

RFAS

Revue française des affaires sociales

Appel à contribution pluridisciplinaire sur :

**Ce que l'art et la culture font aux organisations de santé
Dialogue fertile et expériences troublantes**

pour le deuxième numéro de 2024 de la RFAS.

Le dossier sera coordonné par Carine Delanoë-Vieux (ACCRA, UR3402, Université de Strasbourg), Françoise Liot (Centre Émile Durkheim, université de Bordeaux) et Sidonie Han (Iret, université Paris-3)

L'interdisciplinarité constitue une dimension centrale de ce dossier qui mobilisera des approches s'inscrivant dans plusieurs champs disciplinaires : sociologie, anthropologie, sciences de l'information et de la communication, sciences de gestion et du management, histoire, droit, art, design, philosophie, sciences médicales et paramédicales, sciences politiques.

Les propositions sont attendues pour le lundi 3 juillet 2023.

Les auteurs.trice.s intéressé.e.s sont invité.e.s à envoyer une brève note d'intention (entre 10 lignes et une page maximum) indiquant le titre provisoire de leur article, le terrain mobilisé, la problématique envisagée et une bibliographie indicative, sous format word.

Les articles seront attendus avant le lundi 16 octobre 2023.

La présence artistique dans les établissements de santé est régulière et ancienne et fait pourtant l'objet de très peu d'analyses. Convoquée à l'origine pour divertir les patients, pour les occuper ou pour les calmer, la présence artistique s'est enrichie, au fil du temps, de formes et de significations très différentes. Plusieurs éléments donnent à comprendre le développement de ces actions. Tout d'abord, le domaine de la psychiatrie a investi dès le XIX^e siècle ce secteur. La figure romantique de l'artiste incompris a sans doute contribué à connecter la maladie mentale (et la marginalité qu'elle incarne) à la créativité (Prinzhorn,

1984). Mais surtout, l'approche psychanalytique s'est saisie des possibilités offertes par l'expression non verbale que l'art a pu représenter. Elle a ainsi intégré les outils artistiques à une démarche thérapeutique (Brousta, 1996, Archambeau, 2010). Les changements dans la prise en charge des patients à partir des années 1970, et notamment l'approche par la psychothérapie institutionnelle, ont conduit à favoriser la prise en compte de leur environnement physique et social (Nardin, 2009). Il s'agit d'interroger l'isolement des malades et la désocialisation induite par la maladie mais aussi la stigmatisation dont les malades sont l'objet (Goffman, 1975 ; Jeanson, 1987). Plus généralement, la présence artistique va se renforcer à mesure que se développe la nécessité d'une prise en charge des personnes qui ne soit pas seulement technique et ciblée sur la maladie ou l'organe malade mais qui prenne en compte également l'individu dans le respect de ses croyances, de ses valeurs et de ses droits en tant que citoyen¹ (Bergeron, Castel, 2018). Dans ce contexte, les projets artistiques sont convoqués pour leur capacité à tenir compte de la singularité des personnes et à valoriser l'imaginaire qui permet de se projeter au-delà de la maladie. En appelant à se focaliser sur les capacités de chacun et non plus sur les manques et les handicaps, la pratique artistique retravaille les identités altérées par l'assignation à un statut de malade, de personne âgée ou handicapée (Goffman, 1968). Selon la nature des projets, c'est aussi l'inscription dans la cité qui est travaillée à travers les projets artistiques. Ceux-ci proposent aux personnes de faire entendre leur voix, de donner à voir une part d'elles-mêmes et, à partir de leur expérience, de se rattacher à des questions sociales et non plus spécifiquement médicale.

Dans cette rencontre entre art et établissement de santé, une étape importante est franchie par la mise en place d'un dispositif interministériel qui voit le jour à la fin des années 1990. Une convention interministérielle « Culture à l'hôpital » est signée en 1999². Celle-ci préconise des jumelages entre établissements de santé et structures culturelles. Elle induit une professionnalisation des actions et un croisement des questionnements entre secteur culturel et secteur de la santé. Ainsi, c'est une nouvelle modalité de projet qui voit le jour et qui se distingue de l'art-thérapie et d'une manière générale d'une centration sur des questions spécifiquement médicales et curatives (Liot, Langeard, Montero, 2020). Les textes insistent en effet sur les problématiques historiques portées par le ministère de la Culture que sont la professionnalisation des artistes et l'accès à l'art. En effet, du côté du ministère de la Culture, le développement de l'interministérialité est une évolution des politiques culturelles qui tend à articuler élargissement des publics (démocratisation de la culture) et prise en compte des expressions de chacun (démocratie culturelle)³. La convention est renouvelée en 2010 sous l'intitulé « Culture et Santé » et s'élargit au médico-social en lien avec la réforme du système

¹ Ces transformations font l'objet d'un long processus « d'humanisation » de l'hôpital (Nardin, 2009) dont les premiers éléments rentrent dans la loi dans le courant des années 1970. Ainsi, la notion de droit du malade voit le jour par le décret du 14 janvier 1974, elle sera réaffirmée dans la loi du 31 juillet 1991 et la loi du 4 mars 2002.

² Convention « Culture à l'Hôpital » entre le ministère de la Culture et de la Communication et le secrétariat d'État à la Santé et à l'Action sociale, 4 mai 1999.

³ La convention Culture à l'hôpital s'inscrit dans un mouvement d'élargissement des modes d'intervention du ministère de la culture pour que la culture prenne place dans de nombreux domaines de l'action publique : l'école, la justice, la politique de la ville, etc. Cette politique trouve son origine dans la planification culturelle des années 1960-1970 mais s'accroît avec le ministère de J. Lang dans les années 1980-1990. (Urfalino, 1996 ; Dubois, 1999 ; Blondel, 2001).

de santé de 2009⁴. Les conventions conduisent à des déclinaisons territoriales sous forme de conventions DRAC-ARS auxquels viennent parfois s'adjoindre les Régions. Elles donnent lieu à des appels à projet qui conduisent à structurer l'action dans de nombreux établissements amenés à nommer notamment des référents culturels et à inscrire l'action culturelle dans les projets d'établissement. De ce point de vue, elle contribue à ancrer la dimension artistique et culturelle dans une stratégie d'établissement. Celle-ci prend part, en interne, à la nécessité grandissante d'une part de mieux prendre soin des patients mais, d'autre part, et plus récemment, de prendre soin aussi des personnels de santé qui connaissent de fortes tensions dans leur travail et parfois un désengagement. L'art participe alors à une remobilisation du personnel de santé voire à une re-éthicalisation du métier (Liot, Langeard, Montero, 2020). Mais les projets artistiques relèvent aussi d'une relation de l'établissement à son environnement, ils prennent place dans des enjeux d'image et de communication dans un contexte où les établissements sont de plus en plus questionnés sur leur fonctionnement et sur la qualité de leurs prestations.

Ces conventions interministérielles ne circonscrivent pas l'ensemble des projets artistiques en établissements de santé qui s'épanouissent également en dehors de ce cadre. À titre d'exemple, nous observons récemment le développement de nouvelles formes d'interventions artistiques et culturelles en santé qui relèvent du secteur et des compétences du design. Nous nous intéressons dans ce contexte au design social, c'est-à-dire « une forme diffuse du design qui travaille, avant tout, aux conditions d'émergence de création collective, déployant là une discipline spécifique. Dans cette perspective, le designer, n'est plus le garant de la forme finale de l'artefact, mais le garant des conditions d'émergence de ces créations collectives. » (Royer, 2020). L'émergence du design à l'hôpital et dans les structures médico-sociales s'inscrit dans la continuité du déplacement de ses préoccupations des secteurs industriels, marchands et du luxe vers les services publics et les enjeux de justice sociale et d'écologie. La question de la responsabilité du designer face aux défis de la planète et de la société n'est pas nouvelle. Elle a été soulevée notamment par William Morris, le Bauhaus, Victor Papanek et théorisée ces dernières années par le chercheur en design Alain Findeli. Mais elle est requestionnée et revivifiée par chaque génération de designers cherchant à mettre leurs talents au service de l'habitabilité du monde pour les plus vulnérables. La santé et l'écologie sont deux grands sujets contemporains investis par le design dont les méthodes se trouvent être congruentes avec les besoins de collaboration, de gestion de la complexité et de créativité qu'ils requièrent. Pour Alain Findeli, « toute pratique se réclamant du design est nécessairement sociale, en ce sens qu'un de ses problèmes fondamentaux consiste à mettre en œuvre une anthropologie sociale et philosophique de l'appréciation de la vie ordinaire dans le monde, c'est-à-dire de la vie en compagnie des objets, des lieux, des services, des institutions et des organisations. » (Findeli, Proulx, Vial, 2014). Cependant, l'implantation du design dans l'écosystème de santé est également portée par un discours relatif à l'innovation managériale et des politiques publiques. À l'évidence, repenser le monde qui nous entoure à l'aune de l'esthétique, de l'éthique environnementale et sociale et des usages, implique de modifier assez radicalement les modèles et pratiques managériales et institutionnels qui prévalent encore aujourd'hui. La Fabrique de l'hospitalité au HUS de Strasbourg a posé les fondements de cette démarche depuis 2010 en mobilisant les méthodes de conception et de participation issues du design, afin d'améliorer le temps et l'espace vécus de l'hôpital par les usagers et les professionnels.

⁴ Convention « Culture et Sante » entre le ministère de la Santé et des Sports et le ministère de la Culture et de la Communication, 6 mai 2009.

Autre laboratoire d'innovation culturelle par le design intégré à l'hôpital, le lab-ah, créée en 2016 au GHU Paris psychiatrie & neurosciences, poursuit l'ambition d'accompagner les équipes hospitalières en associant les usagers à améliorer la qualité d'hospitalité. Il mobilise également les concepts, les méthodes et les outils du design tout en les hybridant avec ceux du développement culturel. Ces deux laboratoires emblématiques d'une nouvelle modalité d'expérimentation des transformations de l'hôpital sont héritiers du programme Culture et Santé et portent une exigence esthétique par le métissage des acteurs et des compétences de soins et de création. D'autres initiatives se saisissant du design fleurissent actuellement dans plusieurs hôpitaux et se structurent dans un réseau national du design hospitalier⁵. Elles sont issues d'une diversité de généalogies mais ont en commun d'intégrer les compétences du design dans des stratégies d'innovation sociale. Cet appel à contribution appréhende le design comme l'art en tant que parties prenantes des politiques culturelles et institutionnelles des établissements.

Dans ce contexte, ce dossier entend interroger plus précisément ces projets artistiques et culturels lorsqu'ils sont portés par des professionnels (artistes, designers, etc.). Il s'agit de comprendre comment ces pratiques redéfinissent le travail du soin, travaillent la définition de la maladie et viennent questionner les organisations des établissements sanitaires et médico-sociaux. Ainsi, le présent appel s'intéresse aux rapports entre art et santé au niveau organisationnel, et n'entend pas couvrir le champ par ailleurs très riche du soin individualisé par l'art ou des pratiques diverses et nombreuses de thérapies artistiques.

Les propositions attendues pourront se demander comment ces projets se sont-ils inscrits durablement et déployés dans les politiques publiques et les organisations de santé ? Qu'ont-ils transformé et quels changements sociétaux et culturels ont-ils accompagné dans les milieux de soins ? Quels sont les processus de création et de conception en jeu dans ces projets et comment éclairent-ils la culture du prendre soin des organisations de santé ? Comment comprendre et partager les effets de ces projets sur les organisations, le jeu des interactions et la santé des usagers ?

Axe 1 : Inscription et déploiement du projet culturel dans les politiques publiques et dans les organisations de santé

Quelles politiques publiques et quels financements ?

La présence artistique dans les établissements de santé est très souvent soutenue aujourd'hui par des collectivités publiques qui proposent des appels à projets pour favoriser l'intervention d'artistes à l'Hôpital, dans les Ephaad ou dans tout autre établissement médico-social (Instituts médico-éducatifs, Instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques, Centres de soins et d'éducation spécialisé etc.). Les communications dans cet axe pourront interroger le sens que les collectivités publiques donnent à ces projets : qu'en attendent-ils ? Comment les évaluent-ils ? Ces modalités de financement public relèvent pour une part d'une déclinaison territoriale de la convention nationale « Culture et Santé » par les services déconcentrés de l'État mais elles s'inscrivent aussi dans les politiques départementales (pour les établissements dont les

⁵ Ce tout jeune réseau s'est constitué en 2023 à l'initiative du CHU de Montpellier avec l'AP-HP, le GHU Paris psychiatrie & neurosciences, les HUS de Strasbourg, le CHU de Bordeaux, le CHU de Nantes, l'EPSM du Mans, le CHU d'Angers, le CHU de Nîmes... et accueille de nouveaux membres progressivement.

départements ont la tutelle) ou parfois dans des politiques communales ou intercommunales quand les projets concernent des établissements culturels municipaux ou des lieux de coordination de soin agissant à cette échelle territoriale (comme les CCAS par exemple), (Liot, Montero, 2019). Dans tous les cas, ces politiques relèvent de nouvelles modalités d'action publique intersectorielles, partenariales et multiscalaires. Celles-ci, dans le cadre de la décentralisation, conduisent les collectivités à revendiquer de moins agir « en silo » et à développer au contraire des croisements entre les différents champs d'intervention publique (Gaudin 1999 ; Nay, Smith, 2002). Aux côtés des dispositifs favorisant l'émergence des projets artistiques, des appels à projets promouvant spécifiquement les approches du design dans les établissements de santé voient le jour récemment. L'appel à projet de la CNSA « Handicap et perte d'autonomie : innovation sociale par le design » fait figure de pionnier en la matière depuis 2018 (Burgade, 2021).

Comment ces politiques partenariales se développent-elles sur les territoires et dans les institutions, avec quel mode d'organisation, quels apports et quelles tensions dans le croisement entre santé et culture ? Comment ces politiques font-elles émerger de nouveaux acteurs (intervenants artistiques, référents culturels, médiateurs etc.) et comment ceux-ci sont-ils associés à la mise en place de ces politiques transversales. Plus généralement, quelle place ces politiques donnent-elles à la co-construction avec les acteurs des secteurs concernés ?

Dans leur financement, ces projets combinent souvent apport public et privé. Comment ces financements se complètent-ils, s'articulent-ils ? Quelle place le mécénat occupe-t-il dans ces projets ? Comment les bénéficiaires s'approprient-ils les exigences multiples de ces partenaires ? Quelles incidences ces modes de financement et ces dispositifs ont-ils en retour sur les projets et les acteurs ?

Le regard porté sur la situation française n'est pas exclusif et il sera intéressant aussi de voir comment d'autres contextes nationaux favorisent l'éclosion et le développement de ces projets. Comment articulent-ils financement public et privé ? Quelle place occupent les collectivités locales dans le développement de ces projets ? Comment participent-ils à des (re)définitions des modes d'intervention dans le secteur de la santé et de la culture ?

Les projets européens peuvent aussi apporter un éclairage intéressant à ce dossier. Les financements dans ce cadre impliquent souvent une transversalité. Quel sens est donné aux projets à cette échelle, avec quelle conception de la santé et de la culture ? Quelle est la méthodologie proposée et quelle incidence a-t-elle sur les projets ?

Quelle place dans les organisations ?

La dimension créatrice s'inscrit aujourd'hui dans les projets d'établissement de santé. Comment se noue-t-elle aux autres objectifs des établissements, à la qualité de l'accueil et de la prise en charge, aux enjeux d'innovation, d'ouverture sur la cité et de partenariat ? Quelle place les projets culturels occupent-ils dans les *process* qui traversent aujourd'hui les établissements ? Sont-ils intégrés par exemple aux démarches qualité ? Comment sont-ils valorisés et évalués ?

Plus spécifiquement, il s'agit d'observer l'organisation des projets et leur gouvernance. A quels services se rattachent-ils ? Les services de communication portent souvent ces projets dans les structures hospitalières de grande taille dans la mesure où ils renvoient à des questions d'image

et de visibilité. Mais ils sont aussi souvent chapeautés par les directions des établissements car ils comportent une dimension transversale et des enjeux de management stratégique qui justifient cette position. Ainsi, la dimension artistique participe-t-elle à de nouvelles formes de management dans les établissements. Elle s'inscrit dans des organisations marquées par des cloisonnements et des hiérarchisations fortes que les projets culturels tendent à déconstruire (Herreros, Milly, 2011). En effet, ces derniers offrent une possibilité d'action en dehors des cadres statutaires habituels et, pour cette raison, ils génèrent de nouvelles formes de relation entre les personnels des établissements de santé. Comment les projets sont-ils pilotés ? Existe-t-il des commissions, des comités de pilotage ? Quels types de personnels s'en emparent dans les structures ? Comment ces projets sont-ils mis en partage ou au contraire isolés dans un service ou un pôle ?

Les projets artistiques et culturels relèvent pour une part de moyens internes aux structures et s'appuient sur des personnels dédiés (travailleurs sociaux, thérapeutes, référents culturels...) qui organisent eux-mêmes les activités et/ou qui construisent les conditions pour qu'interviennent des professionnels extérieurs aux établissements, notamment des artistes. Comment ces partenariats se construisent-ils ? Comment les professionnels collaborent-ils ? Qu'est-ce que ces collaborations engendrent comme déplacement des pratiques professionnelles ? Les projets culturels interrogent les normes des établissements de santé et posent parfois des problèmes d'hygiène, de sécurité. Ils soulèvent éventuellement des questions juridiques et peuvent générer des tensions et des conflits d'usages.

Enfin, les projets artistiques impliquent de nouvelles compétences voire même de nouveaux métiers dans les établissements de santé. Ceux-ci prennent place à la marge du monde professionnel de la santé. Comment ces nouveaux métiers ou ces nouvelles compétences sont-ils reconnus ? Quels rapports entretiennent-ils avec les métiers traditionnels au cœur de l'activité des établissements de santé ?

Axe 2 – Analyse des processus et des expériences de création en contexte sanitaire et médico-social

Les politiques culturelles dans les établissements hospitaliers ont invité les artistes, les acteurs culturels et les concepteurs à des formes d'intervention variées : valorisation patrimoniale, diffusion artistique dans le respect du droit constitutionnel à l'égalité d'accès aux œuvres de la culture ; pratiques artistiques le plus souvent dans un format d'ateliers participatifs ; résidences artistiques ; cocréation collaborative. Le design s'appréhende également dans ce contexte comme le dernier né des formes prises par les politiques culturelles des établissements dès lors que celles-ci désignent les processus selon lesquels se transforment le milieu et les usages d'une communauté donnée. Il articule ses modes opératoires avec ceux de l'action culturelle et de l'art à travers l'esthétique des formes produites tout en éclairant d'un jour nouveau la question des usages au cœur de la création.

Parmi ce foisonnement d'initiatives, cet appel à contribution privilégie les expériences participant de ce que nous appelons une instauration artistique. Selon le philosophe René Passeron (Passeron, 1985), l'instauration artistique désigne dans un même mouvement les processus de création/conception d'une œuvre nouvelle advenant au monde et la manière dont ils sont générateurs de troubles, d'interrogation et de déplacements dans le milieu social, culturel et organisationnel qui l'accueille, en l'occurrence les établissements de santé et

médico-sociaux. L'instauration artistique est un concept fondateur de la poïétique et désigne à la fois le processus de création et le cadre d'analyse des expériences pour en saisir les multiples mouvements en elles-mêmes et avec son environnement.

Les expériences susceptibles de faire l'objet de cette double analyse sont généralement contextualisées, in situ, participatives et problématisées. Elles suscitent ou tout au moins mettent à jour des écarts et des paradoxes dans les représentations, les ressentis, les relations et les pratiques auxquels sont assignées, par les normes ou par les habitudes, les parties-prenantes, c'est-à-dire les usagers et les professionnels. Cette approche épistémologique issue de la poïétique pour laquelle « c'est l'exécution du poème qui est le poème » (Paul Valéry, 1937) permet de mobiliser les techniques de toute discipline humaine et sociale disponible pour établir les faits et constituer des descriptions et des analyses. Il s'agit d'analyser pour chaque expérience dans la mesure du possible les conditions de la commande, les dispositifs de traduction et de médiation mobilisés, les processus de conception/création, les conditions de réception et d'appropriation de l'œuvre par les acteurs.

Dans cette perspective, les autrices et auteurs sont invités à décrire et analyser les conduites créatrices, les opérations poïétiques et les modalités opératoires des expériences proposées. Ces dernières peuvent relever des champs du patrimoine, de l'art et/ou du design, démarches constitutives de l'action culturelle. Les conduites créatrices sont des interventions engageant son ou ses créateurs, en vue d'élaborer un objet ou de générer une expérience unique dans le champ du sensible et de l'esthétique. Elles rendent compte des stratégies adoptées par les créateurs/concepteurs. Les opérations poïétiques désignent ce que l'action fait éprouver aux personnes destinataires de l'œuvre et impliquée dans sa conception par la perception de l'objet, du milieu ou de l'expérience. Et en quoi ces éprouvés transforment les états émotionnels, les niveaux de conscience et parfois les pratiques des personnes. Elles se situent du point de vue des usagers, patients et professionnels et s'intéressent à la transformation de leur relation. Les modalités opératoires enfin relèvent des méthodologies d'intervention des acteurs artistiques, culturels et de médiation dans le système organisationnel de l'établissement de santé. Elles concernent les stratégies portées par l'opérateur culturel et institutionnel. L'appel à contribution s'intéresse donc aux interventions artistiques dans toutes leur diversité et quelle que soit la discipline dès lors qu'elles relèvent des politiques culturelles. Elles peuvent rendre compte de démarches patrimoniales et d'anamnèse, d'expériences esthétiques et de restauration du sensible ou d'intervention en design pour la conception collaborative du milieu de soin.

Patrimoine et anamnèse

L'une des conduites créatrices les plus anciennes dans le champ de la culture à l'hôpital relève de l'intérêt des professionnels de la santé pour l'Histoire, la mémoire et le patrimoine. Ainsi, nombre de musées se sont implantés dans les bâtiments historiques des hôpitaux, hôtel-Dieu et charité, avec des moyens et des exigences scientifiques inégaux. Longtemps, ils ont répondu à une norme muséologique traditionnelle fondée sur la valeur patrimoniale objectivée des objets, en particulier des objets techniques, et sur une histoire des découvertes scientifiques et des personnalités marquantes. Il aura fallu attendre les années 2000 pour qu'ici et là se traduise une rupture épistémologique dans l'approche tant muséologique que muséographique et scénographique du patrimoine hospitalier. Le musée de l'AP-HP a ouvert

la voie d'une reformulation radicale des approches patrimoniales de la santé (Nardin, 2005). Il a mobilisé plus largement les méthodes d'investigation socio-anthropologiques conduisant la communauté hospitalière, et plus largement celle des citoyens, à s'impliquer et à questionner les écarts entre réalité et attendu de l'hôpital contemporain autour de thématiques non spécialisées : l'humanisation des établissements de soins, la charité et la pauvreté, la formation des infirmières, l'internat... Mais surtout, il est à retenir que le musée a pleinement investi une scénographie active et participative avec l'ensemble des acteurs de l'AP-HP. Le patrimoine en passant au tamis de la mémoire devient un matériau plastique donnant forme aux inquiétudes, aux attachements, aux pratiques, bref à la culture hospitalière.

Ce changement de paradigme ouvre de nouveaux horizons à la fonction du patrimoine hospitalier (Poisat, 2001). Il devient dès lors un matériau de réflexivité sur les transformations des identités, des organisations et des pratiques professionnelles de l'hôpital et crée des espaces publics ouverts aux parties-prenantes et aux citoyens pour mettre en controverse et en tension les questions qui nous animent autour de la prise en charge de notre santé. Le travail d'enquête ethnographique et patrimonial piloté par Marie-Christine Pouchelle à l'occasion de la fermeture des hôpitaux Broussais, Laennec et Boucicaut en témoigne (Pouchelle, Vega, 1999).

En outre, dans la droite ligne de la muséographie de la rupture théorisée par Jacques Hainard (Hainard, 1985), les objets et les images sont décortiqués, mis sens dessus dessous, questionnés dans leur statut et dans leur signification.

Enfin, l'évolution des approches patrimoniales vers une meilleure intégration de la dimension mémorielle et ethnologique attribue de la valeur à « une petite mémoire du quotidien » (Periot-Bled, 2014). L'attention portée aux récits subjectifs des patients comme des professionnels, parfois attachés à des objets dont la seule valeur est d'être investie par ces récits, permet de reconstruire une histoire modeste de l'hôpital, celle qui a été vécue par les personnes concernées. Avec cette ouverture de l'épistémologie de la muséologie hospitalière, inutile de dire que l'art et le design se sont invités dans les scénographies patrimoniales. Qu'ils se sont d'ailleurs également saisis de ce patrimoine matériel et mémoriel de l'hôpital dans nombre de leurs projets. Comment qualifier aujourd'hui les nouveaux paradigmes de la muséologie hospitalière à l'aune de ces évolutions ? Comment l'art et le design transforment-ils, enrichissent-ils les méthodes participatives et les formes de rendu des projets scénographiques des établissements de santé ?

Expérience esthétique et restauration du sensible

Depuis une vingtaine d'années, grâce notamment au programme culture et santé qui a facilité l'accueil des artistes à l'hôpital et dans les établissements médico-sociaux, les modes d'interventions et d'expérimentations n'ont cessé de s'enrichir. Celles qui portent une attention particulière à l'expérience esthétique et aux perceptions sensibles et sensorielles des personnes soignées dans ces institutions sont de plus en plus nombreuses. Dans ces contextes où les personnes sont accueillies pour leur vulnérabilité psychologique, physiologique et sociale, les concepteurs et les soignants sont portés par l'espoir de la puissance « d'éveil existentiel » des œuvres (Younès, 2012). De plus la densité anthropologique de ces lieux appelle nécessairement à les penser et les panser par une attention poétique portée aux formes et aux sens. Comment l'art et le design incarnent-ils cette ambition ?

Nous parlerons dès lors d'expérience esthétique dans la mesure où « *l'aisthesis* constitue le tissu existentiel de la conscience que nous prenons des choses, des hommes, des institutions

et de nous-mêmes. ⁶» (Passeron, 1985). L'esthésie est un concept qui recouvre la dimension du sensible (la perception) et celle du sens (la compréhension). Cette définition rejoint le concept de « milieu » défini comme la coprésence des individus et des relations, des objets et des champs de force qui leur sont attachés (Dautrey, 2019). Malgré le consensus qui réunit chercheurs en sciences humaines et sociales, concepteurs et soignants sur l'importance primordiale de ce milieu sur les états de santé et la qualité des soins, les espaces hospitaliers sont encore trop rarement investis de qualités sensorielles. Ils sont plus souvent le fruit de cahiers des charges fonctionnels, techniques, hygiéniques que de l'attention portée à la perception sensible de ceux qui vont habiter ces espaces. Pourtant l'ambition de trouver le « génie du lieu » hante les professionnels de l'architecture et du design d'espace. Le « génie du lieu » des espaces de santé n'est-il pas avant tout la matérialisation d'une alliance thérapeutique dynamique ? Comment traduire dans les dispositifs matériels les intentions du prendre soin ? Comment soutenir les liens par l'attention portée aux lieux (Pierron, 2018) ? L'art contextuel (Ardenne, 2002) et l'esthétique relationnelle (Bourriaud, 2018) explorent cette grande diversité de conduites créatrices pour lesquelles l'expression de la singularité du créateur ne constitue plus le moteur principal. Elles sont pour la plupart marquées par des dynamiques de participation et d'implication des personnes concernées dans le milieu d'intervention. Qu'il s'agisse d'art vivant, d'arts plastiques ou de design, les expériences proposées aux personnes hospitalisées, soignées et résidentes relèvent alors d'un double axiome : soutenir le sentiment existentiel d'être-au-monde et le déploiement de relations d'hospitalité. Investir la qualité esthétique et esthésique des formes garantit la dimension ontologique de l'art, c'est-à-dire l'expérience de sublimation et d'empathie pour ceux qui en sont partie-prenantes. Or ces expériences tissent des passerelles pour passer du pâtir, ce qui est subi, à l'agir (Ricoeur, 1990). Elles rendent les usagers acteurs de leur expérience de soins parce que leurs émotions deviennent audibles pour le milieu dans lequel elles se déploient. Comment et en quoi les expériences artistiques, culturelles et de design restaurent-elles un environnement spatial et temporel suscitant des émotions esthétiques et invitant à des relations d'hospitalité (Delanoë-Vieux, 2022) ?

Design et conception collaborative du milieu de soin

Le design comme discipline de conception et de la transformation émerge depuis une petite dizaine d'années dans le champ de la santé.

Ce qu'apporte le design dans ces expériences esthétiques et relationnelles c'est la notion d'usage et par-là même celle d'usagers. Il est en effet une discipline qui place l'utilisateur au cœur de la conception en intégrant son expérience. A ce titre, il travaille spécifiquement sur le pouvoir d'agir des usagers *par le faire* grâce à des outils de facilitation, de participation et d'implication dans les projets qui sont inclusifs de toutes les parties prenantes. Le design rend effective en quelque sorte une *démopraxis* sanitaire dont l'enjeu n'est plus seulement l'expérience esthétique comme sublimation et transmutation sociale des émotions mais aussi de transformer concrètement les modalités matérielles et de service des institutions. Son approche systémique et globale intègre toutes les dimensions spatiale, informationnelle, sensorielle, technique...du milieu dans lequel se déploient nos subjectivités et nos relations. Le design est une discipline de projet, de résolution de problème et d'amélioration de l'habitabilité du monde. Comment les acteurs hospitaliers se saisissent de cette nouvelle discipline ? Quels

⁶ Passeron, p.30

sont les processus de mise en œuvre du design hospitalier ? Quels sont les sujets sur lesquels il intervient ? Comment le design est-il lui-même questionné et transformé par les caractéristiques existentielles et les contraintes sanitaires de l'hôpital ?

Axe 3 – Données probantes, évaluation et approche sensible des effets des projets de création en établissements de santé

En 2019, un rapport de synthèse du Health Evidence Network 67 pour l'Organisation mondiale de la santé (Fancourt et Finn, 2019) concluait à l'existence d'un impact positif des arts sur la santé, à partir de l'étude de plus de 900 publications fondées sur plus de 3000 études. Dans un contexte où l'impact de l'art sur la santé est de plus en plus étudié, l'appel à contribution de la RFAS porte un intérêt particulier aux études corrélées à une expérience ou à une réalisation en art ou en design démontrant le lien entre création et santé. La santé est appréhendée dans son acception la plus large intégrant aussi bien l'amélioration d'un état physiologique que celle des états émotionnels, l'augmentation des chances de rémission, la réhabilitation psychosociale, ou l'estime de soi. Cette approche holistique de la santé cristallisée dans les philosophies du Rétablissement (Gilliot, 2017) rencontre celle du design en ce qu'elles partagent un même espoir : celui d'améliorer l'habitabilité du monde et la vie quotidienne de chaque personne quelle que soit ses fragilités.

De nombreux projets à l'interface du design, de l'art et de la recherche contribuent en outre à enrichir l'arsenal thérapeutique des professionnels de soins. Les contributions attendues pourront alors évaluer les effets des expériences artistiques en établissements de santé et médico-sociaux, en mobilisant notamment des outils permettant d'apporter des données probantes, tant sur le plan de la qualité de l'expérience en recueillant les usages et les ressentis des participants que sur celui des impacts thérapeutiques pour les usagers.

Dans un rapport dialectique, les contributions pourront également s'interroger sur la façon dont le cadre médical et médico-social vient bouleverser les pratiques et expériences artistiques. Comment l'inclusion des usagers dans le processus de création vient-elle modifier le geste artistique, sa production, sa mise en œuvre ? On pourra aussi s'interroger sur la ou les formes produites, la possibilité ou la nécessité de l'inachèvement (Oury, 1989), la nécessaire adaptation du processus de création à la souffrance psychique ou physique, ainsi qu'au cadre des établissements de santé.

Une évaluation intersectorielle

Si l'art et la pratique artistique sont difficilement réductibles à la production de données probantes ou à la construction d'une relation utilitariste entre les institutions (Maldiney, 1985), leur confrontation à la santé publique, aux sciences médicales et infirmières pose la question des processus d'évaluation (Duran, 2010). Le développement de l'action culturelle, notamment du fait du déplacement des financements des politiques culturelles de l'État vers les territorialités, a déplacé les artistes hors de l'espace strict des structures culturelles (Langeard, 2019). Ainsi, des actions artistiques et culturelles sont désormais courantes dans les écoles, en prison, à l'hôpital, et plus généralement dans le champ du social. Parmi les nombreuses

conséquences de ce déplacement, l'évaluation devient une question centrale qui doit être repensée à l'aune de cette intersectorialité. Il en va également de la légitimité de ces projets, qui peuvent être perçus comme anecdotiques.

Au-delà des effets des expériences artistiques sur les pratiques médicales et médico-sociales, on pourra alors questionner les outils d'évaluation tant dans le secteur artistique et culturel (Langeard, 2016) que dans le secteur médical et médico-social (Benamouzig, 2010), dans la perspective de cerner quelles sont les modalités d'évaluation qui peuvent englober des pratiques et des secteurs aussi différents.

Peut-on appliquer les méthodes évaluatives du domaine de la santé au domaine artistique ? Sur quels critères définir l'efficacité d'une expérience artistique en établissement de santé ? Quelles sont les spécificités de ces expériences et comment les appréhender ?

Les articles attendus pourront prendre la forme de contributions scientifiques, d'études et évaluations, de témoignages, d'expériences et expérimentations ou de points de vue.

Bibliographie

- Archambeau S. (2010), *L'atelier d'expression en psychiatrie*, Toulouse, Érès.
- Ardenne P. (2002), *Un art conceptuel : création artistique en milieu urbain, en situation d'intervention, de participation*, Paris, Flammarion.
- Benamouzig D. (2010), « L'évaluation des aspects sociaux en santé : la formation d'une expertise sociologique à la Haute Autorité de santé », *Revue française des affaires sociales*, n° 1-2, p 187-211.
- Blondel A. (2001), « « Poser du Tricostérol sur la fracture sociale ». L'inscription des établissements de la décentralisation théâtrale dans des projets relevant de la politique de la ville », *Société et représentations*, 2001/1 (n°11), p. 287-310
- Bourriaud N. (2018), *Esthétique relationnelle*, Paris, Les presses du réel.
- Bordiac S., Sonnet A. (dir.) (2020), *Action publique et partenariat(s) ; de l'éducation, de la santé et du social*, Nîmes, Champ social éditions.
- Brousta, (1996), *L'expression, psychothérapie et création*, Paris ESF
- Burgade L. (2001), « Accompagner le secteur médico-social par le design. Pour une mobilisation en conscience de sa portée transformatrice », École nationale supérieure de création industrielle Mastère spécialisé Innovation by design Thèse professionnelle.
- Catoir-Brisson, M.-J., et Royer, M. (2017). « L'innovation sociale par le design en santé », *Sciences du Design*, n° 6, p. 65-79. <https://doi.org/10.3917/sdd.006.0065>
- Dautrey J. (dir.) (2019), *Design et pensée du Care. Pour un design des microluttes et des singularités*, Dijon, Les Presses du réel.
- Delanoë-Vieux C. (2022), « Art et design : instauration artistique entre hostilité et hospitalité des lieux de soins et habitabilité du monde » [thèse de doctorat], Paris, Université de Strasbourg.
- Dubois V. (1999), *La politique culturelle. Genèse d'une catégorie d'intervention publique*,

Paris, Belin

- Duran P. (dir.) (2010), « Évaluation des politiques publiques sanitaires et sociales », *Revue Française des affaires sociales*, n° 1-2.
- Fancourt D. et Finn S. (2019), « What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review », *rapport de l'Organisation mondiale de la santé*.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329834/9789289054553-eng.pdf>
- Findeli, A. (2015). La recherche-projet en design et la question de la question de recherche : Essai de clarification conceptuelle: *Sciences du Design*, n° 1(1), 45-57.
<https://doi.org/10.3917/sdd.001.0045>
- Gaudin J.-P. (1999), *Gouverner par contrat. L'action publique en question*, Paris, Presses de Sciences Po.
- Gilliot E. (2017), Restaurer les capacités d'autodétermination pour favoriser le rétablissement, *Perspectives Psy*, n° 3, 203-210.
- Goffman E. (1968), *Asiles. Étude sur les conditions sociales des malades mentaux*, Paris, Éditions de Minuit.
- Goffman E. (1975), *Stigmate. Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Éditions de Minuit.
- Herreros G. et Milly B. (2011), *La qualité à l'hôpital. Un regard sociologique*, Paris, L'Harmattan.
- Grosbois C. (2017), « Sur l'importance de la création artistique « hors cadre ». L'artiste-intervenant et l'institution médicosociale », *Vie sociale et traitements*, n° 136.
- Hainard J. (1985), « Le musée, cette obsession », *Revue Terrain, anthropologie et sciences humaines*, n° 4, open édition.
- Jeanson F. (1987), *La psychiatrie au tournant*, Paris, Le Seuil.
- Langeard C. (2016), « Des scènes artistiques à l'épreuve de l'évaluation : ce que révèle l'impératif évaluatif dans le secteur artistique et culturel », *L'Observatoire*, n° 47, p. 87-89.
- Langeard C. (2019), « Œuvrer dans les territoires : de nouvelles manières d'être artiste », *L'Observatoire*, n° 54, p. 90-92.
- Liot F., Langeard C., Montero S. (2020), *Culture et Santé. Vers un changement des pratiques et des organisations ?*, Toulouse, L'Attribut.
- Liot F., Montero S. (2019), « « Nous vieillirons ensemble » Une expérimentation pour bien vieillir à domicile », *Gérontologie et société*, n° 159, vol 41, p. 13-24.
- Maldiney H. (1985), *Art et existence*, Paris, Klincksieck.
- Nardin A. (dir.) (2009), *L'humanisation de l'hôpital*, Paris, Musée de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris.
- Nardin A, Salaün F., Petillot A., Schweyer F.-X. (2005), *Un musée hospitalier à Paris - Le musée de l'AP-HP*, Beaux-Arts Éditions.
- Nay O., Smith A. (dir.) (2002), *Le gouvernement du compromis, courtiers et généralistes dans l'action publique*, Paris, Economica.

- Oury J. (1989), *Création et schizophrénie*, Paris, éditions Galilée, coll. « Débats ».
- Passeron R. (1989), *Pour une philosophie de la création*, Paris, Klincksieck.
- Periot-Bled G. (2014), « Christian Boltanski. Petite mémoire de l'oubli », *Images revues*, n° 12.
- Pierron JP. (2018), « Pour une philosophie de l'attention spatiale. Architecture des soins et soin de l'architecture. », in BARRÈRE C., GROUT C. (dir.), *Hospitalité(s). Espace(s) de soin, de tension et de présence*, Éditions de la Maison des sciences de l'homme, Éditions de l'École nationale supérieure d'architecture et de paysage de Lille, Cahiers thématiques, n° 18, Lille, p. 137-147.
- Poisat J. (2001), « Le patrimoine hospitalier : un nouveau patrimoine ? », in Delanoë-Vieux C. (dir.), *Il suffit de passer le pont, Culture et hôpital, groupe de réflexion Rhône-Alpes*, Lyon, p. 59-71.
- Pouchelle M.-C. et Vega A (1999), *Regards sur l'hôpital Broussais*, Paris, Assistance Publique - Hôpitaux de Paris et Musée des arts et traditions populaires.
- Pouchelle M.-C. et Vega A (1999), *Regards sur l'hôpital Boucicaut*, Paris, Assistance Publique - Hôpitaux de Paris et Musée des arts et traditions populaires.
- Pouchelle M.-C. et Vega A (1999), *Regards sur l'hôpital Laennec*, Paris, Assistance Publique - Hôpitaux de Paris et Musée des arts et traditions populaires.
- Prinzhorn H.(1984), *Expressions de la folie. Dessins, peintures, sculptures d'asile*, Paris, Gallimard.
- Ricoeur P. (1990), *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil.
- Royer, M. (2020). Design social. Éléments constitutifs d'un projet sur le maintien à domicile des personnes âgées et en situation de handicap. *Ocula*, 21.
<https://doi.org/10.12977/ocula2020-46>
- Urfalino P. (1996), *L'invention de la politique culturelle*, Paris, La documentation Française
- Younes C. (2012), « La beauté des lieux comme éveil existentiel », in *La beauté des villes / La ville de l'étranger*, Le Portique, Revue de philosophie et de sciences humaines, n° 28.

Des informations complémentaires sur le contenu de cet appel à contribution peuvent être obtenues auprès des coordonnatrices aux adresses suivantes :

carine.delanoevieux@gmail.com

sidonie.han@sante.gouv.fr

francoise.liot@u-bordeaux.fr

Les auteur·e·s souhaitant proposer à la revue un article sur cette question devront soumettre **avant le 3 juillet 2023 leur proposition**

à cette adresse: **rfas-drees@sante.gouv.fr**

et **la version définitive du texte** avec un résumé et une présentation de chaque auteur·e (cf. les « conseils aux auteurs » de la RFAS [en ligne <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-02/Charte%20deontologique%20et%20conseils%20aux%20auteurs.pdf>])

en respectant le caractère pluridisciplinaire de la revue et son exigence d'accessibilité pour un lectorat profane

avant le lundi 16 octobre 2023