

**Quando os projetos culturais intersectoriais questionam a
definição de mediação**

**When intersectoral cultural projects question the definition of
mediation**

**Quando los proyectos culturales intersectoriales cuestionan la
definición de mediación**

**Quand les projets culturels intersectoriels interrogent la
définition de la médiation**

Françoise Liot¹

¹ Centre Émile Durkheim

Resumo

A mediação cultural desenvolveu-se inicialmente em instituições culturais e principalmente em museus. A ascensão das políticas intersectoriais fez com que esta função fosse transferida para novos locais. Com base em pesquisas sobre projetos culturais em estabelecimentos de saúde, este artigo tem como objetivo mostrar como as competências dos mediadores são transformadas nesses contextos. A mediação não é o mesmo que o mediador, mas requer uma cadeia de cooperação. Os projetos culturais nos estabelecimentos de saúde exigem, portanto, que se considere a mediação em relação à organização dos estabelecimentos e que se faça do mediador um ator de mudança nessas organizações.

Palavras-chave: Mediação, intersectorialidade, cultura e saúde, projeto cultural, organizações de saúde

Abstract

Cultural mediation initially developed in cultural institutions and mainly museums. The rise of intersectoral policies has led to this function being moved to new locations. Based on research on cultural projects in health establishments, this article aims to show how the skills of mediators are transformed in these contexts. Mediation is not the same as the mediator but requires a chain of cooperation. Cultural projects in health establishments therefore call for considering mediation in relation to the organization of establishments and making the mediator an actor of change in these organizations.

Keywords: Mediation, intersectorality, culture and health, cultural project, health organizations

Resumen

La mediación cultural se desarrolló inicialmente en instituciones culturales y principalmente museos. El auge de las políticas intersectoriales ha llevado a que esta función se traslade a nuevas ubicaciones. A partir de investigaciones sobre proyectos culturales en establecimientos de salud, este artículo tiene como objetivo mostrar cómo las habilidades de los mediadores se transforman en estos contextos. La mediación no es lo mismo que el mediador pero requiere una cadena de cooperación. Por lo tanto, los proyectos culturales en los establecimientos de salud exigen considerar la mediación en relación con la organización de los establecimientos y hacer del mediador un actor de cambio en estas organizaciones.

Palabras clave: Mediación, intersectorialidad, cultura y salud, proyecto cultural, organizaciones de salud.

Résumé

La médiation culturelle s'est développée dans un premier temps dans les institutions culturelles et principalement les musées. L'essor de politiques intersectorielles conduit à déplacer cette fonction dans de nouveaux lieux. En

s'appuyant sur une recherche portant sur les projets culturels dans les établissements de santé, cet article propose de montrer comment les compétences des médiateurs se transforment dans ces contextes. La médiation ne se confond pas avec le médiateur mais nécessite une chaîne de coopération. Les projets culturels dans les établissements de santé appellent alors à considérer la médiation dans le rapport à l'organisation des établissements et à faire du médiateur un acteur du changement dans ces organisations.

Mots-clés: Médiation, intersectorialité, culture et santé, projet culturel, organisations de santé

I. Introduction

Le développement de la médiation culturelle comme métier prend naissance en France dans les institutions culturelles et notamment les musées qui, dès les années 1980, s'interrogent sur le renouvellement de l'accueil des publics. Ces établissements font face d'une part au développement du tourisme qui, à Paris notamment, contribue à une augmentation massive du public dans les grandes institutions et, d'autre part, à la nécessité de mieux accueillir un public d'enfants, sur le temps scolaire et périscolaire, à une période où le musée semble bien peu adapté à cette catégorie de visiteurs. La visite guidée en effet est, jusqu'à cette époque, le principal dispositif qui fait le lien entre le public et les œuvres. (Serain, Vaysse, Chazottes, Caillet, 2016 ; Peyrin, 2010). Les enjeux d'ouverture des musées au grand public et de démocratisation culturelle s'affirment à partir des années 1980 alors que les méthodes d'éducation informelle s'expérimentent pour inventer des dispositifs favorisant l'appropriation des œuvres (Montoya, 2008, 2009).

Toutefois, si cet intérêt pour la médiation s'intensifie progressivement, la reconnaissance du métier de médiateur prend plus de temps à s'installer dans le paysage professionnel. Il ne le sera véritablement qu'au tournant du XXIème siècle et il sera porté en France par un dispositif d'aide publique très particulier soutenant l'émergence de nouveaux emplois, communément appelé les Emplois-jeunes. La médiation comme métier, qui combine savoir-faire et savoir-être, s'installe de cette manière dans et hors des institutions culturelles

(Demailly, 2008). Il s'agit d'accompagner les publics et de résorber « l'écart » qui semble inhérent à la rencontre entre des individus et des œuvres (Fleury, 2008)¹. Celui-ci se manifeste par le sentiment d'indignité et d'inaptitude que peuvent ressentir les individus face aux œuvres mais aussi par une défiance par rapport aux lieux culturels censés favoriser la rencontre.

Si les enjeux de la médiation et les compétences du médiateur sont aujourd'hui largement décrits et analysés, les principaux travaux dans ce domaine restent attachés à des missions et des métiers qui incombent aux institutions culturelles (Caillet et al., 2000 ; Chaumier et Mairesse, 2014). Celles-ci ont vu s'étoffer et se professionnaliser des services des publics, pas seulement dans les musées mais dans tous types d'établissements culturels publics. Parallèlement à cette densification, les politiques publiques ont également incité au développement des projets artistiques hors les murs. Les croisements entre secteurs culturels et d'autres domaines d'action publique n'ont eu de cesse de se développer eux aussi depuis les années 1980, appuyés bien souvent par des conventions ou des protocoles d'accord interministériels (culture-justice, culture à l'hôpital, ou dans les établissements médico-sociaux, présence artistique dans le cadre de la politique de la ville, éducation artistique et culturelle dans les établissements scolaires etc.) (Urfalino, 1996). Ces mesures nationales ont souvent été renforcées par l'implication des collectivités territoriales qui sont, elles aussi, venues décroquer le secteur culturel en incitant à investir les établissements dont elles avaient la tutelle (dans l'éducation et les secteurs social et médico-social notamment) ou les territoires prioritaires (urbains ou ruraux) sur lesquels elles portaient une attention particulière. Le déploiement de ces projets conduit à envisager différemment le rapport à l'art. Dans ces projets, l'œuvre perd sa centralité et la valeur des projets provient d'un « agir » de l'artiste qui met en œuvre un processus capable d'inclure des habitants et des personnes associés à ces territoires d'intervention (Langeard, 2015 ; Arnaud, 2018).

En dehors des établissements culturels, que devient alors la médiation ? Quelle forme prend-elle quand il ne s'agit plus de créer un dispositif d'appropriation

¹ Laurent Fleury (2008) en s'appuyant sur *la Tragédie de la culture* de G. Simmel rappelle le divorce qui s'est installé entre les œuvres et les individus. La « culture objective » produit des œuvres de manière pléthorique, chacune étant régie par ses propres règles. L'individu ne parvient plus alors à s'en approprier le sens.

des œuvres mais quand il est question de mettre en œuvre un projet artistique nécessairement partenarial ?

A partir d'une recherche de quatre ans (2015-2019), intitulée *Les projets artistiques et culturels dans les établissements de santé. Quels changements dans les pratiques et les organisations ?* (Liot, Langeard, Montero, 2020) menée dans plusieurs régions françaises, il sera question de préciser le sens de la médiation dans ce contexte intersectoriel. Pour cela, il convient tout d'abord d'explicitier le cadre spécifique de ces interventions dans le secteur de la santé et la place que la médiation et le médiateur y occupent (1). Cette situation fait apparaître des compétences particulières et la nécessité d'une « médiation élargie » qui implique une chaîne de coopération (2). Au final, la médiation dans les établissements de santé ne s'incarne pas uniquement dans la figure du médiateur mais elle engage l'institution dans sa dimension organisationnelle et politique (3).

II. Méthode et terrains

L'enquête de terrain auprès des établissements et des artistes a été menée principalement dans deux régions françaises. Deux régions supplémentaires ont été étudiées pour comparer les constructions politiques du partenariat intersectoriel. Trois dimensions sont abordées dans cette recherche : la construction politique et administrative de cette coopération, les effets des projets artistiques sur les artistes et les organisations culturelles et enfin leur portée sur les acteurs du secteur sanitaire et sur les établissements de santé.

L'enquête, essentiellement qualitative, s'est déroulée par entretiens semi-directifs auprès de 40 acteurs du soin (cadres de santé, médecins, infirmiers, aides-soignants), 20 professionnels du travail social (éducateurs spécialisés, animateurs, assistants sociaux), 28 artistes (plasticiens, metteurs en scène, chorégraphes, musiciens), 7 acteurs culturels (médiateurs, directeurs d'établissements culturels, responsables de projets culturels associatifs), 25 acteurs politico-administratifs (agents de service des collectivités territoriales et de l'État) et 15 usagers. Ce sont ainsi 135 entretiens semi-directifs qui ont été menés dans 9 hôpitaux (centres hospitaliers universitaires (CHU), centres

hospitaliers (CH), cliniques privés) et 7 établissements médico-sociaux (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (ITEP), instituts médicoéducatifs (IME), centres de soins et d'éducation spécialisée (CSES)).

Ce travail de recherche a été soutenu par la région Aquitaine dans le cadre d'un appel à projet « Recherche », avec la participation de l'Agence régionale de santé (ARS) et de la Direction régionale des affaires culturelles (DRAC). Il a bénéficié de l'appui du pôle Culture et Santé en Nouvelle-Aquitaine. Outil de coopération, ce pôle, créé en 2011 sous forme de société coopérative d'intérêt collectif, réunit une centaine d'acteurs de la culture, de la santé et des collectivités publiques. Le pôle participe à la co-construction de la politique intersectorielle culture et santé, il propose des formations, de l'accompagnement pour le développement des projets et des expérimentations. Il s'associe régulièrement à des laboratoires de recherche pour explorer le lien entre culture et santé et adapter son programme de formation et son action de conseil et d'ingénierie².

IV. Projets culturels et médiation culturelle dans les établissements de santé : une place à conquérir

La présence artistique dans les établissements de santé a une longue histoire. 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. Le domaine de la psychiatrie notamment 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 (Ayme, 1985 ;

² <https://culture-sante-aquitaine.com>

Oury, 1977), ont conduit à favoriser la prise en compte de l'environnement physique et social des patients, à laquelle participe l'intégration d'actions culturelles dans les établissements (Nardin, 2009). 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 citoyen³ (Bergeron, Castel, 2018).

Ces avancées du côté du sanitaire rencontrent une politique culturelle qui tente de se déployer au-delà des seules frontières du monde professionnel de l'art et de la culture et à investir tous les champs de l'action publique. Il s'agit à la fois pour le ministère d'une conquête de nouveaux publics, mais aussi de donner une autre signification aux politiques culturelles vers davantage d'inclusion des personnes, c'est-à-dire de viser la participation pleine et entière de chacun à la vie sociale (Saada, 2014). Comme l'explique un responsable administratif, *« l'objectif de Catherine Trautmann (ministre de la Culture) à ce moment-là, est un objectif presque inscrit dans les gènes de ce ministère, c'est la démocratisation de la culture. Nous partions de l'idée que la culture devait être présente dans tous les secteurs, dans tous les moments de la vie des citoyens et donc, il fallait nouer des relations avec l'ensemble des acteurs des départements ministériels »*. (Ancien inspecteur général du ministère de la Culture). Cette politique aboutit au développement de l'interministérialité et, pour ce qui nous concerne, à la contractualisation entre le ministère de la Culture et le ministère de la Santé sous forme de deux conventions. La première, en 1999, se nomme « Culture à l'hôpital », elle acte des modalités de travail qui doivent conduire à un rapprochement entre établissements de santé et établissements culturels sous forme de jumelages. La deuxième convention est signée en 2010 ; elle se nomme désormais « Culture et Santé » et s'ouvre au secteur médico-social en lien avec une réforme importante de l'organisation du système de santé

³ 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.

français⁴. Ces conventions mettent en avant une coopération entre secteurs de la culture et de la santé. Elles en appellent à des artistes inscrits dans des démarches artistiques professionnelles et extérieures aux établissements de santé. Ces actions se distinguent ainsi du bénévolat (non professionnel), de l'animation (qui ne fait pas appel à des artistes) et de l'art thérapie (interne à l'institution et associé à la fonction curative). Les conventions nationales conduisent à des déclinaisons territoriales. Celles-ci aboutissent à des appels à projets financés par les deux ministères concernés, co-financés parfois par les collectivités territoriales et le mécénat privé. Ce dispositif mène à une structuration des projets, la culture s'inscrit fréquemment dans les projets d'établissement des hôpitaux. Il implique aussi de nouveaux acteurs, des artistes bien sûr, mais aussi des médiateurs qui vont devenir des protagonistes centraux de ces projets. L'article 3 de la convention nationale de 1999 vise à favoriser la présence de « responsables culturels » dans les établissements hospitaliers, en lien avec le milieu culturel professionnel local, pour assurer la coordination des activités culturelles. La convention fixe l'objectif de recrutement de cent responsables culturels sur cinq ans en s'appuyant principalement sur le dispositif Emploi-jeunes pour financer ces nouveaux postes. Des formations adaptées sont envisagées à l'initiative du ministère de la Culture et de la Communication, en partenariat avec la direction des hôpitaux. Cette ambition conduit à des créations de postes dans les institutions de grande taille. Au-delà des postes dédiés, en 2004, le ministère estimait à 240, en 5 ans, le nombre de personnes ayant reçu une formation culturelle dans les hôpitaux, ce qui montre un intérêt croissant pour ce sujet à l'intérieur des établissements. Une fiche métier fait même une brève apparition dans le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière, mais elle est supprimée en 2015. Avec moins d'ambition, les conventions régionales vont diffuser le terme de « référents culturels » pour définir ces nouveaux métiers de la médiation⁵. Les appels à projets, en effet, imposent très souvent aux

⁴ La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).

⁵ Alors que la fonction existe depuis près de 20 ans, aucune étude d'envergure nationale n'a été consacrée aux référents culturels. Seule l'enquête menée par Valérie Véricel en 2014, à la demande de l'association InterSTICES, a fourni une analyse approfondie des missions des

établissements qui souhaitent bénéficier du dispositif de définir une personne ressource. Mais leur fonction au sein des établissements est peu stabilisée, associée à des services très divers. *« Au départ, j'ai été recrutée comme « emploi jeune », explique Julie, ce n'était pas perçu comme un véritable métier. Ensuite je suis devenue assistante de mission des affaires juridiques, associatives & culturelles, ensuite j'ai eu toute une période où j'étais chargée de communication & culture, pour devenir vraiment médiatrice culturelle »* (Julie, médiatrice culturelle, centre hospitalier psychiatrique). La fonction de médiation peut ainsi relever de la direction générale, d'un pôle en particulier, du soin ou de l'administration, ou être rattachée à une direction fonctionnelle, le plus souvent celle de la communication. La mission culturelle est donc exercée en même temps que d'autres missions (communication, relation aux usagers et aux familles, éducation etc.). Bien souvent, le temps sensé être dédié à la mission culturelle reste très en-deçà du temps que les professionnels y consacrent réellement. Leur position hiérarchique est aussi variable. Comme pour les médiateurs des établissements culturels, leur poste oscille entre la coordination et la gestion de projets ou de service. Dans les établissements où la fonction culturelle est la plus reconnue, les référents peuvent occuper un poste de direction parce qu'ils ont pour rôle de nouer des partenariats stratégiques sur le territoire, qu'ils peuvent avoir des missions de programmeur et un budget dédié conséquent. Certains établissements, en effet, ont créé de véritables services culturels avec un programme de résidence, des commandes d'œuvres d'art, parfois la gestion d'un lieu. Mais les profils et parcours professionnels des référents sont très diversifiés : professionnels issus de l'animation socioculturelle, de la communication, du secteur culturel ou encore responsables administratifs délégués sur la fonction, marquant ainsi des différences notables dans les registres de légitimité et la liberté d'action dont ils disposent. Cette reconnaissance partielle dans les établissements de santé l'est aussi dans les réseaux culturels. Même si leur mission les conduit à côtoyer les artistes et les établissements culturels et à développer des missions de

référents culturels en Rhône-Alpes. Notre recherche corrobore globalement les résultats observés dans cette région.

https://www.interstices-auvergnerhonealpes.fr/images/Analyse_du_RCH_finalisé_Vfinal.pdf

programmation, ils sont souvent oubliés lorsqu'il est question de réunir les médiateurs d'un territoire ou d'organiser des rencontres professionnelles portant sur l'action culturelle. *« Mon poste est très spécifique à l'intérieur de l'hôpital souligne Julie, mais c'est dommage que je ne sois pas invitée aux séminaires qui réunissent les médiateurs culturels (du territoire). J'ai besoin d'échanger avec d'autres professionnels ».* (Julie, médiatrice culturelle, centre hospitalier psychiatrique). Situés à un interstice leur mission est pourtant essentielle pour faire advenir les projets artistiques et culturels dans les établissements de santé.

V. La médiation comme chaîne de coopération

La liste des tâches qui incombent aux référents culturels est longue. Il s'agit globalement de créer les conditions de la mise en œuvre et de la réception des projets. Ces médiateurs ont pour tâche d'installer des projets artistiques dans des lieux *a priori* inappropriés, où la présence des « publics » est contrainte par la maladie ou la vulnérabilité. Les conditions de cette mise en œuvre nécessitent l'implication de tous les personnels dans le projet pour que celui-ci puisse trouver sa place dans les interstices du soin.

Ces missions nécessitent d'acquérir une connaissance fine du fonctionnement de l'établissement, des services et des problématiques liées à l'organisation et au soin. Le référent culturel doit être en mesure de faire correspondre les projets culturels au rythme de l'activité et à ses exigences, d'ancrer les projets et les artistes dans le contexte des lieux, des espaces et des problématiques qui les traversent. Parce que *« faire de la culture pour faire de la culture, c'est ce qui fait que des fois ça ne marche pas explique une porteuse de projets. Cela veut dire qu'il faut que ce soit travaillé avec une équipe. Voir comment on peut positionner cela au sein d'une équipe, au sein d'objectifs qui sont communs »* (Nadège, cadre de santé Pédiatrie, CHU). En pédiatrie, ces objectifs sont bien sûr ceux du soin mais il s'agit aussi de travailler au bien-être des patients, à l'amélioration de leur quotidien, tout en accordant de l'importance à la relation aux familles. La mobilisation de l'ensemble des personnels (cadres de santé, personnels soignants, médecins, techniciens chargés de l'accueil et de la sécurité etc.) est nécessaire pour inscrire les projets dans ces lieux et leur

donner du sens dans un contexte de soin et d'accueil de personnes vulnérables. Le référent relie ainsi différentes logiques et traduit pour chacun les représentations et les attentes de l'autre.

Les personnels, employés des établissements de santé, ne sont pas considérés comme de simples destinataires de l'action culturelle, ils s'imposent au contraire comme de véritables partenaires, susceptibles de devenir eux-mêmes des intermédiaires du projet, des « ambassadeurs » comme les nomme un référent culturel (Caillet, 1994). Ce dernier fait alors figure d'« accompagnant » qui travaille avec les autres acteurs à faire émerger un sens partagé de l'action, menée autour d'un objectif commun qui ne se résume pas à soigner mais vise plus globalement à prendre soin des personnes⁶. La médiation ne repose donc pas uniquement sur le médiateur mais elle suppose une organisation qui facilite la coopération. Dans beaucoup de cas, un comité culturel est mis en place dans les établissements, il permet de réunir les personnes intéressées par le projet culturel quel que soit leur statut dans l'établissement, afin qu'elles soient partie prenante du projet, qu'elles participent aux choix des actions à mener et qu'elles servent de relais privilégiés vers leurs services. « *On se réunit et chacun donne sa part, chacun doit mettre sa main dans le cambouis pour que l'on puisse porter cela ensemble, et c'est justement parce qu'on porte cela ensemble que cela peut mieux parler aux patients* », explique Alix, responsable culturel en centre hospitalier psychiatrique. Dans une organisation complexe, où les nombreux acteurs évoluent parfois en lien mais le plus souvent de manière séparée par des logiques de services et de spécialisation, faire advenir les projets artistiques implique une fonction de médiation émancipée de la logique de pôle ou de service et nécessairement transversale.

Cette dimension coopérative de la médiation se prolonge aussi dans les partenariats construits avec les établissements culturels du territoire. Ces derniers sont des relais pour développer les réseaux artistiques, ils font souvent figure de tiers dans la relation aux artistes. De cette manière, ils contribuent à maintenir la valeur des actions menées. Les médiateurs des établissements

⁶ La différenciation entre le *cure* et le *care* est aujourd'hui très présente dans le secteur de la santé. Elle correspond au développement d'une réflexion sur l'éthique du soin et le respect de la dignité des personnes en situation de fragilité (Benaroyo et *al.*, 2010). Celle-ci est au cœur des projets culturels dans les établissements de santé.

culturels et les référents culturels des établissements de santé fabriquent ensemble la cohérence des projets et assure un maillage entre l'artiste et le fonctionnement et l'organisation de l'établissement. *« Ce qui a permis cette belle intégration à l'hôpital dans les services, c'est le fait de connaître les soignants, les cadres de santé, de savoir et de connaître le fonctionnement de l'hôpital, d'être en relation avec Lucie (référente culturelle) cela m'a permis de proposer l'année dernière quelque chose qui n'avait pas été fait, à savoir une résidence de création en service d'hématologie, à l'hôpital des enfants et d'y installer un artiste pour trois jours »*. (Nadège, médiatrice dans une scène de musiques actuelles, en lien avec un CHU). Dans cette relation de confiance, parfois de complicité, une acculturation s'opère entre les enjeux croisés du monde de l'art et du monde du soin. C'est dans cette relation que se maintient l'équilibre fragile qui permet aux projets culturels de ne pas se départir de leur valeur artistique tout en prenant sens dans l'univers du soin. Il ne s'agit pas de confondre les positions des uns et des autres mais coopérer implique bien plus qu'une simple collaboration dans la mesure où cela implique aussi d'accepter d'être transformé par la relation (Eloi, 2018 ; Sennet, 2014).

Cette « médiation élargie », par référence au concept kantien de « pensée élargie » qui suppose que chacun se décentre et fasse cas de la perspective de l'autre, caractérise la médiation comme fondamentalement basée sur la contribution de l'autre dans un projet nécessairement élaboré selon des aspirations et des points de vue multiples (Liot, Langeard, Montero, 2020). Dans cette perspective, elle pose la question de la complémentarité des compétences et celle des modes de coopération dans une approche interprofessionnelle.

VI. Prendre en compte les organisations pour définir la médiation

Ainsi, la médiation peut être pensée comme une chaîne de coopération où les médiateurs professionnels dans et hors établissements de santé sont à la fois indispensables et insuffisants pour incarner à eux seuls la médiation, que celle-ci soit entendue comme la mise en œuvre du projet ou comme le travail de

réception. La construction des projets intersectoriels définit les besoins de médiation à plusieurs niveaux. En interne, il s'agit de permettre l'inclusion d'un projet dans l'établissement, mais les projets nécessitent aussi de construire un lien avec l'environnement extérieur. Or cette mission ne relève pas de la même logique que la précédente et n'est pas toujours facile à mener à partir d'une position interne à l'hôpital alors qu'elle s'y avère pourtant essentiel pour y installer les projets. L'inclusion dans une structure implique d'adhérer pleinement à ses objectifs et d'en être partie-prenante, or l'intersectorialité nécessite de pouvoir articuler les objectifs artistiques et les objectifs de santé. Elle invente une place nouvelle pour la médiation qui se joue dans un continuum entre un ancrage institutionnel fort et un déplacement vers des enjeux artistiques que le référent culturel de l'établissement de santé ne porte jamais seul, mais qu'il partage avec d'autres protagonistes des établissements et avec une organisation artistique et culturelle partenaire.

Si les secteurs juridique, éducatif et social ont fait de la médiation un moyen de résolution des conflits, le besoin de médiation dans les projets intersectoriels s'inscrit dans la tension provoquée par la rencontre entre deux mondes différents qui n'ont aucune raison d'adhérer aux mêmes valeurs, ni même de s'orienter vers les mêmes objectifs. La médiation dans ce contexte consiste, pour reprendre la citation d'Isaac Newton, à construire des ponts et non des murs alors que la rationalisation de nos sociétés contemporaines a conduit au contraire à une division du travail et à une spécialisation sans cesse accrue. L'intersectorialité incite à considérer la médiation non comme la construction d'un lien entre une œuvre et un public, c'est-à-dire comme une relation des individus aux objets (Hennion, 1993) mais dans un rôle de passeur entre deux mondes. « *On a la volonté de briser nos murs, car là où est le mur on ne respire pas, on étouffe, on implose* » explique Alix. La « problématique de l'écart » (Fleury, 2015) se déplace de la relation entre individus et équipements culturels vers celle des mondes sociaux et de leur articulation.

Définir le lieu le plus favorable pour occuper cette fonction n'est donc pas aisé. La médiation est souvent liée au contexte où elle s'élabore, elle est plus une fonction qu'une position. À l'intérieur des organisations de santé, il est souvent difficile de ne pas être absorbé par les logiques de soin et de tendre vers des attentes directement curatives, mais la même remarque peut être faite aux

structures culturelles. Celles-ci ont souvent tendance à relier la médiation à leurs objectifs centraux de fabrication d'un public pour faire advenir l'œuvre, avec le risque de confondre enjeux de diffusion et de médiation (Chaumier, Mairesse, 2014 ; De Varine, 2015). En étant partie prenante du monde de l'art, elles construisent elles aussi une forme de tropisme qui rend difficile la prise en compte de l'autre et la construction d'une interculturelité. De ce point de vue, l'intersectorialité implique un déplacement des enjeux des organisations culturelles comme des organisations de santé vers une redéfinition de leurs propres objectifs pour une meilleure articulation entre art et questions sanitaires. Elle participe ainsi au mouvement actuel qui, à travers la notion de droits culturels, conduit à un déplacement dans le secteur de la culture. Dans cette perspective, ce ne sont plus l'œuvre et l'artiste au centre de l'action mais bien l'individu singulier qui y prend part. De la même manière, dans le secteur de la santé les projets artistiques participent à la mise en œuvre du droit des patients qui consiste à donner une place centrale à la personne et non à la maladie et à la technique de soin (Liot, 2022b).

L'analyse de la médiation dans les projets Culture et Santé conduit à ne pas séparer cette fonction d'une réflexion organisationnelle. Trop souvent la médiation est abordée à partir de la figure du médiateur ce qui focalise sur la dimension relationnelle et communicationnelle de la médiation. Cette fonction est perçue essentiellement comme une mise en relation d'un public et d'une œuvre, quelles que soient les caractéristiques octroyées au public (spécifique, éloigné, nouveau public ou public habituel, etc.) ou les outils de la médiation (cartels, conférences, visites guidées, ateliers de pratique, etc.). À l'hôpital, la médiation devient un questionnement sur le projet et sur la manière dont il s'inscrit dans un environnement composé non seulement de patients, mais aussi de différents types de personnels et d'une organisation régie par des normes et des procédures et traversée par des cultures professionnelles et des rapports sociaux. *« L'institution impose des contraintes, des horaires, des protocoles... Les artistes ne changent pas les choses mais ils révèlent ces contraintes, avec finesse, ils nous amènent à voir ce que l'on ne voit plus parce qu'on est pris dans le quotidien de l'institution ».* (Carole, référente culturelle en EHPAD). Aussi, il s'agit de prendre en compte ce que l'organisation fait aux sujets (soignants comme patients) et d'envisager la place du projet dans ce lien

entre sujet et organisation. Penser la médiation en lien avec l'organisation consiste à ne se centrer ni sur l'œuvre ni sur le public, mais bien sur la manière dont le projet artistique va s'inscrire globalement dans un contexte et agir aussi sur ce contexte. De ce point de vue, les personnels soignants et administratifs qui composent l'hôpital ne sont pas juste des facilitateurs ou des obstacles pour rencontrer le public, mais ils sont pleinement partie prenante de l'action parce qu'ils participent de cette organisation. À l'inverse, le « public » à l'hôpital n'est pas un public « hors sol » qu'il faudrait éduquer, capter, mais sa relation à l'art prend sens par le cadre spécifique qui l'accueille. Dans ces contextes que sont l'école, la prison, l'hôpital, la rencontre avec l'art et sa capacité à prendre sens pour les personnes ne peuvent se faire qu'en lien avec l'organisation et en interrogeant le rapport du sujet à l'organisation. Le rôle de la médiation se situe à cet endroit et nécessite certes des compétences discursives et relationnelles, mais surtout politiques et stratégiques pour construire ce lien aux lieux de soins et un rapport qui déplace tout autant la manière de concevoir et de pratiquer le soin que la manière d'envisager la place de l'art, le rôle de l'artiste et les missions des établissements culturels. A travers ces scénarii de la médiation, on voit se dessiner, dans les tensions entre les mondes, un enjeu commun encore mal partagé : celui de la reconnaissance des personnes comme sujets porteurs d'identité culturelle, quel que soit l'espace social où elles évoluent à un moment de leur existence (Dewey, 2005). « *On travaille avec des personnes humaines, affirme Carole, des citoyens qui ont le droit de prendre part à la vie de l'établissement, qui ont encore des choses à dire, qui sont capables de faire des choix, cela se respecte* ». (Carole, référente culturelle en EHPAD). Les projets artistiques intersectoriels travaillent à cette redéfinition des projets artistiques comme un processus réflexif qui permet aux individus d'être reconnus dans ce qu'ils sont et dans leur participation au collectif (Caune, 1999). Ainsi, la médiation, entendue comme une action collective qui traverse les structures et qui mobilise une chaîne d'acteurs, s'inscrit dans un contexte et agit sur ce contexte. Elle se situe donc au cœur des enjeux de changement qui traversent aujourd'hui les établissements culturels et les établissements de santé et qui amène à repenser la place des personnes à l'intérieur de ces organisations.

VI. Conclusion

L'activité des médiateurs dans les contextes spécifiques que nous venons de décrire est à la fois pragmatique et stratégique. La professionnalisation de ces fonctions et leur développement dans les établissements culturels ou de santé conduit à déplacer ces structures par rapport aux rôles habituels sur lesquels elles se sont bâties. Sans faire fi de la valeur de ces missions spécifiques - d'autant que dans le domaine de la santé, il s'agit d'utiliser les moyens techniques les plus performants pour permettre aux usagers des lieux la meilleure prise en charge – la mise en œuvre de projets artistiques et culturels bouscule les représentations du rapport à l'art mais aussi de ce que soigner veut dire. Elle appelle, en effet, à travailler la relation entre les différentes parties prenantes de l'action. Elle interroge fréquemment la relation patients/soignants, la perception du malade et de la maladie, le pouvoir médical ou encore le respect de la dignité des personnes. Le rôle du médiateur est d'inscrire le projet dans l'organisation et de prendre part aux dynamiques de changement impulsées par les projets artistiques (Alter, 2000 ; Liot, 2022a). Il acquiert alors un rôle politique dans le sens où il implique une réflexion sur l'ensemble de l'organisation du secteur. Mais, le médiateur ne peut porter seul cette fonction qui doit être construite par une chaîne de coopération dans et hors établissement de santé pour faire advenir de nouvelles pratiques et de nouvelles manières de considérer les usagers des lieux de soins.

Remerciements

Ce travail de recherche a été soutenu par la région Aquitaine dans le cadre d'un appel à projet « Recherche », avec la participation de l'Agence régionale de santé (ARS) et de la Direction régionale des affaires culturelles (DRAC). Il a bénéficié de l'appui du pôle Culture et Santé en Nouvelle-Aquitaine.

Références bibliographiques

- Archambeau S. (2010), *L'atelier d'expression en psychiatrie*, Toulouse, Érès.
- Arnaud, L. (2018), *Agir par la culture*, Toulouse, Éd. de l'Attribut.

- Alter, N. (2000), *L'innovation ordinaire*, Paris, PUF.
- Ayme, J., (1985) « Essai sur l'histoire de la psychothérapie institutionnelle », *Actualités de la psychothérapie institutionnelle*, Vigneux, Matrices.
- Benaroyo, L., Lefève, C., Mino, J.-C., Worms, F., (2010), *La philosophie du soin : Éthique, médecine et société*, Paris, PUF.
- Bergeron, H., Castel, P. (2015), *Sociologie politique de la santé*, Paris, Presses Universitaires de France.
- Brousta, (1996), *L'expression, psychothérapie et création*, Paris, ESF.
- Caillet, E. (1994), « L'ambiguïté de la médiation culturelle : entre savoir et présence », *Culture & Musées*, 6, pp. 53-73.
- Caillet, E., Fradin, F., Roche Vallée, E. (2000), *Médiateurs pour l'art contemporain - Répertoire des compétences*, Paris, La Documentation française.
- Callon, M. (1986), « Éléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles Saint-Jacques dans la Baie de Saint Brieuc », *L'Année sociologique*, 36, pp. 169-208.
- Caune, J. (1999), *Pour une éthique de la médiation. Le sens des pratiques culturelles*, Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble.
- Chaumier, S., Mairesse, F. (2014), *La médiation culturelle*, Paris, Armand Colin
- Demailly, L. (2008), *Politiques de la relation. Approche sociologique des métiers et activités professionnelles relationnelles*, Lille, Presses universitaires du Septentrion.
- Dewey, J. (2005), *L'art comme expérience*, Paris, Farrago.
- Éloi L. (2018), *L'impasse collaborative. Pour une véritable économie de la coopération*, Lonrai, éditions Les Liens qui Libèrent.
- Fleury, L. (2008), « L'influence des dispositifs de médiation dans la structuration des pratiques culturelles. Le cas des correspondants du Centre Pompidou », *Lien social et Politiques*, 60, pp. 13-24

- Fleury, L. (2015), « L'invention des politiques de médiation au plus près des institutions et du public. Pour une compréhension socio-historique d'un processus d' « action réciproque » » dans *Les mondes de la médiation culturelle*, Volume 1, *Approches de la médiation*, Paris, L'Harmattan.
- Hennion, A. (1993), *La passion musicale. Une sociologie de la médiation*, Paris, Métailié.
- Langeard, C. (2015), « Les projets artistiques et culturels de territoire. Sens et enjeux d'un nouvel instrument d'action publique », *Revue Informations sociales*, "Arts, culture et cohésion sociale", 190, pp. 64-72.
- Liot, F., Langeard, C., Montero, S. (2020), *Culture et Santé. Quels changements dans les politiques publiques, les organisations et les pratiques ?*, Toulouse, l'Attribut.
- Liot, F. (2022a) « La musique en milieu hospitalier : quelle place pour les établissements culturels et pour les artistes à la frontière des mondes de l'art ? » dans *La musique en mouvements. Horizon 2030*, CMLAB, Centre national de la musique/Ministère de la culture.
- Liot, F. (2022b), « Les projets artistiques dans les établissements de santé. L'expérience d'une réciprocité qui redéfinit la nature du soin et la place de l'art. », dans *Droits culturels. Les comprendre, les mettre en œuvre*, Toulouse, L'Attribut, Ufisc, Auvergne-Rhône-Alpes Spectacle vivant.
- Montoya, N. (2008), « Médiation et médiateurs culturels : quelques problèmes de définition dans la construction d'une activité professionnelle », *Lien social et politiques*, automne, 60, pp. 25-35.
- Montoya, N. (2009), *Médiateurs et dispositifs de médiation : contribution à l'établissement d'une grammaire d'action de la démocratisation de la culture*, Thèse pour l'obtention du doctorat de sociologie, Université Paris III, Sorbonne
- Nardin, A. (dir.), (2009), *L'humanisation de l'hôpital*, Paris, Musée de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris.

- Oury, J. (1977), *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle*, Paris, Éd. Payot.
- Peyrin, A. (2010), *Être médiateur au musée : Sociologie d'un métier en trompe-l'œil*, La Documentation française.
- Prinzhorn, H. (1984), *Expressions de la folie. Dessins, peintures, sculptures d'asile*, Paris, Gallimard.
- Saada, S. (2014), *Et si on partageait la culture ? Essai sur la médiation culturelle et le potentiel du spectateur*, Toulouse, L'Attribut.
- Salaün-Ramalho, F. (2009), « Le mot et l'idée : genèse et fortune du concept d'humanisation des hôpitaux », dans A. Nardin (dir), *L'humanisation à l'hôpital*, Musée de l'AP-HP.
- Sennett R. (2014), *Ensemble : pour une éthique de la coopération*, Paris, Albin Michel.
- Urfalino, P. (1996), *L'invention de la politique culturelle*, Paris, La Documentation française.
- De Varine, C. (2015), « Il n'y a pas que des publics », *Culture et musée*, 26, pp. 179-183.

Notes Biographiques

Françoise Liot est maître de conférences HDR, enseignante à l'IUT Bordeaux-Montaigne, chercheuse au Centre Emile Durkheim, université de Bordeaux.. Elle a créé et dirigé la licence professionnelle Conception de projets et Médiation Artistique et culturelle (CoMédiA) de 2011 à 2021. Ses travaux portent sur les professions artistiques et culturelles, sur les organisations culturelles et sur l'économie de la culture.

 <https://orcid.org/0000-0001-7109-3900>

IUT Bordeaux Montaigne, 1, rue Jacques Ellul, 33080 Bordeaux Cedex

francoise.liot@u-bordeaux.fr

Recebido em maio de 2023 aceite para publicação em dezembro de 2023