, des manifestations à l'unisson, des exaltations des goûts et des arts, dans l'espoir d'obtenir par l'accroissement des festivals et des manœuvres esthétiques une contagion affective propre à masquer les diffractions sociales. Le développement de cet État esthétique mobilise un sens de l'unité de la collectivité à partir de cérémonies, de bals, de fêtes, qui font jouer les sensibilités, sur le mode de la « vibration », en les accordant momentanément, sans jamais confier aux citoyens des responsabilités politiques. L'État esthétique exalte une fiction de l'unité du corps social et politique sans accepter qu'une unité réelle se réalise dans des débats et au cours de prises de responsabilités qui risqueraient de le mettre en question.

Ce règne de l'esthétique (avec un « s », selon une expression proche de l'étymologie et qui désigne la sensibilité comme point d'appui de ces politiques) a pour objectif de fabriquer de l'émotion en lieu et place de la responsabilisation politique, ou de l'action des citoyens. Il renvoie à une instrumentalisation de la culture et des arts, parce qu'il instaure une certaine relation à des œuvres utilisées en public et surtout certaines relations entre les hommes en utilisant les œuvres d'art et de culture. Ainsi la culture et les arts sont-ils devenus les instruments privilégiés de l'organisation de la coexistence des citoyens, même si ce

n'est qu'une coexistence. Et en regardant autour de soi, chacun peut découvrir de nombreuses confirmations de l'existence de stratégies esthétiques et émotionnelles, ajustées, grâce auxquelles l'État fait fructifier les « passions » à son profit.

De toute façon, très généralement, l'État n'a jamais hésité à augmenter la puissance publique de fonctions esthétiques et esthétiques susceptibles d'alimenter un certain imaginaire de l'unité sociale : mais durant longtemps (par exemple la IIIe République), il s'est contenté d'utiliser des symboles, fêtes, cérémonies, exercices de mémoire, monuments, qui ont placé l'esthétique en posture d'enchanter les liens sociaux.

#### LA MUTATION DES INDIVIDUS

Mais, de nos jours, le rapport État-esthétique a changé de nature et de fonction. L'esthétique est devenue une norme de la coexistence sociale et politique. Ainsi, on redécouvre en tout cas que les institutions politiques ne se contentent pas de déployer des modes de gouvernement « rationnels ». Il leur arrive de provoquer des impressions vives, des affections singulières susceptibles d'inspirer des félicités sommaires et de vagues sympathies chez les citoyens.

Le rôle joué au cœur des relations sociales par les dispositifs d'esthétisation laisse transparaître quelques-unes des mutations actuelles des sociétés démocratiques. Sans aucun doute, ces nouvelles dispositions nous ramènent à la question d'un État esthétique, c'est-à-dire d'un État qui fait des relations sentimentales le ressort d'un contournement du politique. C'est un État qui organise la dérivation des activités civiques vers la morale ou la fête pour mieux se maintenir comme tel. C'est, en somme, un État mort parce qu'il se vide de la vigueur de l'exercice citoyen.

Dorénavant les activités individuelles se régulent à partir de contiguïtés culturelles. Ce mode de relation n'a plus à déployer uniment des critères universels. Il se contente de poser des règles momentanément communes (le temps) pour ceux qui pratiquent les mêmes activités. Une sorte de distribution très souple se dégage au sein de laquelle se confrontent sans cesse des engagements ponctuels qui décident des approbations, des soumissions à des exigences, des implications et

24. Christian Ruby  
*L'État esthétique, essai sur l'instrumentalisation de la culture et des arts*, Castells-Labor Paris-Bruxelles, 2000.

l'horizon maintenu d'un espace de cohabitation. Cette distribution divise et rassemble tout à la fois, dessine les linéaments des contrastes nouveaux d'une démocratie dont la tâche est réduite à organiser la coexistence des individus à partir du constat de la pluralité des visions du monde. Dont la tâche est donc essentiellement procédurale.

#### LA CULTURE ET LES ARTS

Cela dit, pour trouver que ces politiques sont acceptables, il faut se rallier aux discours et justifications des différents commentateurs ou décideurs, qui adoptent en ce sens une conception homogène de ce qu'ils accèdent comme la crise de l'époque. A leurs yeux, cette « crise » exprime une dilution des obligations, une perte du « sens commun », une dissolution des repères, une dislocation du « lien social ». Ils se refusent systématiquement à considérer que de nouvelles formes de vie politique s'engendrent dans le même temps. Dans leur perception de ce qui est mis en crise, ils négligent de porter leur attention sur les forces qui promeuvent de l'inédit. Ils se satisfont de statuer sur le présent à partir d'un couple préformé : universel (= bien) *versus* individualisme (= mal). En conséquence de cette manière pétrifiée de poser des problèmes sociaux et politiques, ils se démènent pour exiger la réhabilitation urgente de l'ancien « lien social » qu'ils estiment dissout au vu de quelques violences sociales mal interprétées ou d'incivilités multipliées. Certains aimeraient même que les pratiques religieuses reprennent de la vigueur puisqu'elles ont (ont eu) des vertus de liaison.

C'est sur cette base, et sans doute pas à tort, que des hommes politiques estiment indispensable de centrer leurs stratégies réformatrices sur un domaine artistique qui dispose de quelques qualités. De ces qualités en tout cas aucun d'entre eux ne doute :

- l'aura des arts est reconnue par tous depuis longtemps;
- les arts proposent une pléthore de sous-traitants à exploiter. L'accentuation de la division du travail augmente le nombre de personnes susceptibles de faire fonctionner le champ artistique et de développer son impact sur la cité;
- les arts peuvent fabriquer du sentiment;

- ils ont même une capacité à produire du multiple qui rassemble;
- la diversité des pratiques artistiques s'associe à l'augmentation du nombre des œuvres pour offrir des points d'ancrages à une infinité de projets. Les pratiques peuvent s'établir comme modèles de référence, notamment à partir du constat d'une coexistence intrinsèque entre œuvres-auteurs-spectateurs.

En cela, faut-il vraiment s'étonner de voir ce champ généralement mis en avant pour contribuer à la vitalité de la coexistence ?

Mais aussi, comment rester indifférent à son assignation à une fonction politique et, permettons-nous d'abord cette expression, à une « instrumentalisation » ? De toute façon, ce gouvernement des relations sociales par l'intermédiaire de la culture et des arts n'éclaire que de biais les productions esthétiques, culturelles et artistiques elles-mêmes. L'investigation de ces stratégies renouvelle presque uniquement la compréhension qu'il convient d'avoir des problèmes de l'État moderne sécularisé et de l'utilisation d'une fantasmagorie esthétique dans une politique qui prétend agir sur les diffractions sociales.

#### LES HYPOTHÈSES DE TRAVAIL

Il reste que, sous la condition de cet arrière-fond du débat, nous pouvons revenir au problème posé d'une réciprocité de questionnement entre les arts contemporains et les hôpitaux. Mais prenons ce point, cette fois, du côté de la solution. Quelle réponse proposer et au nom de quoi ?

Je repère six hypothèses positives, quant à la relation envisageable ou nécessaire de l'hôpital et de l'art contemporain, si je laisse de côté l'hypothèse négative d'un refus de cette relation (hypothèse qui existe, et dont il faudrait dépouiller les arguments) :

1. L'hypothèse cynique : l'art à l'hôpital ? Pourquoi pas ? Mais, alors, transformons l'hôpital en grande boîte dans laquelle tout peut entrer, de façon indifférenciée, l'art autant qu'autre chose. L'hébergement devient « hôtellerie » de luxe. Mais on aboutit à deux conséquences : l'art n'a pas de place précise, il est là, déposé, sans fonction particulière (au mieux décoratif). L'art est annulé. Je signale toutefois que l'hôpital, deuxième conséquence, est aussi annulé, car lorsque « tout » est intro-

duit dans l'hôpital, les patients n'ont plus envie d'en sortir (et l'hôpital ne remplit pas plus sa fonction).

2. L'hypothèse pragmatique et humaniste : elle a une double forme, celle selon laquelle : si tout le monde est heureux à l'hôpital et si tout le monde peut se rencontrer, grâce à l'art, alors les guérisons en seront accélérés; et celle, un peu mondaine, du : donnons des couleurs à l'hôpital...

3. L'hypothèse « Hans Jonas » (en référence au philosophe) : il faut encourager la rénovation de l'hôpital par les arts, mais il s'agit moins ici du lieu, que du personnel et des patients. Cette hypothèse consiste à affirmer ceci : si actuellement l'hôpital concentre des patients terrorisés et un personnel acculturé par fait de division du travail, alors la fonction de l'art pourrait être de favoriser la recomposition de l'humain ou d'une humanité moins fermée.

4. L'hypothèse sociologique : elle soutient la décision à partir de l'idée d'une maîtrise nécessaire des attitudes du public dans les lieux ouverts au public, et l'idée selon laquelle les arts peuvent remplir une fonction éducative.

5. L'hypothèse politique générale, via l'« État esthétique » : elle consiste à affirmer que, devant des diffractions sociales existantes mais plus ou moins incontrôlables, autant jouer de la carte des arts, pour autant que ceux-ci permettent de « fabriquer » du « sens commun » : on veut de l'art, afin de produire du consensus, du rassemblement, afin d'éradiquer l'ennui dans lequel les violences resurgissent...

6. L'hypothèse culturelle : elle consiste à chercher à réaliser dans tout lieu possible l'idéal d'une humanité cultivée. Chacun a droit d'accès à la culture et à la formation, l'État doit s'en charger. Tous les lieux d'État doivent remplir toutes les fonctions à la fois en hiérarchisant simplement les niveaux.

Existe-t-il d'autres hypothèses encore ? Sans doute. Peut-être est-il bon d'en évoquer une : celle qui consiste à affirmer que les pratiques de l'art contemporain permettraient de soumettre l'hôpital à une série d'interrogations salutaires, portant sur les rapports entre les médecins et les patients, les membres du personnel et ces mêmes patients, bref les hiérarchies dans le cadre des hôpitaux.

## COMMENT FAIRE LE JEU DE L'ART ?

Relativement à ces quelques éléments, l'évocation de la décision de soutenir le rapprochement de l'art et de la structure hospitalière doit encore tenir compte d'une tâche indispensable à l'égard des formes artistiques et esthétiques dites « d'art contemporain ». Il convient d'entrer dans une série de discussions plus techniques portant au moins, selon une correspondance à régler, sur les points suivants :

- le statut de l'espace culturel (mental) réservé à cette pratique de l'art au sein d'un espace hospitalier;
- le statut non moins essentiel de l'espace physique consacré à ces formes au sein des volumes architecturaux d'un hôpital;
- la responsabilité des intermédiaires qui se placent à la source de l'initiative;
- le système et les critères qui président au choix des œuvres à donner à voir ou à écouter;
- les œuvres elles-mêmes et leur réception par un type spécifique de « public » qui peut, selon les cas, ne manifester aucun désir d'approche ou se révéler en fin de parcours mécontent;
- les « techniques » pédagogiques distinguées afin de favoriser l'appropriation des œuvres.

En l'absence d'une réflexion sur ces tâches, l'œuvre d'art sera tout simplement reléguée, réifiée. De toute manière, dans ce rapport, c'est l'hôpital qui « gouverne », et par conséquent l'hôpital risque toujours de soumettre l'art à sa propre rationalisation (« cette œuvre gêne ! », etc.). Ceci, nonobstant le fait que l'œuvre peut résister... mais c'est un autre problème.

Concluons d'un mot. L'intérêt de la question posée, portant sur les rapports de l'art contemporain et de l'hôpital, est certes pratique, et on voit fort bien comment l'art contemporain peut interroger l'hôpital. Mais il est aussi théorique, puisqu'il nous permet d'interroger l'ensemble de notre société sur ses composantes, ses dynamiques, et ses perspectives.

## EXTRAITS DU DÉBAT



La question de l'œuvre à l'hôpital est commentée à travers le statut de l'œuvre contemporaine, les réactions que celle-ci provoque, et deux démarches artistiques.

L'œuvre d'art contemporain a cette singularité de susciter un « débordement » hors du cadre de l'œuvre. « Débordement » qui tient autant à la nature de l'œuvre qu'au statut du spectateur.

Le statut du spectateur tel qu'il s'invente (seulement) à partir du xviii<sup>e</sup> siècle avec Diderot en France, et Kant en Allemagne définit la singularité du regard sur l'œuvre, regard distinct de celui porté sur la nature (qui en réfère au savant) ou sur le politique (qui en réfère à la citoyenneté); dans ce premier temps de la constitution du spectateur moderne, l'intention artistique donnée à l'œuvre pose le problème du face-à-face avec celle-ci.

Puis l'art moderne, au xx<sup>e</sup> siècle, se met à jouer de la position du spectateur dans ce face-à-face, loin de la perspective classique qui fonctionne comme la possibilité d'une fenêtre ouverte sur la nature, ou sur l'idée d'une vérité cachée.

L'art contemporain marque le troisième moment dans la constitution du spectateur : l'œuvre d'art ne se contente pas de jouer d'un face-à-face, elle ne nous oblige plus à rester sur nous-mêmes dans un rapport qui annule l'extérieur, mais au contraire nous oblige à nous tourner vers notre voisin.

Les échanges que peuvent susciter les œuvres, pour passionnants qu'ils soient, révèlent aussi souvent les difficultés de leur mise en œuvre.

Certaines interventions autour de l'œuvre s'organisent parfois dans l'indifférence de la part des personnels et/ou des malades; d'autres provoquent par réaction la fermeture des institutions hospitalières alors que les organisateurs cherchaient au contraire à ouvrir de nouveaux horizons.

C'est pourquoi ces échanges, qui mettent en jeu des compétences diverses, sont à prendre en compte dans leur dimension globale. Introduite à l'hôpital, l'œuvre devient autre : comment va-t-elle jouer sur l'ensemble des relations que les personnes à l'intérieur de l'hôpital entretiennent entre elles?

Un exemple fourni par une intervenante donne matière à réflexion collective : une patiente, sortant de clinique à l'occasion d'un vernissage dans le hall de l'établissement, avait fustigé le temps (et l'argent) consacré à l'art, comme autant de temps (et d'argent) qui n'irait pas au soin... Ce genre de réaction, à la fois épidermique et banale, montre que tout un travail d'explication est à accomplir. Prendre le temps et les moyens d'informer l'ensemble des publics hospitaliers est absolument nécessaire, sous peine que soient confondues dans la même logique les sphères de l'art et du soin.

Ce n'est pas seulement le problème de telle ou telle exposition, remarque une intervenante : si l'explication n'est pas fournie, c'est bien sous la forme d'une mise en concurrence, dans leur hétérogénéité, que sont perçues des démarches culturelles innovantes.

Et les patients (qui ne sont plus dans les mêmes dispositions culturelles qu'il y a vingt ou trente ans), sont-ils mieux à même de saisir les enjeux artistiques? Sont-ils conscients que des actions ou des œuvres peuvent participer de leur mieux-être?

Entre le centre d'art contemporain de Lacoux, petit village de l'Ain, et l'hôpital de Mangini, à Hauteville, tout un ensemble d'actions artistiques – dont un colloque, et plusieurs expositions – s'est mis en place dans le cadre d'un jumelage. Des artistes français et suisses, invités à Lacoux, interviennent à Mangini.

Un sculpteur vient donner des cours de modelage à des gens ayant subi des traumatismes crâniens. Cet atelier ne relève pas de l'art-thérapie, mais plutôt d'une possibilité d'expression forte – modeler l'argile – vis-à-vis d'une pathologie précise. Les patients ont ensuite exposé leurs travaux, dans une salle avoisinante du restaurant, si bien qu'un public nombreux – familles, patients, soignants – ont pu découvrir la genèse des œuvres, photographies à l'appui.

Plusieurs autres idées sont en train de mûrir à Mangini, dont celle de la création d'un ciné-club. Un cinéma qui renaîtrait de ses cendres, dans un lieu où l'un des frères Lumière, Auguste, a longtemps été administrateur.

Du matériel de projection d'origine a d'ailleurs été conservé, et il est régulièrement exposé. Des inédits des Lumière ont également été retrouvés sur place.

A Mangini, le personnel hospitalier est très sensible au travail artistique mené tout au long de l'année. La volonté a toujours été forte de mettre le patient au centre de l'action.

Une autre expérience, très particulière, est évoquée : celle que relate le docteur Véronique Vasseur, médecin-chef de la prison de la Santé, dans un livre paru récemment. Lorsqu'elle évoque la vie quotidienne et les services de soin, dans des termes qui n'échappent rien de la dureté des conditions d'hébergement des détenus, elle souligne avec un certain étonnement que la culture est bien accueillie en milieu carcéral. Elle remarque que des auteurs qui ne passent pas forcément pour être faciles d'accès concentrent l'attention des détenus : « personne ne souffre pendant une heure », dit-elle en substance, ce qui dans l'univers carcéral qu'elle décrit – à peine capable de remplir ses missions de soin – est déjà une petite victoire.



## PUBLICATION CULTURE ET HÔPITAL

### COORDINATION DE LA PUBLICATION ET RÉDACTION DES SYNTHÈSES :

Carine Delanoë-Vieux

### RÉDACTION DES EXTRAITS DU DÉBAT :

Françoise Kayser

### SECRÉTARIAT DE RÉDACTION :

Hervé Rouillet

## GRUPE DE RÉFLEXION RHÔNE-ALPES « CULTURE ET HÔPITAL »

### PARTICIPANTS :

Régis Condon, hôpital de Tullins

Angela Di Gravio, DRASS Rhône-Alpes

Jean-Paul Dumas, hôpital de Roanne

Claude Garoscio, retraité des HCL

Heidi Giovacchini, clinique Monplaisir

Jean-Paul Gonon, CRRF Mangini

Camille André Laudinet, CMU Daniel Douady

Charles Locca, hôpital de Saint Bonnet le Château

Marina Maire, Centre hospitalier de Villefranche sur Saône

Paul Monot, Centre hospitalier Saint Jean de Dieu

Alain Mor, CRRF Les Baumes

Guy Sansano, Établissements de santé du Plateau d'Assy

**INTERVENANTS :**

Jacques Bonniel, sociologue

Joseph Josy Lévy, anthropologue

Jacques Poisat, économiste

Michel Rautenberg, ethnologue

Gilles Herreros, sociologue

Christian Ruby, philosophe

Patrice Marie, chef du département développement et évaluation,  
ministère de la Culture

**RÉFÉRENTS :**

Benoît Guillemont : DRAC Rhône-Alpes

Patrick Vandenberg : ARH Rhône-Alpes

Jean-Paul Ségade : directeur du Centre hospitalier Le Vinatier

Carine Delanoë-Vieux : conception et coordination, la Ferme du  
Vinatier

Cette publication est réalisée par le Centre hospitalier Le Vinatier (la Ferme du Vinatier) sous la tutelle de la Direction régionale des affaires culturelles et de l'Agence régionale de l'hospitalisation de Rhône-Alpes.

**ACHEVÉ D'IMPRIMER EN JUIN 2001 PAR MACON IMPRIMERIE.**