

# L'hospitalité en chantier, art et design à l'hôpital public

**A** la fin des années 1990, début de la crise morale, financière et institutionnelle quasi permanente de l'hôpital public, les ministères de la Culture et de la Santé élaborent un programme national dédié à l'action culturelle dans les hôpitaux. Est-ce l'émergence d'un objet politique de compensation et de rééquilibrage d'un hôpital dont le poids technologique et technocratique devient insoutenable, comme le suggère Anne Nardin lorsqu'elle évoque que « la dimension culturelle peut s'installer dans les vides – nombreux – de cet hôpital hypertechnologique, comme dans l'attente d'un rééquilibrage, voire d'une réparation<sup>1</sup> » ? L'art se trouve-t-il requis de porter assistance à une pratique de la sollicitude que chacun appelle de ses vœux en convoquant la philosophie du « care », mais qui ne s'incarne plus suffisamment dans la relation de soins ?

Le design se retrouve-t-il à l'hôpital dans la cohorte des conséquences de la libéralisation de l'hôpital public en tant qu'élément d'augmentation du capital de marque d'une institution soudainement mise en concurrence avec, entre autres, le secteur sanitaire privé, conformément à la critique développée par Hal Foster<sup>2</sup>, critique d'art ?

Nous aimerions soutenir qu'il n'en est rien. Que l'art et le design peuvent être invités à l'hôpital dans ce qu'ils ont de plus irréductibles comme puissance de questionnement et, de plus, désintéressés sur le plan politique et économique. Au demeurant, peu d'œuvres à l'hôpital sont produites au nom de la singularité de leur auteur ou de la sécession qu'elles opèrent dans l'histoire de l'art, et encore moins en raison de leur valeur commerciale. C'est en réalité une histoire à bas bruit de nombreux concepteurs et créateurs qui agissent frugalement, investissant le sens humaniste et social de leur engagement. C'est une histoire à bas bruit de professionnels hospitaliers militant pour rappeler que le sens de leur pratique et de leur vocation est plus culturel que technique. C'est une histoire à bas bruit d'usagers qui savent que leur rétablissement dépend aussi de leur sensibilité, de leurs émotions, de leur créativité, au cœur même de la contrainte imposée par la maladie.

Toutefois, quelle que soit la qualité des individus qui se dévouent à l'hôpital, les forces d'assèchement de l'espace hospitalier sont profondément incrustées dans les dogmes budgétaires, les procédures pullulantes, les cadres de management verticaux, les rapports de pouvoir et de territoire en silos, la peur de l'autre, y compris des usagers encore trop souvent tenus à l'écart malgré des avancées réelles. Ces phénomènes génèrent souvent des milieux hospitaliers dont la « misère symbolique<sup>3</sup> » et esthétique fait obstacle au prendre soin, au rétablissement et à l'émancipation des personnes. Ils sont alors en

contradiction avec la vocation d'hospitalité de l'hôpital et appellent l'ensemble de la communauté hospitalière à se mobiliser pour qu'elle soit restaurée. Il en va de son devenir, comme le souligne Lazare Benaroyo, docteur en médecine : « L'art et la culture à l'hôpital nous rappellent qu'en tant qu'institution publique, ce dernier est avant tout un monde de valeurs et qu'il ne pourra répondre aux défis scientifiques, techniques, de santé publique et de société qu'en continuant à s'appuyer sur les valeurs d'accueil, de solidarité et d'hospitalité<sup>4</sup>. »

Dans ce contexte, comment l'art et la culture sont-ils intégrés à l'hôpital comme ressources et comme dispositions en capacité d'apporter leur contribution à la mise en œuvre pratique et au quotidien d'une éthique de l'hospitalité ?

## Culture et santé, les limites d'une politique publique

Revenons à la politique publique interministérielle « Culture et Santé » qui a légitimé l'ouverture de voies nouvelles pour l'art et la culture vers les établissements de santé, puis médico-sociaux. Les ambitions successives et cumulatives des politiques culturelles, depuis l'éducation populaire comme levier d'émancipation de l'après-guerre jusqu'à la récente déclaration des « droits culturels », ont créé les différentes couches d'humus desquelles cette convention nationale est née. Dans les années 1990, à la suite de ses différents engagements, le ministère de la Culture et de la Communication se trouve doublement asphyxié par l'importance de ses investissements pour la démocratisation culturelle et par l'élargissement des domaines de son intervention en faveur de la démocratie culturelle. Les politiques interministérielles sont alors développées et tentent de trouver de nouvelles voies pour la démocratisation culturelle en allant chercher les publics là où ils sont, mais également de partager les charges de ces politiques avec d'autres ministères.

Ainsi, le texte du programme national « Culture et Santé », signé en 1999 puis renouvelé et élargi en 2010, affirme un certain nombre de partis pris issus de l'action culturelle et du développement culturel qui ont contribué à le positionner durablement à l'hôpital en dehors des lisières de l'art-thérapie, d'une part, et de l'animation occupationnelle, d'autre part. Sa pierre angulaire réside dans la notion de jumelage entre établissements sanitaires et structures culturelles autour de projets conçus et réalisés en commun. Ces partenariats se sont révélés très féconds, car ils ont permis aux hôpitaux de s'adosser sur les compétences de montage de projets, les réseaux artistiques et les ressources de diffusion de leur binôme culturel. Les référents culturels hospi-

1 Nardin, A. (2004). Introduction. *Architecture, hôpital et art contemporain* (p. 20) [Actes du colloque - CHRU de Lille, 2004, novembre 25 et 26].

2 Foster, H. (2019). *Design et crime*. Éditions Les prairies ordinaires.

3 « La misère symbolique est la perte d'individuation qui résulte de la perte de participation à la production de symboles. » Stiegler, B. (2013). *De la misère symbolique* (p. 25). Flammarion.

4 Benaroyo, L. (2016). L'art et la culture à l'hôpital, un enjeu éthique ? *Bulletin des médecins suisses*, 97(34), 1169-1170.

taliers devenaient, quant à eux, les fils d'Ariane pour les artistes intervenant dans le labyrinthe organisationnel et professionnel de l'hôpital.

En prenant appui sur les centaines d'expériences conduites dans les établissements sanitaires et médico-sociaux des vingt dernières années, nous pourrions croire que l'État reconnaît le rôle que joue la culture dans les politiques hospitalières et les stratégies de santé publique. Pourtant, l'absence totale d'évaluation à l'échelle du programme permet d'en douter. Les politiques croisées « Culture et Santé » se sont donc développées sur le territoire national de manière très inégale en fonction de la conviction des acteurs de terrain et de la sensibilité des fonctionnaires concernés, particulièrement des responsables des directions régionales des affaires culturelles (Drac) et des agences régionales de santé (ARS). Ainsi, cette initiative se trouve confrontée au paradoxe selon lequel l'État lui apporte bien un cadre politique et financier sans pour autant la promouvoir, l'animer et se donner les moyens de l'évaluer. Ce constat est partagé par les auteurs des trois évaluations régionales dont nous avons connaissance<sup>5</sup>. Ces derniers analysent la disjonction entre le système des valeurs annoncées, le système organisationnel concret et le manque de pilotage global de l'État.

### Des effets de l'art sur la santé et de ses limites sur les structures

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a pour sa part mis en œuvre en 2019 une large étude qui conclut aux effets bénéfiques de l'art pour la santé, tant physique que mentale, des usagers, à partir de l'analyse des éléments de preuve tirés de 900 publications du monde entier<sup>6</sup>. Les impacts évalués concernent aussi bien la prévention que la santé publique, l'autonomie des usagers atteints de maladies complexes et chroniques, la qualité de la relation entre usagers et soignants, la qualité d'expérience tant des usagers que des soignants, les chances de rémission, le rétablissement, la déstigmatisation de la maladie et du handicap dans la société, l'inclusion des plus vulnérables dans le droit commun. L'étude montre comment, tout au long de la vie, du stade gestatif jusqu'aux derniers jours, les arts ont une influence positive sur la santé.

Le rapport souligne que plusieurs pays envisagent sérieusement la possibilité pour les médecins de prescrire – au-delà du champ strict de l'art-thérapie – des activités artistiques et culturelles. En conséquence, ce rapport de l'OMS apporte des données probantes sur la légitimité de l'intégration de l'art et de la culture dans les politiques de santé publique et de l'offre de soins. En France, ces actions ont, malgré tout, trouvé la force d'exister et de croître à l'hôpital grâce au militantisme, à la conviction et à la solidarité de toutes ses parties prenantes. Elles ont capitalisé aujourd'hui des approches, des méthodes, des processus, des connaissances expérimentielles et théoriques qui pourraient constituer des ressources pour que l'hôpital instaure son véritable être au monde qui est celui de l'hospitalité.

Pour autant, si les interventions artistiques posent des questions, ouvrent des possibles, déplacent des lignes, génèrent une qualité d'expérience exceptionnelle, rien ne permet d'affirmer qu'elles participent à des transformations durables à l'échelle institutionnelle, voire

du système de santé, dans une visée d'amélioration de la qualité de l'exercice des métiers du soin et de l'expérience des usagers. Nous constatons, à l'instar des auteurs de l'étude sociologique de 2020 conduite en Aquitaine, que « l'Institution ne semble pas impactée par ces projets qu'elle tend à maintenir à la marge<sup>7</sup> ». L'art reste exogène au fonctionnement de l'hôpital et à sa stratégie. Il n'impacte pas le management, ni les politiques publiques de santé, ni les outils, ni les protocoles de l'hôpital, sauf de manière fugace à l'occasion de la mise en œuvre d'un projet. C'est dans le pli même de cette limite que ce programme ouvre la voie au design hospitalier, un design actuellement expérimenté par deux laboratoires d'innovation culturelle par le design en France : la fabrique de l'hospitalité aux hôpitaux universitaires de Strasbourg et le lab-ah au groupe hospitalier universitaire (GHU) Paris psychiatrie & neurosciences.

### De l'art au design, du questionnement à la visée projective

Le design ne se confond pas avec l'art dans sa fonction fondamentale. Il ne manque pas de réinterroger l'existant, mais il le fait dans une visée projective et matérialisée d'amélioration de l'habitabilité du monde et de la vie quotidienne de tous. Le design à l'hôpital met en œuvre ses potentialités propres de production centrées sur les usages et les usagers, et s'inspire de la philosophie du design social héritée du manifeste du designer Victor Papanek<sup>8</sup>, soucieux du bien-être écologique et social des humains.

En effet, discipline majeure de notre temps, il se trouve pris dans de nouveaux engagements qui ne consistent plus seulement à rendre le monde plus habitable, mais aussi à rendre la vie plus digne. Cela passe notamment par la dignité des conditions d'existence, la valorisation de la place de chacun dans le monde, l'estime de soi et la considération des autres, la justice et le sentiment de sécurité.

Son objet est de mettre en œuvre les espaces et les conditions de conception, associant toutes les parties prenantes d'une problématique autour de l'analyse et de la projection de dispositifs matériels en soutien à l'habitabilité des milieux et de la dignité des personnes.

Le design d'hospitalité<sup>9</sup> prolonge le travail de questionnement des valeurs de l'hôpital, déjà initié par l'action artistique, tout en disposant d'un potentiel de transformation des structures et des environnements de santé plus opérationnels. Mieux accepté par le corps institutionnel, car moins exogène en raison de sa logique de résolution de problème, il pourrait permettre de repenser largement les processus de conception et de production des milieux de soins à l'aune de la matérialisation de l'hospitalité. Encore faudra-t-il qu'il conserve la dimension libertaire attachée à sa part de création qui le différencie profondément des méthodes d'innovation managériale dites de « *design thinking* ». Les modes opératoires de l'art et du design sont donc à la fois différents, complémentaires et intriqués. Nous appelons à poursuivre de manière plus ambitieuse les expérimentations, les transmissions, les recherches dans ce domaine indissociable de la vie, de la santé et de l'hospitalité.

5 Les trois évaluations régionales sont :

Herreros, G. (2004). *Les petites liaisons Culture-Hôpital. Variations sur le vital*, Lyon. Rapport d'évaluation du dispositif Culture et Hôpital Rhône-Alpes de 2002 à 2004 [initié par l'agence régionale de l'hospitalisation et la Drac Rhône-Alpes - document inédit]. Laboratoire Modys.

Ruby, C. (2009). *La condition post-hospitalière, re-penser l'hôpital sous la condition de la culture*. Rapport Drac-ARS Nord-Pas-de-Calais [document inédit].

Langeard, C., Liot, F. et Montero, S. (2020). *Culture & Santé : vers un changement des pratiques et des organisations*. Éditions L'Attribut.

6 Fancourt, D. et Finn, S. (2019). *Health Evidence Network synthesis report 6. What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review*. World Health Organization.

7 Langeard, C., Liot, F. et Montero, S. (2020). (p. 92).

8 Papanek, V. (2021). *Design pour un monde réel*. Les presses du réel.

9 Delanoë-Vieux, C. (2022). *Art et design : instauration artistique et hospitalité des lieux de soins et habitabilité du monde* [thèse de doctorat]. Université de Strasbourg.