



# **culture à l'hôpital**

**FORMATION THÉMATIQUE**

**Danse, Arts plastiques, Musées**

**18-19-20 novembre 2008 à Paris**





# SOMMAIRE

---

## 03 SOMMAIRE

## 05 PRÉSENTATION par Xavier Collal

## 07 TEXTES DE RÉFÉRENCES

- . 09 Le programme "Culture à l'hôpital"
- . 11 La Convention de 1999 (et annexes)
- . 17 Le protocole d'accord de 2006  
Discours des ministres :
- . 20 Renaud Donnedieu de Vabres, Ministre de la Culture et de la Communication
- . 23 Xavier Bertrand, Ministre de la Santé et des Solidarités

## 27 ÉLÉMENTS DE RÉFLEXION / RÉCITS D'EXPÉRIENCES

### Danse

- . 31 *Quand la danse entre à l'hôpital* de Philippe Le Moal
- . 34 *Quand la relation au public engage la relation de l'artiste*, François Veyrunes, propos recueillis par Pascale Chaumet
- . 37 *Seuils* d'Antoine Choplin
- . 40 *Si vous avez 5 mn, je viens danser rien que pour vous* de Geneviève Pernin
- . 41 *Entre temps... dans une chambre d'hôpital* d'Aurore Després
- . 45 *Individus en mouvements engagés* de Julie Nioche
- . 50 *Chorégraphies "concertées". La participation créative comme positivité* de Nieke Swennen

### Musées

- . 55 *Un musée au cœur de notre histoire - Le Musée de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris*
- . 56 *Deux projets d'expositions mis en place par le Musée de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris*
- . 59 *Mémoires de corps - Ados à corps perdus* de Christian Block
- . 61 *Le Musée se découvre à l'hôpital*
- . 65 *Cité des Sciences et de l'Industrie : action menée avec l'Institut Gustave Roussy (Villejuif) dans la Cité des enfants "Nouvelle génération"*

### Arts plastiques

- . 69 *L'hôpital retourné par l'art contemporain* de Christian Ruby
- . 72 *Comment l'art rend l'espace plus hospitalier ?* d'Alain Cambier
- . 76 *CHR : commission culture conférence des directeurs généraux. Le projet Nishikawa, un projet artistique pour l'hôpital Huriez* de Françoise Dubois
- . 78 *Etat des lieux, projet réalisé à l'Institut Marcel Rivière, centre psychiatrique de la Verrière, Le Mesnil-Saint-Denis* de Eléonore Espargillière

## 81 POUR VOUS AIDER DANS VOS DÉMARCHES

- . 83 Interventions artistiques et culturelles : ce qu'il faut savoir
- . 85 Rémunérer les Artistes-auteurs indépendants (graphiste, plasticien, photographe...)
- . 88 Rémunérer les Artistes, danseurs et techniciens du spectacle vivant et enregistré
- . 91 Présentation des Fonds régionaux d'art contemporain (FRAC)
- . 92 La loi du 04 janvier 2002 pour les musées de France
- . 93 Statut des conseillers pour les musées

## 95 BIO-BIBLIOGRAPHIE

- .97 Biographie des intervenants
- .100 Bibliographie : Les représentations du corps dans l'art et les sociétés

## 101 CONTACTS

- .103 Nationaux
- .104 Régionaux ARH
- .105 Régionaux DRAC

## 107 ANNEXES

- .109 Dispositions statutaires relatives au corps des adjoints techniques de la fonction publique hospitalière
- .118 Contacts nationaux "Mission Vivre ensemble"

## 119 DOCUMENTS DE LIAISON

- .121 **Programme détaillé de la formation**
- .127 **Descriptif des ateliers**
- .135 **Le questionnaire d'évaluation**



# CULTURE À L'HÔPITAL

---

La formation thématique proposée, par le ministère de la Culture et de la Communication et le ministère de la Santé de la Jeunesse, des Sports et de la Vie Associative, en collaboration avec Kyrnéa, organisateur de ces journées, a suscité une forte demande qui a dépassé nos attentes. Ce désir, et cette volonté de participer à ces sessions organisées depuis 2006, nous conforte dans l'idée que nous devons poursuivre avec une grande attention ces formations thématiques, moments précieux de réflexion, mais aussi de rencontres entre le monde hospitalier et le monde culturel.

Le programme "Culture Hôpital" est une priorité pour le ministère de la Culture et de la Communication. Nous savons que ces formations demeurent essentielles afin que les établissements hospitaliers soient en mesure de se doter d'une réelle politique culturelle, en lien avec les équipements culturels de proximité et les artistes, porteurs d'une création vivante.

En 2008, à la Cité Nationale de l'Histoire de l'Immigration, musée national récemment inauguré, qui a bien voulu nous accueillir, trois nouvelles thématiques seront abordées : les arts plastiques, les musées et la danse.

À ce jour, le dispositif "Culture Hôpital" a permis de tisser un partenariat original, tant au niveau national, régional, que local. Le responsable culturel, «métier de la culture» exercé au sein des hôpitaux, a très largement favorisé la mise en œuvre de politiques culturelles intégrées dans la stratégie des établissements, en les inscrivant dans le projet d'établissement et dans le contrat d'objectif.

Chacun se souvient du mouvement important d'ouverture des hôpitaux à la culture, porté et impulsé par ces deux ministères.

Comme vous le savez, la convention signée en 1999, entre les ministères de la Santé et de la Culture, a été consolidée par le protocole du 10 janvier 2006.

L'objectif historique du ministère de la Culture et de la Communication étant bien de faciliter l'accès à la culture au plus grand nombre, aux publics diversifiés.

Au fil de ces dix ans, une collaboration fidèle, suivie et soutenue s'est structurée avec le ministère de la Santé. Toutes les actions culturelles correspondent aux enjeux et aux perspectives de chacun de ces ministères.

Le fort développement du principe de jumelage, mais aussi l'amplification des politiques culturelles au sein des établissements hospitaliers, a permis d'intégrer la "Culture" au fonctionnement structurel de l'hôpital.

L'engagement des établissements hospitaliers et des institutions culturelles à construire des collaborations inventives, l'implication des Directions régionales des affaires culturelles et des Agences régionales de l'hospitalisation a insufflé au programme "Culture Hôpital" un élan qui se traduit aujourd'hui par un dynamisme territorial manifeste ; plus d'une vingtaine de conventions ont été signées en régions et l'élargissement aux collectivités, notamment aux conseils régionaux, s'est engagé depuis quelques années et se poursuit en 2008. Citons aussi l'implication et le travail fondamental effectué par le monde associatif dans ce programme.

Depuis quelques années, les projets artistiques se sont multipliés, et nous devons faire face à une demande grandissante pour des réalisations de qualité. Plus que jamais, il est d'actualité et nécessaire de se doter des compétences de l'artiste, de l'équipement culturel ou encore de celle du responsable culturel, car l'action artistique ne s'invente pas, c'est un métier, une série de compétences qu'il faut en permanence acquérir.

Permettre à une communauté professionnelle, humaine et spécifique, d'accéder à cette offre, c'est l'ambition de ce programme, un territoire de la démocratisation culturelle conjuguée à des perspectives d'humanisation et de modernité de l'hôpital.

## CULTURE À L'HÔPITAL

---

Le ministère de la Culture et de la Communication encourage les équipements culturels de proximité à s'engager. Il se félicite de la réappropriation de ce grand projet par les établissements hospitaliers et les encourage également à poursuivre dans cette voie, et à se doter de responsables culturels.

La formation est une condition substantielle de l'existence de ces projets et de la mise en place de politiques culturelles au sein des établissements. Elle s'adresse aux personnes-ressources, "professionnelles", issues de la culture ou de l'hôpital.

Cette année les thèmes retenus ont pour ambition d'enrichir une réflexion sur le rôle que peut jouer l'art contemporain à l'hôpital aujourd'hui, sur ses enjeux, et de tenter de répondre à la question de la place de la culture en milieu hospitalier et, plus particulièrement à la question de la représentation du corps.

Le corps, porteur de langages, marque de l'individu, sera le fil rouge de ces trois journées ; corps devenu au fil de cette décennie "l'un des analyseurs majeurs de nos sociétés contemporaines, fin révélateur du statut de l'individu" : entre un corps esthétique, lieu privilégié du bien-être, signe d'identité et de singularité mais également lieu de précarité, de souffrance, de vieillissement, voire de dépossession intime.

L'art contemporain pourrait-il se situer entre l'insaisissable du monde moderne et le saisissable du corps ? (1)

Nous souhaitons que ces trois journées soient riches en échanges et apportent quelques éléments de réponses pour ouvrir de nouveaux champs d'investigations.

Un des fondements de la politique de démocratisation culturelle de notre ministère, passe par l'élargissement des publics et conditionne de nouvelles propositions d'accès à l'art et la culture, au profit d'objectifs plus précis comme la création de liens nouveaux, et de faire de la personne - hospitalisée ou au travail - un individu doué d'ouverture.

J'espère que cette rencontre marquera l'évolution et le renforcement des collaborations. Ensemble, faisons de ce programme un pôle d'excellence, une des priorités de ce ministère.

Xavier COLLAL

Chargé de Mission "Culture à l'hôpital"  
Délégation au Développement et aux Affaires Internationales (DDAI)  
Mission pour le développement des publics (MDP)  
Ministère de la Culture et de la Communication  
182 rue st Honoré  
75033 Paris cedex 1

(1) Variantes autour de *L'Anthropologie du corps et modernité*, David Le Breton, Editions P.U.F, 4<sup>ème</sup> édition (2005).

# TEXTES DE REFERENCE

---





## LE PROGRAMME “CULTURE À L'HÔPITAL”

Créé en 1997, le programme “Culture à l'hôpital” a pour mission de faciliter l'accès à la culture aux personnes hospitalisées.

Cet objectif est favorisé par l'intervention de plus en plus fréquente, depuis une dizaine d'années, d'artistes en milieu hospitalier. Ce mouvement s'inscrit dans un double contexte :

- Pour le milieu de la santé, l'entrée de l'art à l'hôpital permet à la fois de rendre l'hôpital plus accueillant et plus humain, et constitue pour l'établissement une occasion de s'ouvrir sur la cité.
- Pour la culture, l'hôpital représente, dans la ville, un espace privilégié de rencontres avec les publics: les artistes s'y intéressent car il permet un rapport au public d'une autre nature que celui qui s'établit dans les salles de spectacles ou d'expositions ; quant aux équipements et institutions culturels, ils y voient l'occasion d'un travail hors les murs qui favorise des relations durables avec cette partie de la population qui n'entre pas toujours dans les théâtres ou les musées.

En mai 1999, une première convention nationale était signée entre le ministère de la culture et de la communication et le secrétariat d'État à la Santé.

Depuis 2000, la politique du ministère de la culture et de la communication se développe autour des points suivants :

- Échanges entre l'hôpital et les institutions ou structures culturelles de son environnement : c'est le dispositif de jumelages,
- Professionnalisation des correspondants “culture” des hôpitaux : création de la fonction de “responsable culturel hospitalier”, mise en place de formations annuelles (par l'ARSEC/Lyon),
- Signature de conventions entre les Directions Régionales des Affaires Culturelles (DRAC) et les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) pour créer les conditions d'une politique régionale de la culture à l'hôpital,
- Diversification des financements : création d'un club d'entreprises, le Cercle des partenaires de “Culture à l'Hôpital”, pour ajouter aux financements publics ceux du secteur privé,
- Mise en place de projets culturels diversifiés : toutes les disciplines artistiques sont représentées,
- Développement des bibliothèques dans les hôpitaux, et création d'un réseau européen.

Aujourd'hui, de nombreux hôpitaux commencent à inclure la culture dans leur projet d'établissement, voire dans le contrat d'objectifs, développant ainsi une politique culturelle globale, coordonnée par un responsable culturel professionnel et faisant appel aux ressources culturelles et artistiques de leur région. Toutes les actions sont menées en partenariat étroit avec le ministère de la santé et des solidarités, en particulier la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), partenaire fidèle de ce programme interministériel.

Pour le ministère de la culture et de la communication, l'objectif est de faciliter l'accès à la culture au plus grand nombre. Chaque établissement doit pouvoir se doter d'une politique culturelle en lien avec les équipements culturels de proximité (château, musée, conservatoire de musique, bibliothèque...) et les artistes. Ainsi, depuis quelques années, les jumelages se sont multipliés et les 250 qui existent sont particulièrement diversifiés. Cette politique est relayée en région par des conventions signées entre les DRAC et les ARH.

## LE PROGRAMME “CULTURE À L'HÔPITAL”

---

### Les chiffres

Dix-neuf directions régionales des affaires culturelles ont signé à ce jour une convention avec l'agence régionale de l'hospitalisation de leur région, générant en 2005 un budget de 1,5 million d'euros pour les DRAC et 1,5 million d'euros pour les ARH, permettant de financer environ 250 projets.

Tous les projets financés dans le cadre de ces conventions font appel à des artistes professionnels rémunérés, et bénéficient d'une expertise préalable par les DRAC.

350 responsables culturels hospitaliers ont été formés en cinq ans. Une centaine d'entre eux exerce la fonction de responsable culturel hospitalier au sein de leur hôpital.

Depuis quatre ans, le ministère de la culture et de la communication mobilise des crédits afin de former des responsables culturels à l'hôpital. Il s'appuie sur un organisme de formation. Fin 2004 et en 2005 ont été proposées des formations thématiques sur les problématiques de la mise en place de politiques culturelles au sein des établissements hospitaliers.

### Événements “Culture à l'Hôpital”

À l'initiative du ministère de la culture et de la communication (Délégation au Développement et aux Affaires Internationales) et du ministère de la santé et des solidarités (Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins), ce programme a été marqué par un certain nombre d'événements de portée nationale ou internationale :

- “Les Rencontres européennes de la Culture à l'Hôpital” organisées en février 2001 à Strasbourg à l'initiative du ministère de la culture et de la communication,
- Le séminaire : “Quelle politique culturelle dans les établissements de santé ?” organisé par le ministère de la Santé et des Solidarités en janvier 2002,
- “Les journées de la Culture à l'Hôpital” lancées en mars 2002 dans l'ensemble des établissements de santé, par le ministère de la culture et de la communication,
- L'opération “Coups de projecteurs à l'hôpital” initiée en septembre 2003 dans dix sites hospitaliers par les deux ministères,
- Le séminaire “Les compétences des responsables culturels pour des projets culturels de qualité”, organisé en mars 2004 par les deux ministères,
- Le séminaire “Le cinéma à l'hôpital” organisé en 2004 par les deux ministères,
- Le séminaire “Musique et adolescence à l'hôpital”, organisé en collaboration avec la Cité de la Musique en juin 2004,
- Le colloque “Hôpital, art et architecture” organisé par le CHU de Lille en collaboration avec le ministère de la culture et de la communication fin 2004.

# CONVENTION ENTRE LE MINISTÈRE DE LA CULTURE ET DE LA COMMUNICATION ET LE SECRÉTARIAT D'ÉTAT À LA SANTÉ ET L'ACTION SOCIALE

## Préambule

La nécessité de faire de l'hôpital un lieu plus humain, ouvert à la cité, est aujourd'hui reconvenue comme une priorité par l'ensemble du secteur médical et hospitalier. Elle se traduit par des politiques nouvelles visant à améliorer l'accompagnement des personnes hospitalisées et de leur famille, et à assurer aux personnels soignants un cadre professionnel plus agréable.

La culture peut jouer un rôle essentiel dans cette évolution. En dehors de tout objectif thérapeutique, elle participe à l'amélioration de l'environnement des personnes et contribue à favoriser la relation de l'hôpital avec l'extérieur.

La mise en place de projets culturels dans les hôpitaux, l'intervention d'artistes auprès des malades, la mise à disposition d'œuvres d'art ou de livres constituent autant d'éléments de nature à faire de l'hôpital un lieu où la culture est présente.

De la même façon le milieu culturel s'intéresse à l'hôpital car celui-ci réunit des publics potentiels de tous âges et de toutes origines sociales.

Un séjour prolongé à l'hôpital peut être l'occasion d'un contact privilégié avec la culture, d'une découverte de la création artistique, du patrimoine ou de la littérature, et, après l'hospitalisation, donne l'envie de fréquenter davantage les équipements culturels.

C'est pour favoriser le développement des activités culturelles dans les hôpitaux que les deux ministères concernés ont souhaité définir, dans la présente convention, les axes principaux de leur politique commune, afin d'aider les hôpitaux à se doter d'une véritable politique culturelle.

## Définitions

Le terme "hôpital" fait référence à tout établissement de santé.

Le terme "équipement culturel" fait référence à des lieux culturels sous tutelle de l'Etat ou/et des collectivités, proposant des programmes d'action et de diffusion culturelles : théâtres, bibliothèques, musées, centres et écoles d'art ou de musique, centres culturels, monuments historiques, etc.

## Article 1 - Jumelages entre hôpitaux et équipements culturels

Afin de permettre à un équipement culturel proche d'un hôpital de proposer à celui-ci certaines de ses ressources, des jumelages pourront être mis en place.

Ces jumelages obéissent à trois critères :

- ils se déroulent sur une durée minimale d'un an, éventuellement renouvelable.
- ils favorisent des échanges entre l'hôpital et l'équipement culturel
- ils permettent l'organisation d'un atelier de pratique artistique auprès des malades d'un service, en lien avec des artistes professionnels et sous l'égide de l'équipement culturel.

Les jumelages peuvent obtenir une aide financière du Ministère de la culture auprès des directions régionales des affaires culturelles (DRAC).

Ils peuvent également bénéficier de financements complémentaires du cercle des partenaires de la culture à l'hôpital mis en place conjointement par les deux ministères signataires du présent accord cadre.

**Annexes n°1 : définition des jumelages**

**Annexes n°2 : modalités du Cercle des Partenaires**

## CONVENTION ENTRE LE MINISTÈRE DE LA CULTURE ET DE LA COMMUNICATION ET LE SECRÉTARIAT D'ÉTAT À LA SANTÉ ET L'ACTION SOCIALE

### **Article 2** - Développement des bibliothèques dans les hôpitaux

La lecture constitue l'axe culturel le plus couramment présent dans les hôpitaux, et le plus pertinent dans la mesure où l'hospitalisation constitue pour beaucoup un moment privilégié d'accès à la lecture. La présence de bibliothèques dans la plupart des hôpitaux, de même que l'implication du secteur hospitalier dans l'opération "Le temps des livres" sont les signes de cet intérêt.

La présente convention comporte, en annexe, un texte spécifique concernant le développement et l'amélioration des bibliothèques dans les hôpitaux.

### **Annexe n°3 : développement des bibliothèques dans les hôpitaux.**

### **Article 3** - Responsables culturels dans les hôpitaux

La coordination d'activités culturelles dans les hôpitaux nécessite souvent un personnel à la fois compétent et disponible, qui fait défaut dans la plupart des hôpitaux. Pourtant, toute politique culturelle volontariste nécessite d'être mise en place par un professionnel. Afin de répondre à cette question le présent accord entend favoriser la présence de responsables culturels dans les hôpitaux, le cas échéant auprès des chargés de la communication, en lien avec le milieu culturel professionnel local.

Pour ce faire, les financements proviendront d'une part des crédits de l'Etat (en particulier par le dispositif emplois-jeunes qui assure 80% du coût salarial de chaque poste sur la base du salaire minimum), d'autre part par des recettes complémentaires provenant de l'hôpital lui-même et des collectivités locales.

Des formations adaptées seront mises en place à l'initiative du Ministère de la culture et de la communication pour ces responsables culturels.

L'objectif de cent responsables culturels sur cinq ans est fixé par la présente convention.

### **Article 4** - Conventions régionales

Afin de conforter les politiques culturelles des établissements hospitaliers au niveau régional, des conventions pourront être signées entre la DRAC et le ou les hôpitaux d'une ville ou, mieux, entre la DRAC et l'Agence Régionale de l'Hospitalisation. Ces conventions viseront à appliquer localement les différents articles de la présente convention.

### **Article 5** - Evaluation

Le Ministère de la culture et de la communication proposera annuellement au Secrétariat d'Etat à la santé et à l'action sociale, en fin d'année, un bilan des différentes actions auxquelles fait référence la présente convention.

Fait à Paris, le

Pour le Ministère de la culture et de la communication, la Ministre, Catherine Trautmann

Pour le Secrétariat d'Etat à la santé et à l'action sociale, le Secrétaire d'Etat, Bernard Kouchner

# CONVENTION - CADRE ENTRE LE MINISTÈRE DE LA CULTURE ET DE LA COMMUNICATION ET LE SECRÉTARIAT D'ÉTAT À LA SANTÉ ET À L'ACTION SOCIALE

## ANNEXE 1

### *Le jumelage entre des équipements culturels et des hôpitaux d'une même région*

Les jumelages avec les hôpitaux illustrent la volonté du Ministère de la culture et de la communication et du secrétariat d'Etat à la santé et à l'action sociale de favoriser le développement de la culture en milieu hospitalier, et d'ouvrir le plus largement possible à tous les publics les équipements culturels. L'association de grandes entreprises au développement de cette action est organisée dans le cadre du "cercle des partenaires de la culture à l'hôpital" (cf.annexe 2).

Ce programme favorise, **par le jumelage entre équipements culturels et hospitaliers d'une même région**, la rencontre entre deux milieux, artistique et médical, qui ont peu l'occasion de se côtoyer alors même qu'ils participent, chacun dans leur domaine et avec la même exigence, à la qualité de l'environnement des personnes.

### **Le principe du partenariat**

Le jumelage entre un hôpital (ou le service d'un hôpital) et un équipement culturel (musée, théâtre, bibliothèque, conservatoire, etc.) constitue une initiative de l'hôpital. Il se construit en lien avec la direction régionale des affaires culturelles (DRAC).

Selon l'âge des patients et la nature de leur pathologie, le jumelage mobilise tel ou tel équipement culturel, privilégie tel ou tel champ d'expression artistique.

Pour mériter le titre de "jumelage" et bénéficier ainsi d'un soutien logistique et financier, le partenariat entre l'hôpital et l'équipement culturel doit respecter quatre critères :

- il doit favoriser un échange, une relation étroite entre les deux établissements : ceci implique un vrai programme artistique (expositions, débats, découvertes d'auteurs et de livres, spectacles ou lectures, concerts, films...), élaboré conjointement, chacun offrant son expérience et ses moyens.

C'est le rôle de la DRAC et du responsable de l'hôpital, en accord avec l'équipement culturel, de fixer les responsabilités réciproques, le calendrier et les modalités de mise en œuvre.

- Il doit permettre l'implication, au sein de l'hôpital, des artistes de la région : s'agissant de programmes en faveur des personnes fragilisées, la qualité artistique des programmes doit être garantie tout en respectant les contraintes liées au contexte hospitalier. Là encore, la DRAC et l'équipement culturel proposent à l'hôpital des artistes susceptibles d'intervenir au sein du jumelage.
- Il doit se dérouler sur une durée minimale d'une année.
- Il doit faire l'objet d'un financement par la DRAC ou par l'équipement culturel ou par les deux. Si la DRAC ne finance pas directement elle doit donner son accord sur le projet.

### **Le financement des jumelages**

Le coût d'un jumelage comporte principalement la rémunération des artistes et la logistique de mise en œuvre. Trois sources de financement permettent sa réalisation :

- une participation financière du Ministère de la culture et de la communication
- des participations des collectivités territoriales, des hôpitaux concernés, des institutions sociales locales
- le Cercle des partenaires de la culture à l'hôpital : le Ministère de la culture et de la communication et le secrétariat d'Etat à la santé et à l'action sociale ont souhaité associer à ce programme un cercle d'entreprises et de fondations dont les contributions sont dédiées aux jumelages de leur choix (voir annexe 2).

## CONVENTION - CADRE

**ANNEXE 2****Le Cercle des Partenaires de la culture à l'hôpital**

Le Cercle regroupe :

- Le Ministère de la culture et de la communication (DDAI)
- Les entreprises et fondations suivantes :
  - La Fondation Air France
  - La Fondation Banques CIC pour le Livre
  - La Fondation Bayer-Santé
  - La Fondation Hachette
  - La Fondation France Télécom
  - La Fondation Ronald McDonald
  - La Fondation Suez Lyonnaise des Eaux
  - L'Institut Electricité Santé
  - Le Laboratoire Glaxo-Wellcome
  - Lego-France
  - Sanofi.

Ces entreprises et fondations ont, chacune, signé une convention sur trois ans avec le Ministère de la culture par laquelle elles s'engagent à financer à hauteur d'une moyenne de 4 000 euros, plusieurs projets de jumelages (voir annexe n°1) entre équipements culturels et structures hospitalières. L'entreprise devient alors partenaire exclusif du jumelage sélectionné.

Le Cercle n'a pas de structure juridique et ne gère pas de fonds. Les sommes attribuées par les entreprises sont versées directement aux structures gestionnaires des jumelages.

Les entreprises choisissent les jumelages qui les intéressent en fonction de leurs axes d'intervention. Le financement par les entreprises n'est donc pas automatique et certains projets peuvent ne pas être financés.

Le Cercle des Partenaires de la culture à l'hôpital se réunit à l'initiative de la délégation au développement et aux affaires internationales (DDAI) 182, rue Saint-Honoré 75033 Paris Cedex 01 (T. 01 40 15 78 57 ou 01 40 15 78 11). La direction des hôpitaux du Ministère de l'emploi et de la solidarité sera invitée à participer à ces réunions.

**ANNEXE 3****Le développement de la lecture dans les établissements de santé**

Ce texte a pour objet le fonctionnement des bibliothèques dans les établissements de santé ; il se propose de définir un cadre favorable au développement des bibliothèques et de la lecture, et de répondre aux besoins culturels en milieu hospitalier.

**Etat des lieux**

Une étude réalisée en 1992 par les ministères chargés de la santé et de la culture, avec l'aide de la Fondation de France, fait apparaître que, sur les 862 hôpitaux qui ont répondu à l'enquête, 711 déclarent comporter une bibliothèque. On dénombre 82 points-lecture dans des centres hospitaliers universitaires, 297 dans ces centres hospitaliers, 130 dans des hôpitaux locaux, 115 dans des centres spécialisés en psychiatrie, 157 dans des unités de soins de suite ou de réadaptation et de longue durée.

L'étude faisait également état de problèmes et de disparités selon les endroits :

- l'offre de lecture peut se présenter par exemple, sous la forme d'une bibliothèque structurée ou d'un dépôt de livres assuré par une bibliothèque publique (desservi par un bibliobus),
- le volume des fonds va de 1 045 à 7 360 ouvrages, anciens et mal renouvelés, et d'origine variable (achats, dont dépôts)
- certaines des bibliothèques sont ouvertes à la fois aux malades et au personnel hospitalier,
- elles occupent des locaux allant de la simple armoire (le plus souvent) à la véritable médiathèque, et ne sont pas toutes accessibles, du fait de leur exiguïté, l'accès direct aux documents est loin d'être la règle
- le partenariat avec des structures extérieures reste rare, en particulier avec le réseau de la lecture publique, à l'exception de quelques cas exemplaires où la bibliothèque de l'hôpital est une annexe de la bibliothèque municipale, le personnel est presque toujours bénévole et souvent insuffisamment formé
- le projet d'une bibliothèque est rarement prévu lors des travaux de réaménagement, et même lors de la construction d'un établissement

## CONVENTION - CADRE

### Publics concernés

Une bibliothèque d'hôpital peut desservir tous les types de publics. Elle peut notamment offrir l'opportunité aux non-lecteurs d'un premier contact avec le livre, ou l'occasion d'un retour à la lecture. A titre d'exemples, dans les services de maternité, les nouveaux parents découvrent les livres pour les tout-petits et l'importance de l'accès au livre dès le plus jeune âge ; ils trouvent également des ouvrages sur la pédagogie, l'éducation et la santé. En pédiatrie, les enfants et leurs parents peuvent explorer toute la richesse de l'édition pour la jeunesse.

En gériatrie le livre constitue un lien avec la vie sociale et l'extérieur. Il est facteur de mémorisation et d'intérêts renouvelés.

En psychiatrie, le livre est l'occasion d'ouverture et d'échanges.

En tout état de cause, l'offre de lecture doit tenir compte d'éléments particuliers comme la fatigue, l'immobilisation, la malvoyance, ou encore les langues étrangères.

La bibliothèque d'hôpital peut également être accessible au personnel de l'hôpital : l'étude de 1992 fait apparaître que la moitié des bibliothèques d'hôpitaux sont fréquentées conjointement par les malades et le personnel qui y trouvent l'occasion d'échanges et de rencontres fructueuses.

### a) Principes généraux

Il est souhaitable qu'un projet de bibliothèque à l'hôpital fasse l'objet d'une convention entre l'établissement de santé, la commune ou le département, la Direction régionale des affaires culturelles (DRAC), une association (lorsqu'il en existe), afin de fixer les objectifs et les moyens respectifs de chaque partenaire.

C'est cette convention qui définira notamment les relations entre la bibliothèque de l'hôpital et la bibliothèque départementale de prêt, lorsque l'hôpital est situé en zone rurale ou dans une commune dépourvue de bibliothèque municipale.

La création et le fonctionnement d'une bibliothèque à l'hôpital relèvent de la compétence des éta-

blissements de santé. Les collectivités territoriales peuvent y contribuer. Le Ministère de la culture (DRAC) est en mesure d'intervenir dans les domaines de la formation du personnel et de la réalisation d'animations ; une aide aux acquisitions d'ouvrages peut être accordée par le Centre national du livre. La création d'une bibliothèque à l'hôpital peut-être l'une des dispositions prévues dans un contrat "ville lecture".

Le libre accès aux collections doit-être la règle, le choix des ouvrages sur liste ne devant constituer qu'une exception justifiée par une contrainte spécifique.

### b) Les locaux

Emplacement : la bibliothèque doit disposer de locaux spécifiques, repérables et aisément accessibles aux malades, en tenant compte des divers degrés de mobilité.

Si l'architecture est pavillonnaire, il convient de rechercher autant que possible une situation centrale. De petits dépôts régulièrement renouvelés peuvent être placés dans les pavillons les plus éloignés.

On prévoira aussi un chariot d'ouvrages, indispensable complément à la bibliothèque en libre accès, permettant au malade immobilisé de choisir lui aussi les ouvrages.

Superficie : à titre indicatif, les recommandations de l'International Federation of Library Association (IFLA) sont une superficie minimale de 28 m<sup>2</sup> pour 100 lits (soit 140m<sup>2</sup> pour un hôpital de 500 lits, par exemple).

Aménagement : il doit garantir la réalité du libre accès des lecteurs aux collections, et répondre à des besoins précis par un mobilier normalisé pour le prêt, la présentation des livres, revues, BD, albums, cassettes, disques..., et par un matériel spécifique (chariots, panneaux d'affichage et d'exposition, matériel audiovisuel...). Une attention particulière doit être portée à la lumière (naturelle et artificielle) et à la charge au sol (la norme est 600 kg par m<sup>2</sup>).

### c) Les collections

Il convient de veiller à la qualité et à la variété des fonds d'ouvrages qui comprendront divers types de supports. Les demandes particulières pourront être satisfaites par la bibliothèque municipale ou départementale.

## CONVENTION - CADRE

Aucun domaine ne doit être exclu a priori. S'il le souhaite, le bibliothécaire pourra prendre l'avis de l'équipe médicale sur certains ouvrages, mais il demeure le responsable intellectuel de la politique d'acquisition.

Il est souhaitable qu'aux livres s'ajoutent des revues, des cassettes (documents parlés, livres sonores, musique) et d'autres types de documents.

Tout fonds de bibliothèque doit être régulièrement renouvelé (environ 10% du fonds chaque année) sous peine d'obsolescence. Un minimum de 3 000 livres est indispensable. Les acquisitions se font essentiellement par une politique d'achats réguliers, identifiée par une ligne budgétaire de l'établissement complétée par des dépôts effectués par une bibliothèque municipale ou une bibliothèque départementale de prêt.

### d) Le personnel salarié et bénévole

Le développement de la lecture à l'hôpital implique que l'on mette à la disposition des malades et des personnels hospitaliers un service d'une nature et d'une qualité comparables à celui qu'offrent les bibliothèques publiques. Le personnel en charge de la lecture à l'hôpital doit donc être qualifié, qu'il s'agisse des professionnels ou des bénévoles.

#### 1 les salariés

Il est recommandé que la bibliothèque de l'établissement de santé soit dirigée par un professionnel, recruté soit directement par l'hôpital, soit sur la base de la convention avec la bibliothèque municipale ou départementale qui peut prévoir l'intervention d'un bibliothécaire de la bibliothèque municipale ou de la bibliothèque départementale de prêt.

En fonction de l'importance de l'établissement, le recrutement de plusieurs professionnels peut être envisagé.

Pour référence, on peut s'inspirer des recommandations de l'IFLA (International Federation of Library Association) (1984) :

- hôpitaux de court séjour de 400 à 500 lits, avec un effectif de 700 à 1000 agents : on prévoit un bibliothécaire et un aide bibliothécaire, plus si l'on veut assurer deux tournées hebdomadaires de qualité avec le chariot,

- hôpitaux de moyen et long séjour : le bibliothécaire doit consacrer plus de temps aux malades, sans négliger l'accueil du personnel. Pour 300 lits, on prévoit un bibliothécaire et un aide bibliothécaire, - au-delà de 500 lits, on recommande un personnel plus important.

Il est essentiel que ces professionnels reçoivent une formation courte, assurée par l'hôpital lui-même, les préparant à travailler dans cet environnement particulier.

#### 2 les bénévoles

Les bénévoles s'insèrent dans une action de service public.

Il convient donc de définir avec eux les modalités de cette action, par un contrat écrit ou une convention entre l'établissement de santé et l'association à laquelle ils sont éventuellement rattachés.

Lorsque l'établissement hospitalier est de petite taille et qu'un professionnel ne peut être recruté, la direction de l'hôpital devra instaurer une collaboration avec les professionnels de la lecture publique (bibliothèques municipales les plus proches et/ou bibliothèque départementale de prêt) afin de s'assurer de la compétence des bénévoles, et de définir les modalités du dépôt de livres, du conseil, de la formation et du suivi de cette activité.

### e) La vie et l'animation de la bibliothèque

Les horaires d'ouverture de la bibliothèque sont fonction du personnel qui lui est affecté : à titre indicatif, on considère qu'un seul agent peut assurer 12 heures d'ouverture par semaine et 2 passages de chariots, et que deux agents assurent 18 à 20 heures d'ouverture et 4 passages de chariots.

La bibliothèque a vocation à être un foyer de vie culturelle de l'hôpital. Elle devra donc disposer des moyens nécessaires (et de la surface) à l'organisation d'animations telles que des rencontres avec des auteurs, des expositions thématiques ou des lectures.



## LE PROTOCOLE D'ACCORD

### Entre

Le ministère de la santé et des solidarités, représenté par le ministre de la santé et des solidarités

Le ministère de la culture et de la communication, représenté par le ministre de la culture et de la communication ci-dessous dénommé "le ministère"

### et

Les entreprises et fondations, membres du Cercle des partenaires de la culture à l'hôpital ci-dessous dénommées "les partenaires"

Il est convenu ce qui suit :

### Préambule

Le ministère souhaite développer la culture et les pratiques culturelles au sein des établissements de santé. Pour ce faire, en association avec le ministère de la Santé, il organise la création de jumelages entre des équipements culturels et des établissements de santé d'une même région et favorise ainsi, au bénéfice des malades, la rencontre entre deux milieux, artistique et médical, qui ont peu l'occasion de se côtoyer alors qu'ils participent, chacun dans leur domaine et avec le même niveau d'exigence, à la qualité de l'environnement des personnes.

Le ministère a chargé la délégation au développement et aux affaires internationales de la gestion nationale du programme ainsi que de l'animation et de la coordination du "Cercle des Partenaires de la Culture à l'Hôpital". La DDAI est assistée dans sa mission par l'agence Vocatif.

Un jumelage réunit dans un même projet culturel conçu et mis en œuvre sous l'égide de la Direction Régionale des Affaires Culturelles (DRAC) un équipement culturel et un établissement de santé. Un jumelage constitue un acte volontariste de chacune des parties partenaires.

Un jumelage respecte trois critères :

- Il se déroule sur la durée (au minimum une année), avec une régularité fixée avec l'établissement de santé.
- Il s'articule autour d'un projet artistique, conçu en étroite concertation avec l'établissement de santé en fonction de l'âge et de la pathologie des malades bénéficiaires, dont la qualité est validée par la DRAC et implique des artistes professionnels de la région.
- Il favorise la participation active des malades et des personnels soignants.

Chaque jumelage, après validation par la DRAC, est potentiellement éligible à l'obtention d'aides et de soutiens financiers d'origines publique et privée.

Les équipements culturels concernés par les jumelages sont :

- Les musées des beaux-arts, musées des sciences et musées de société
- Les centres d'art et les fonds régionaux d'art contemporains (FRAC)
- Les châteaux et les monuments historiques
- Les bibliothèques et les médiathèques
- Les théâtres, les scènes nationales et les lieux de diffusion du spectacle vivant
- Les conservatoires, les écoles d'art et tout autre lieu de formation artistique de manière générale, toute structure comparable financée par l'État et/ou sous sa tutelle.

Les établissements de santé concernés par les jumelages sont :

Toutes structures hospitalière publiques ou privées, centres, centres de long séjour, maisons de repos ou maisons de retraite, etc.

## LE PROTOCOLE D'ACCORD

### TITRE 1 : LES JUMELAGES - MODALITÉS DE CRÉATION ET DE FONCTIONNEMENT

#### Article 1 : Rôle des Directions Régionales des Affaires Culturelles (DRAC)

Les DRAC sont chargées par le ministère de favoriser dans leur région le développement de jumelages entre équipements culturels et établissements de santé. Les DRAC sont les interlocuteurs permanents de la DDAI et de Vocatif.

Elles assurent le suivi des projets de jumelages, la définition du cadre général, la validation du projet artistique, la validation de la structure - association ou service hospitalier, responsable de la gestion du jumelage -, dont elles seront l'interlocuteur régional désigné.

Elles participent, le cas échéant, aux négociations avec les autres partenaires locaux, notamment avec les collectivités locales et les ARH / Agences Régionales de l'Hospitalisation.

Elles contribuent pour une part (en moyenne 1/3 du budget annuel) au financement du jumelage, soit directement, soit par le biais des équipements culturels partenaires.

Elles suivent, en relation avec la structure responsable, la rédaction et la transmission du bilan annuel du jumelage.

Elles assurent la relation avec les ARH pour promouvoir et développer les actions artistiques et culturelles en milieu hospitalier, dans le cadre du programme "Culture à l'hôpital".

Elles favorisent, autant que faire se peut, la signature avec l'ARH de leur région de convention destinée à faciliter la mise en œuvre et le financement des jumelages.

Elles associent, chaque fois que possible, l'ARH à l'évaluation et la validation des projets de jumelages qui lui sont soumis

#### Article 2 : Rôle du ministère de la culture et de la communication / DDAI - Délégation au Développement et aux Affaires Internationales

La DDAI assure, en association permanente avec les DRAC, la coordination nationale du programme "Culture à l'hôpital" et la gestion, l'animation, l'information permanente des membres du Cercle des Partenaires de la Culture à l'Hôpital sur sa marche et ses perspectives de développement.

La DDAI mobilise le soutien des membres du Cercle des Partenaires de la Culture à l'Hôpital au profit des jumelages de leur choix.

Le ministère assure, en relation étroite avec les membres du Cercle des Partenaires de la Culture à l'Hôpital, la communication nationale du programme.

### TITRE 2 : LE CERCLE DES PARTENAIRES DE LA CULTURE À L'HÔPITAL

#### Article 3 : présentation et fonctionnement

Le ministère a créé en mars 1998 le Cercle des Partenaires de la Culture à l'Hôpital. Le suivi du Cercle est assuré par la DDAI.

Le Cercle des Partenaires de la Culture à l'Hôpital réunit, sous la responsabilité de la DDAI, les entreprises et fondations partenaires qui, ayant adhéré aux objectifs du programme «Culture à l'hôpital», ont accepté de contribuer (engagement triennal) au financement de quelques jumelages de leur choix.

Le Cercle est informé régulièrement de l'état d'avancement des jumelages en cours et des projets de jumelages.

#### Article 4 : Objectifs et missions du Cercle des Partenaires de la Culture à l'Hôpital

Une implication directe dans les jumelages :

En devenant membre du Cercle des Partenaires de la Culture à l'Hôpital, l'entreprise ou la fondation témoigne de son souhait d'accompagner l'action du ministère telle que définie dans le préambule. Chaque membre du Cercle des Partenaires de la Culture à l'Hôpital sélectionne les jumelages qu'il décide d'accompagner en fonction de critères qui lui sont propres : implantations locales, objectifs d'image, publics et disciplines artistiques auxquels elle souhaite apporter son soutien en priorité, types de pathologies bénéficiaires.

## LE PROTOCOLE D'ACCORD

A partir de 2006 et pour tenir compte d'une forte attente des régions en matière de création de jumelages, le ministère propose à chaque entreprise partenaire de s'engager, autant que faire se peut, dans l'accompagnement de plusieurs jumelages chaque année.

Comme membre du Cercle des Partenaires de la Culture à l'Hôpital, l'entreprise ou la fondation dispose régulièrement, de la part de la DDAI, de toutes informations souhaitées concernant cette action.

### Un soutien financier aux jumelages choisis :

Le partenaire s'engage pour une période triennale sur une participation financière de 5 060 euros par an et par jumelage sélectionné. L'entreprise devient alors «partenaire exclusif » des jumelages sélectionnés. Toutefois, chaque année, au vu du bilan de fin d'exercice que lui remet la DDAI, l'entreprise peut décider de la reconduction de son soutien aux jumelages auxquels elle s'est associée, ou de sa participation à d'autres jumelages.

Les contributions financières du partenaire sont versées directement sur le compte de l'hôpital partenaire, ou, le cas échéant, sur celui de l'association qui, au plan local, assure la gestion du jumelage, déduction faite des frais de gestion du Cercle des partenaires, évalués à 230 euros par jumelage et par an. Ce versement intervient, après avis favorable de la DRAC, confirmé par courrier au responsable du jumelage.

### Un accompagnement des manifestations nationales

Dans le cadre de manifestations nationales, organisées sous l'égide du ministère de la culture et de la communication autour du programme "Culture à l'hôpital", les membres du Cercle des partenaires de la culture à l'hôpital sont invités en priorité à s'associer, s'ils le souhaitent, à ces manifestations, selon des modalités précisées par le Ministère de la culture et de la communication.

### Responsabilité du Partenaire

Tous les risques découlant des activités, manifestations, événements organisés dans le cadre du jumelage sont couverts par les assurances des organisateurs. En aucun cas la responsabilité du partenaire ne saurait être engagée pour quelque dommage que ce soit.

## TITRE 3 : DISPOSITIONS GÉNÉRALES

### Article 5 : durée du Protocole d'accord

Ce protocole d'accord est valable à partir de la date de signature pour une durée d'un an renouvelable dans une limite de trois ans, sous réserve d'une dénonciation par l'une des parties trois mois avant la date d'anniversaire de sa signature.

Les oeuvres réalisées dans le cadre d'un jumelage demeurent, en fin de jumelage, la propriété de l'établissement de santé, sauf avis contraire de sa part.

#### Le ministre de la santé et des solidarités

Xavier Bertrand

#### Le ministre de la culture et de la communication

Renaud Donnedieu de Vabres

#### Fondation Air France

Alain Vidalon, Président

#### Fondation internationale Carrefour

Luc Vandeveld, Président

#### Fondation Electricité de France

Pierre Gadonneix, Président

#### Fondation France Telecom

Olivier Tcherniak, secrétaire général

#### Fondation Ronald McDonald

Gérard Touilloux, Vice-Président

#### Fondation Suez

Gérard Mestrallet, Président

#### Laboratoire GlaxoSmithKline

Christophe Weber, Président

#### Roche

Henri-Vincent Charbonne, Président

#### Sanofi Aventis

Jean-François Dehecq, Président

#### Les Laboratoires Servier

Christian Bazantay, Fondé de pouvoir

## SIGNATURE DU PROTOCOLE CULTURE-HÔPITAL

MARDI 10 JANVIER 2006

### DISCOURS DE RENAUD DONNEDIEU DE VABRES MINISTRE DE LA CULTURE ET DE LA COMMUNICATION

Monsieur le Ministre, Mon cher Xavier,  
Messieurs les Présidents,  
Mesdames les Directrices,  
Messieurs les Directeurs,  
Mesdames et Messieurs,  
Chers Amis,

Je suis très heureux de vous accueillir ce matin rue de Valois pour un acte fort, qui s'inscrit dans la mission originelle du ministère de la culture, telle que l'a formulée André Malraux : "rendre accessibles les œuvres capitales de l'humanité, et d'abord de la France, au plus grand nombre possible de Français". Les actions que mène le ministère de la culture pour améliorer l'accessibilité des œuvres et le rapprochement opéré dès les années quatre-vingts avec le ministère de la Santé n'ont donc rien d'accessoire. Elles s'inscrivent dans la vocation première du ministère, qui est de garantir l'accès à la culture pour tous.

Elles répondent également à un droit fondamental de la personne, énoncé par la loi du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé, qui prévoit l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches.

Si les personnes hospitalisées ne peuvent aller vers la culture, alors notre devoir est de faire en sorte que la culture vienne à eux.

Dès 1995, le ministère de la culture a appelé à une grande mobilisation de toutes les énergies pour soutenir une politique culturelle en milieu hospitalier. Services publics et société civile se sont rassemblés dans un même projet d'intérêt général qui croise démarche artistique, solidarité et santé. Un Cercle des Partenaires est né, réunissant une dizaine de fondations et d'entreprises aux côtés du ministère de la culture et de la communication et du ministère de la santé et des solidarités.

La convention signée en 1999 entre nos deux ministères a permis de poser les jalons d'une politique structurée et dynamique : le programme national "Culture à l'hôpital", qui incite les acteurs culturels et les responsables d'établissements de santé à mener ensemble des actions adaptées.

En s'ouvrant au mécénat, le programme s'est enrichi d'un partenariat privé qui a permis l'apport de nouvelles ressources pour des projets innovants.

Aujourd'hui, de nombreux hôpitaux ont intégré cette dimension culturelle dans leur projet d'établissement et même pour certains dans leur contrat d'objectifs et de moyens.

L'expression artistique et l'intervention culturelle à l'hôpital, qui est assurément un lieu singulier, un lieu familial, un lieu de vie, est un facteur de décloisonnement et de cohésion.

Ouvrir l'hôpital à la culture, c'est faire en sorte que des artistes puissent y présenter leurs œuvres, mais c'est également offrir aux patients des modes d'expression privilégiés.

## SIGNATURE DU PROTOCOLE CULTURE-HÔPITAL

MARDI 10 JANVIER 2006

DISCOURS DE RENAUD DONNEDIEU DE VABRES  
MINISTRE DE LA CULTURE ET DE LA COMMUNICATION

Le programme "Culture à l'hôpital" est concrétisé à ce jour par la signature de 19 conventions entre les Directions régionales des affaires culturelles et les Agences Régionales de l'Hospitalisation et par la réalisation d'environ 250 jumelages entre des établissements de santé et des équipements culturels (théâtres, scènes nationales, compagnies d'artistes, écoles de musique, médiathèques, châteaux, musées...), situés dans toutes les régions.

Ces conventions ont pour intérêt essentiel de donner un cadre à cette coopération, de garantir la qualité artistique et culturelle des actions engagées et de permettre la multiplication des collaborations avec d'autres partenaires tant publics que privés. Je souhaite généraliser les conventions entre les Directions régionales des affaires culturelles et les Agences régionales d'hospitalisation, afin de mettre en place des politiques culturelles hospitalières dans toutes les régions, y compris outre-mer ; et j'invite les établissements et les opérateurs culturels à s'impliquer plus activement encore dans ces opérations.

Toutefois, cette collaboration entre nos deux ministères n'aurait pas la portée nationale et internationale qu'elle a aujourd'hui sans l'appui des nombreuses entreprises réunies autour du Cercle des Partenaires, que je tiens à remercier.

Je me félicite de cette collaboration exemplaire entre l'État et le secteur privé, emblématique de l'engagement croissant des entreprises dans les différents aspects de notre vie culturelle. Il ne s'agit pas d'un désengagement de l'État, mais au contraire d'un appel au rassemblement de toutes les énergies qui permettront à la culture d'irriguer tous les domaines de la vie en société.

Je voudrais à cet égard citer quelques actions régionales, particulièrement emblématiques, dont les réalisations seront projetées sur écran.

**En Alsace**, le Centre Hospitalier de Rouffach a mis en place trois jumelages ciblés, exemplaires d'une politique culturelle dynamique dans un établissement de santé :

- le premier avec le Théâtre du Peuple de Bussang encadré par un metteur en scène allemand, pour le département psychiatrie ;
- le second avec la Filature de Mulhouse et le Centre Chorégraphique National de Franche Comté pour une action tournée vers les adolescents ;
- le dernier avec la Médiathèque de Colmar pour un atelier d'écriture avec les personnes âgées.

**En Auvergne**, en partenariat avec l'association Sushipop, l'hôpital de Montluçon a accueilli en 2005 en résidence, JAW, graffeur marseillais de renom. L'artiste a réalisé une grande fresque de 40 m<sup>2</sup> pour le hall du nouvel hôpital, performance accompagnée d'ateliers d'initiation pour des jeunes hospitalisés en pédiatrie et pédopsychiatrie. Une exposition réunissant cinq graffeurs marseillais pendant un mois a conclu l'expérience.

**A Marseille**, le jumelage entre l'Hôpital Paul Desbief et La Minoterie-Théâtre de la Joliette propose depuis plusieurs saisons des interventions d'un plasticien, d'un comédien et d'un musicien ainsi que d'un lecteur arabophone pour des lectures en chambres se référant à Marseille. Des spectacles sont également organisés.

## SIGNATURE DU PROTOCOLE CULTURE-HÔPITAL

MARDI 10 JANVIER 2006

DISCOURS DE RENAUD DONNEDIEU DE VABRES  
MINISTRE DE LA CULTURE ET DE LA COMMUNICATION

**En Ile-de-France**, un jumelage entre le Centre de pédiatrie et de rééducation de Bullion et l'association Art dans la Cité a permis à un sculpteur d'origine argentine en résidence de concevoir en compagnie d'enfants hospitalisés une structure spatiale. Cette voile de navire de 35m de long et 18m de haut est arrimée à un mât planté dans le parc de l'hôpital devant le bâtiment des adolescents.

Ces opérations ont bénéficié des soutiens financiers de la Fondation Mc Donald, des Laboratoires Servier, de la Fondation Internationale Carrefour et du laboratoire GlaxoSmithKline.

Je pourrais également citer bien d'autres projets soutenus par les partenaires du Cercle comme : la Fondation Air France, la Fondation Electricité de France, la Fondation France Télécom, la Fondation Suez, Roche, Sanofi Aventis, mais je ne pourrais pas ce matin citer tous les projets concernés tant le foisonnement d'initiatives est remarquable.

S'il est nécessaire de continuer à développer ces opérations, il est maintenant primordial de s'engager dans des projets de dimension nationale voire internationale. La mise en œuvre de journées "Culture à l'hôpital" est une belle ambition que je vous invite à concrétiser.

C'est pourquoi il est essentiel aujourd'hui d'élargir le Cercle qui soutient cette initiative en consolidant nos collaborations actuelles et en accueillant de nouveaux partenaires. Je suis donc particulièrement heureux, cher Xavier, de signer avec vous ce protocole, qui donnera un nouvel élan à notre collaboration avec les entreprises et fondations.

S'impliquer dans le programme "Culture à l'hôpital", c'est un engagement exemplaire de solidarité et de proximité. C'est un engagement exemplaire de la contribution que peuvent apporter les entreprises à l'intérêt général. C'est un engagement exemplaire de la contribution de la culture à la cohésion sociale.

La culture a vocation à s'étendre à tous les espaces de la société, à abolir les frontières et à créer de nouveaux liens entre les hommes. En ouvrant ses portes à la culture, l'hôpital montre qu'il n'est pas un lieu clos, qu'il ouvre ses portes au monde.

Je souhaite que l'art et la culture participent pleinement à faire de nos hôpitaux des lieux de vie, des lieux humains. Je souhaite qu'ils leur apportent, non pas seulement un "supplément d'âme", mais une respiration et un horizon. Pour y parvenir, nous avons besoin de votre énergie et de votre engagement à tous.

Je vous remercie.

## SIGNATURE DU PROTOCOLE CULTURE-HÔPITAL

MARDI 10 JANVIER 2006

### DISCOURS DE XAVIER BERTRAND MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS

Monsieur le Ministre, Cher Renaud,  
Mesdames et Messieurs les Directeurs,  
Mesdames et Messieurs,

La richesse des projets qui viennent d'être présentés montre à quel point les manifestations artistiques à l'hôpital sont utiles et de grande qualité. C'est avec plaisir que je me trouve parmi vous pour signer ce protocole d'accord avec les mécènes qui, j'en suis certain, permettra de contribuer efficacement à la diffusion de la culture à l'hôpital. C'est donner un nouvel élan à la convention signée en le 4 mai 1999 entre Ministère de la santé et Ministère de la culture, c'est rendre le développement de manifestations culturelles au sein de l'hôpital non seulement possible mais fréquent, et c'est faire de l'hôpital un lieu plus humain.

Je vous remercie, Monsieur le Ministre (cher Renaud), d'avoir eu à cœur la réalisation de ce projet.

De prime abord, le rapprochement entre culture et hôpital pourrait sembler paradoxal : comment en effet concilier les douleurs et l'inquiétude des patients avec le charme et l'esthétique des manifestations culturelles ? Cette approche sera néanmoins vite dépassée si l'on pense d'une part aux liens que peuvent entretenir certains artistes avec l'hôpital (Paulo Coelho, interné à 17 ans) - et d'autre part aux représentations d'établissements de santé qui habitent les textes littéraires (*La Montagne Magique* de Thomas Mann ou encore Baudelaire dans *Les fleurs du mal*).

Promouvoir des manifestations culturelles à l'hôpital, c'est donner aux patients d'autres moyens de surmonter leur douleur, c'est créer des moments de partage et de convivialité entre soignants, famille et malades, c'est aussi recentrer l'hôpital autour du patient, autant de chemins à emprunter vers la guérison.

#### **I- Je veux revenir sur l'avancée qu'a constitué la convention du 4 mai 1999 en termes de culture à l'hôpital.**

Cette convention avait pour objectif, vous l'avez rappelé, de développer des actions culturelles ou artistiques dans les établissements de santé, notamment par la mise en place de jumelages entre des établissements de santé et des équipements culturels (théâtres, scènes nationales, compagnies d'artistes, écoles de musique), la formation de responsables culturels dans les hôpitaux et la promotion des bibliothèques en milieu hospitalier.

Et nous pouvons aujourd'hui dire qu'elle a parfaitement répondu aux attentes des acteurs tant du monde de la santé que du monde de la culture. En effet, grâce à elles, ce sont 19 conventions régionales entre les DRAC et les ARH qui ont été signées, et ce sont autant de succès en termes de qualité et de nombre des manifestations culturelles qui ont ainsi été organisées. Nous venons d'ailleurs d'en apprécier la qualité.

Grâce à cette convention, près de 250 professionnels de santé venant d'horizons fort divers ont reçu une formation de sensibilisation à la culture. C'est en effet de professionnels dont nous avons besoin. C'est pourquoi nous avons décidé d'inclure la profession de responsable culturel

## SIGNATURE DU PROTOCOLE CULTURE-HÔPITAL

MARDI 10 JANVIER 2006

DISCOURS DE XAVIER BERTRAND

MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS

hospitalier dans le répertoire des métiers hospitaliers. Ces personnes sont des passeurs de culture dont je veux saluer aujourd'hui le travail au quotidien.

Avec tact, discrétion, ils proposent des activités qui peuvent être acceptées ou non par le patient, ils lui donnent la possibilité d'accéder à un univers qui n'est pas celui de l'hôpital, ils participent à sa guérison.

Cette convention a été une réussite de l'avis de tous les acteurs ayant participé à ces projets. Ainsi, un séminaire sur les compétences de ces référents culturels hospitaliers pour des projets de qualité, organisé en 2003 par la DHOS en lien avec le Ministère de la Culture et de la communication, a réuni 300 acteurs hospitaliers. Un autre, organisé en mars 2004, a témoigné de la richesse des expériences culturelles à l'hôpital. La qualité des échanges et la mise en œuvre de projets d'envergure furent les meilleures marques de l'engagement de l'ensemble des acteurs.

**II- Mais je pense désormais qu'il faut aller plus loin et donner un nouveau souffle au projet culture à l'hôpital avec une nouvelle convention qui aura comme priorité l'adaptation des actions culturelles aux publics et aux établissements concernés.**

Ma conviction c'est que nous devons donner la priorité aux activités de lecture à l'hôpital. La lecture constitue en effet l'axe culturel le plus couramment présent dans les hôpitaux, et le plus pertinent dans la mesure où l'hospitalisation constitue pour beaucoup un moment privilégié d'accès à la lecture. La présence de bibliothèques dans la plupart des hôpitaux, de même que l'implication du secteur hospitalier dans l'opération "Le temps des livres" sont les signes de cet intérêt.

Une étude a été lancée pour faire le point sur ce sujet. L'enjeu de cette étude est de contribuer, au-delà de l'état des lieux, à déterminer les axes prioritaires de développement pour l'avenir :

- Afin de valoriser une offre de qualité et des actions de lecture "vivante", appropriées aux besoins et aux attentes des différents types de patients hospitalisés, de leurs familles et des professionnels hospitaliers.
- Et d'instaurer de bonnes pratiques en matière de partenariats avec les mécènes publics ou privés et les bibliothèques publiques.

Le rapport présentant les résultats globalisés de ces travaux et des propositions stratégiques sera mis en ligne au 4<sup>e</sup> trimestre 2006 sur le site internet du ministère.

Je souhaite aussi développer et diversifier plus encore les partenariats avec des établissements culturels, comme les conservatoires de musique, les compagnies de théâtre ou les bibliothèques municipales.

Des outils d'évaluation de ces programmes doivent être constitués afin d'avoir une approche toujours plus axée sur la qualité des manifestations. Je veux aussi que les bilans des actions entreprises soient établis, afin de pouvoir progresser plus vite dans l'élaboration de nouveaux programmes d'action.



## SIGNATURE DU PROTOCOLE CULTURE-HÔPITAL

MARDI 10 JANVIER 2006

DISCOURS DE XAVIER BERTRAND  
MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS

---

Mais il s'agit toujours de respecter le libre choix de chacun. Il n'est en aucune façon question d'imposer, mais toujours de proposer.

Et de préférence une offre culturelle adaptée aux goûts de chacun, à son vécu, l'objectif est par ailleurs de relancer les journées "Culture à l'hôpital" en 2006/ 2007. Parce que ces journées constitueront des repères annuels tant pour les responsables culturels, et au-delà le personnel hospitalier dans son ensemble, que pour les patients et leurs proches. Parce que ces journées permettront à des projets et à des artistes d'être davantage connus. Parce que ces journées seront un symbole du partenariat possible et fructueux entre monde de la culture et monde de la santé.

D'une manière plus globale, je veux encourager la mise en œuvre d'une véritable politique culturelle au niveau des régions et des établissements. Et je suis très sensible aux initiatives du Ministère de la Culture qui financera dès 2006 des formations thématiques spécialisées en faveur des responsables culturels hospitaliers.

**III- Ce nouveau protocole d'accord avec le Cercle des Partenaires, c'est une chance de dynamiser les jumelages entre DRAC et ARH et par la même la politique de culture à l'hôpital.**

Et je voudrais remercier à cette occasion l'ensemble des fondations d'entreprises qui jour après jour s'engagent au côté du Ministère de la Culture et à nos côtés pour faire vivre ces jumelages entre lieux de culture et lieux de vie. Je veux donc saluer la Fondation Air France, la Fondation Electricité de France, la Fondation Internationale Carrefour, la Fondation France Telecom, la Fondation Ronald McDonald, la Fondation Suez, GlaxoSmithKline, Roche, Sanofi Aventis, Servier, et derrière eux, ces femmes et ces hommes qui s'investissent pour que ces liens entre culture et hôpital existent et perdurent.

La signature de ce protocole d'accord permet de consolider, de revitaliser ces liens et d'accroître le nombre de jumelages.

Je suis certain que ce Cercle saura trouver de nouveaux partenaires pour favoriser le bien-être du patient et d'embellir l'environnement hospitalier.

Je vous remercie.



# **ELEMENTS DE REFLEXION**

---

# **RECITS D'EXPERIENCE**





# danse

danse arts plastiques musées danse arts plastiques musées  
arts plastiques musées danse arts plastiques

musées danse mecenat danse

**danse**

arts plastiques musées

danse arts plastiques musées danse

arts plastiques musées

**musées**

danse arts plastiques musées danse

musées danse arts plastiques musées danse

arts plastiques musées danse

**arts plastiques**

danse arts plastiques musées danse

**musées**

musées danse arts plastiques musées danse

arts plastiques musées

**arts plastiques**

danse arts plastiques musées danse arts plastiques

musées danse arts plastiques musées danse arts

**arts plastiques**

plastiques musées danse arts plastiques musées

**danse**

danse arts plastiques musées danse arts plastiques

**musées** danse arts plastiques musées danse arts

plastiques musées danse arts plastiques musées

danse arts plastiques musées danse arts plastiques

**musées**

musées danse arts plastiques musées danse

danse arts plastiques musées danse arts plastiques





## QUAND LA DANSE ENTRE À L'HÔPITAL

**PHILIPPE LE MOAL**, chercheur, conférencier, professeur d'histoire de la danse et inspecteur de la danse à la DMDTS au Ministère de la culture et de la communication.

Rapprocher danse et hôpital ouvre d'emblée sur une contradiction profonde dans les faits et puissante dans les imaginaires.

En effet, la danse convoque quasi inévitablement un corps sain, disponible, valide, voire dans une vision plus conventionnelle, un corps jeune, beau, performant.

L'hôpital, à l'inverse, espace dédiés aux malades, étymologiquement à "ceux qui sont en mauvais état" (du lat. *male*, v. mal adv. et *habitus* part. passé de *habere* "être dans tel ou tel état"), renvoie tout aussi inévitablement au corps altéré, souffrant, indisponible, invalide.

Ceci posé, et nous y reviendrons, la danse a pu trouver sa place dans l'univers hospitalier sous diverses formes. Trois approches principales sont observables.

### 1- L'approche par le spectacle

Proposer en milieu hospitalier des spectacles de danse est sans doute, comme pour d'autres disciplines du spectacle vivant, la manière la plus immédiate d'envisager ce rapprochement. Cette approche est du reste ancienne. On trouve ainsi un témoignage intéressant dans les mémoires de Cléo de Mérode (1875-1966), célèbre danseuse de la Belle Époque. Réfugiée à Biarritz pendant la Première Guerre mondiale, elle s'installe près du Carlton, lequel est alors transformé en partie en hôpital de la Croix-Rouge :

*"Le directeur du Carlton organisait des spectacles pour les blessés ; il me demanda d'y participer. Je ne me fis pas prier. J'étais heureuse de contribuer à distraire ces garçons qui nous avaient défendus et dont beaucoup allaient retourner au combat. La première fois que je dansais devant eux, je fus très émue. On avait placé au premier rang les soldats amputés, qui d'un bras, qui d'une jambe.*

*Leurs yeux étaient jeunes, leurs figures fraîches ; des enfants... et toute leur vie à vivre mutilés ! (...)* Quand on connut dans la région ma présence à Biarritz, les organisateurs de la Croix-Rouge me sollicitèrent de venir dans leurs hôpitaux. C'est ainsi que j'allais divertir les blessés à Bayonne (...), à Dax, à Saint-Jean-de-Luz, à Oloron." (Cléo de Mérode, *Le ballet de ma vie*, Pierre Horay Editeur, Paris, 1955).

Plus récemment, la compagnie de danse Alouette, intervenue en 2006 dans six hôpitaux de la région parisienne, rend compte de sa démarche en direction des "seniors hospitalisés" en ces termes : "Il faut faire oublier l'hôpital et laisser opérer la magie du spectacle".

Cette approche se décline évidemment selon la manière dont le spectacle est proposé : d'une présentation formelle, dans une salle de spectacle (comme il en existe dans certains hôpitaux) ou dans un espace spécifiquement aménagé - ce qui suppose que les malades se déplacent - à une proposition qui tend à se rapprocher du patient là où il est (interventions dansées dans les patios, les couloirs, les salles d'attente, voire dans les chambres).

Ainsi, la danse s'insinuant dans les espaces contraints des circulations hospitalières ou raréfiés de l'alitement, de mobiles premiers tels que "distraire", "divertir" ou "faire oublier l'hôpital", on passe à une approche en relation plus directe avec les indisponibilités du malade - approche plus intrusive dans le même temps. En faisant le pari que plus la proposition dansée se rapproche du patient, de son intimité, plus elle peut s'ouvrir sur une expérience sensorielle à partager.

(cf. Aurore Després, *Entre temps... dans une chambre d'hôpital*, article rendant compte de l'expérience menée par la danseuse Geneviève Pernin à l'hôpital de Lons-le-Saunier ; Antoine

Choplin, *Seuils*, texte rendant compte de l'expérience menée par François Veyrunes au centre médical Rocheplane près de Grenoble).

### 2- L'approche par le soin

D'une expérience sensorielle à partager à une expérience corporelle à traverser, il y a un pas à franchir qui projette alors le recours à la danse dans l'espace curatif ou thérapeutique.

Dès les années 1940, diverses démarches se font jour en ce sens [cf. Benoît Lesage (dir.), *La danse dans le processus thérapeutique - Fondements, outils et clinique en danse-thérapie*, Erès Editions, 2006 ; on peut aussi trouver de nombreux articles de Benoît Lesage rassemblés à l'adresse électronique [www.chups.jussieu.fr/polypsSM/psychomot/danseth/danseth.pdf](http://www.chups.jussieu.fr/polypsSM/psychomot/danseth/danseth.pdf)].

C'est ainsi que Trudi Schoop (1903-1999), formée auprès de Mary Wigman puis de Rudolf Laban, commence à intervenir à Zurich dans la clinique du Dr Eugène Bleucher, à la demande de celui-ci, avant d'émigrer dans les années 1940 en Californie du sud où elle commence à travailler au Camarillo Hospital avec des schizophrènes.

Parallèlement, Marian Chase (1896-1970) s'intègre à l'équipe soignante de l'hôpital St Elizabeths de Washington (hôpital psychiatrique) où elle conduit des improvisations de groupe puis fonde en 1965 l'American Dance Therapy Association. Entre temps, Lilyan Espenak, une danseuse également formée auprès de Mary Wigman, a proposé en 1961 le premier enseignement structuré en "danse-thérapie".

A ces pionnières, il faut ajouter Rudolf Laban (1879-1958) qui fit de nombreuses observations dans le monde de la maladie mentale, ce dès la première guerre mondiale durant son séjour en Suisse, et conduisit quelques applications cliniques en Grande-Bretagne dans les années 1950, développées par la suite notamment par Irmgard Bartenieff (travail avec des malades de la poliomyélite).

En France, la danse est introduite à l'hôpital de jour pour enfants psychotiques Santos Dumont (Paris) en 1956 et la danse-thérapie y a trouvé par la suite des acteurs et théoriciens tels Laura Sheleen (kinésithérapeute d'origine suédoise, formée à la danse notamment auprès de Martha Graham et George Balanchine) et France Schott-Bilmann (formée à la danse primitive par un danseur issu de la compagnie de Katherine Dunham).

La plupart de ces démarches sont conduites en hôpital psychiatrique (cf. Nikki Swenen, hôpital de Limoges), espace où le "patient" (celui qui prend son mal en patience ?) reste le plus souvent "disponible" corporellement.

Toutefois, on peut aussi faire état de démarches en direction de services concernant d'autres pathologies, telles le travail avec les malades de la poliomyélite évoqué précédemment ou encore le travail engagé par Anna Halprin à partir des années 1970 avec des malades du cancer - après avoir été elle-même frappée par cette maladie - ou du sida. Plus récemment, des expériences ont été conduites avec des malades atteints de la maladie d'Alzheimer, dans des services de soins infectieux, de pédiatrie ou de soins palliatifs.

En France, on peut citer notamment le travail de Julie Nioche au CHU de Dijon auprès de personnes souffrant de troubles du comportement alimentaire, au CHU de Reims auprès d'enfants infirmes moteurs cérébraux dans un centre de rééducation motrice à Reims.

Cette démarche peut d'ailleurs dépasser la perspective du soin pour atteindre l'approche d'une expérience de danse partagée, comme l'explique François Veyrunes : *"Au fil de notre expérience, nous arrivons aujourd'hui à impliquer certains patients en les faisant danser aussi. Telle personne sous oxygène, avec le même appétit de consignes que l'on pourrait proposer à un danseur professionnel, s'élançait ainsi avec appétit, malgré son handicap, dans le mouvement dansé."*

*Certains font de même debout, d'autres uniquement avec leurs mains et leurs bras lorsqu'ils sont alités."*

C'est ici la possibilité d'un réinvestissement du corps mis à mal, de son image détériorée qui est envisagée en s'impliquant dans un mouvement, si limité soit-il.

### 3- L'approche par l'environnement de soin

Probablement moins courante, et surtout moins documentée, une troisième approche qui ne se centre pas d'emblée sur le malade doit être évoquée : celle qui consiste à aborder l'univers hospitalier en tant qu'environnement du malade en partant du principe qu'il est productif de travailler via la danse sur cet environnement et en particulier sur ceux qui l'incarnent - le personnel hospitalier, principalement, mais aussi bien l'entourage personnel du malade : les "visiteurs".

L'environnement de soin cela commence par des données relatives au temps et à l'espace, qui sont par ailleurs deux dimensions fondamentales du travail chorégraphique.

Car quoi de plus réglés, déterminés, segmentés à l'hôpital que le temps et l'espace : le temps par la succession répétée des plages de repas, de toilette, de soin (prise de médicaments, de température, changement de pansements, etc.) - et l'effet de ritualisation horaire qui en découle - ou les séquences plus aléatoires - et plus anxiogènes - de préparation, de transfert, d'attente, etc. ; l'espace par sa surdétermination fonctionnelle (chambre, salles d'attente, salles d'imagerie médicale, bloc opératoire, salles de réveil) et les circulations imposées (autonomes ou non) qu'il appelle à travers un dédale de couloirs, escaliers, ascenseurs, sas, etc.

L'environnement de soin c'est ensuite l'ensemble du personnel qui accompagne le malade pendant son séjour à l'hôpital.

Alliant maîtrise technique du mouvement et expérience sensible et profonde du corps, la danse dispose d'outils dont l'expérimentation ou l'utilisation peuvent être profitables pour le personnel de soin et, par là-même, pour les malades dont il a la charge.

Il peut être notamment intéressant d'amener ce personnel à revisiter et réinvestir son engagement corporel dans le rapport au malade en fonction du rôle spécifique qui lui est imparti. Peuvent être ici concernés aussi bien les agents d'entretien (ménage des chambres), les aides-soignants (toilettes, manipulations de malades non autonomes), le personnel infirmier (actes techniques tels pansement, injection, pose de perfusion, préparation en vue d'une opération, etc.), le personnel paramédical (kinésithérapeute, orthophoniste, etc.) voire les médecins pour ce qui concerne les actes non strictement techniques (consultation, visite en chambre, examen clinique), tous ces actes venant interférer de manière proche voire intime avec la sphère corporelle du malade (la chambre, le lit, le linge sont autant de cristallisations de cette sphère).

Ces actes, du simple regard à l'examen poussé, de l'entrée dans la chambre à l'intervention directe sur le corps, sont en effet générateurs de relations souvent peu, voire pas, verbalisées où les états de corps sont déterminants. D'autant plus qu'ils sont inscrits dans une série de dissymétries fondamentales : savoir / non savoir ; debout / couché ; tenue de ville / vêtements d'intérieur, etc. Dissymétries démultipliées par le fait que le malade, individu, est confronté à une multitude d'intervenants, qu'il se trouve en fait seul face à un monde et ses usages, ses coutumes, ses rituels.

L'environnement de soin, c'est enfin les visiteurs, les proches des malades.



Visiter quelqu'un à l'hôpital est toujours une expérience corporelle et kinesthésique. Acteur immédiat du rapport sain-malade, valide-invalide, le visiteur est plongé dans la sphère de l'intime et confronté à des situations qui vont induire ses comportements physiques, de manière d'autant plus forte que la visite sera longue, que la personne sera proche, qu'elle sera dans une chambre partagée : station assise ou debout prolongée, déambulation limitée, modulation du niveau de la voix, gestes d'aide ou de soutien, de réconfort, etc. Le visiteur entre aussi dans la sphère de la souffrance, celle de la personne qu'il visite et celle qu'il en éprouve en retour : le corps de l'autre agit également comme miroir dans lequel chacun entrevoit son possible devenir corporel.

Dans le projet de jumelage entre sa compagnie et le CHU de Rouen, le chorégraphe Sylvain Groud écrit : *“Nous retenons la présence de l'art et, de manière dynamique, de l'artiste, comme médiation dans la figure triangulaire où les sommets du triangle sont représentés par les malades, les soignants et les visiteurs.”*

Glisser la danse au coeur de ce triangle en acte (l'hôpital est un monde qui ne s'arrête jamais

de fonctionner) ne va pas de soi : comment retisser le temps, redéployer l'espace, ne serait-ce qu'un instant, sans perturber les fonctionnalités à l'oeuvre ? comment impliquer le personnel sans entrer en conflit avec la logique du temps de travail ? comment mobiliser le visiteur au-delà du but premier de sa visite ?

\*

Dépositaire de savoirs particuliers sur le corps, sur son inscription dans le temps et dans l'espace, sur ses limites qu'elle s'emploie à repousser, à l'évidence la danse peut apporter quelque chose à l'univers hospitalier, quand bien même le corps y est l'objet de traitements qui sont tout sauf un jeu.

Dans le même temps, il lui faut accepter d'emprunter des chemins de traverse. Inviter patients, soignants et visiteurs à assister collectivement à un spectacle dansé est déjà une manière de dépasser les clivages fonctionnels pour créer une expérience partagée de sensation et de regard. De ce point de vue les espaces communs sont particulièrement intéressants à investir : *“Improviser dans une salle d'attente,*

*c'est venir y décoder les langages du corps, c'est traduire les comportements”*, note Sylvain Groud. De même, le restaurant administratif est probablement un lieu stratégique pour atteindre plus particulièrement le personnel hospitalier à un moment de relative disponibilité. La durée, la constance, indispensables pour que la confiance s'instaure, sont les conditions pour pouvoir aller plus loin.

Du rêve de mouvement au mouvement rêvé, la danse propose une ouverture en soi par le regard ou de soi par la pratique - quand celle-ci est possible. Elle met en dynamique l'image de soi au-delà de l'altération traversée voire peut contribuer à dépasser celle-ci. On peut ainsi envisager le corps du danseur comme possible lieu de transfert d'une disponibilité corporelle à recouvrer ou comme médiateur d'une sensorialité à se rapprocher. Sa présence permet de redonner une intensité à la dimension corporelle là où elle est malmenée, de renouer avec l'évidence que le corps parle au-delà des diagnostics et des actes de soins qu'il appelle.



Texte paru dans la Revue "L'Observatoire" n°32, septembre 2007. Reproduit avec l'aimable autorisation de Pascale Chaumet et de la Revue "L'Observatoire".

## QUAND LA RELATION AU PUBLIC ENGAGE LA RESPONSABILITÉ DE L'ARTISTE

FRANÇOIS VEYRUNES,  
propos recueillis par  
PASCALE CHAUMET

François Veyrunes et son équipe ont dansé pendant plus de deux ans dans les chambres de malades en fin de vie, dans le cadre du dispositif Danse à l'hôpital. Cette expérience qui s'est révélée riche aussi bien pour les malades que pour les artistes, comportait néanmoins un risque, celui d'empiéter abusivement sur le temps de vie des malades, celui aussi de déstabiliser psychologiquement des interprètes non préparés. Le témoignage que nous livre F. Veyrunes interroge à la fois les formes d'accompagnement qui encadrent ce dispositif mais aussi la responsabilité - pas seulement artistique - qui incombe à l'artiste dans son rapport avec ce public.

**Pascale Chaumet - Comment en êtes-vous venu à travailler auprès de ce public de malades hospitalisés ?**

**François Veyrunes** - Cette expérience raisonne énormément avec mes préoccupations artistiques qui sont centrées sur l'individu, l'homme et la femme par rapport à ses dynamiques intérieures, ses fantasmes, ses tensions de toutes natures, avec le corollaire immédiat : la question de la relation à l'autre.

*"C'est une relation dans les deux sens, on perçoit des choses nous aussi, c'est très subtil. Et ça rejoint la question du consensus ou de la censure : est-ce qu'on fait un spectacle adapté pour eux ?"*

Pour moi, il n'y a pas de public spécifique ; ce qui importe c'est qu'on a affaire à des gens. Il n'y a plus de différences entre des gens grands, gros, petits, malades ou en bonne santé. Ce qui m'intéresse c'est le langage du corps plus que le langage de la danse, le langage du comportement du corps. On a commencé à préfigurer le projet à Rocheplaine (1) en juin 2003 en impliquant le personnel de l'hôpital : médecins, aide soignants, infirmiers, psychologue, directeur. Nos interventions se sont ensuite déroulées de septembre

2003 à fin 2005, soit pendant deux ans et demi. Le choix de la direction de l'hôpital était que nous intervenions auprès des gens les plus fragilisés, au seuil de leur mort, ceux qui sont en soins palliatifs. Nous avons vécu des expériences bouleversantes, des malades sont décédés pendant que nous dansions...

**P. C. - Le projet consistait à les associer à la danse ou bien c'était plutôt la danse qui allait jusqu'à eux ?**

**F. V.** - On ne les faisait pas danser, ou très peu, on dansait surtout dans leurs chambres. L'idée était d'offrir un spectacle pour un seul spectateur (plus d'éventuels visiteurs) dans les chambres des patients. Il y avait donc une contrainte d'espace, de choix musical, de durée, et aussi de relation au spectateur car, la plupart du temps, ils étaient alités. Ces contraintes dessinaient une scénographie à part entière qui contribuait à mettre en œuvre l'enjeu artistique. On avait mis en place un protocole. On nous donnait le nom des gens et leur stade dans la maladie et c'est nous qui jugions si nous pouvions leur proposer de danser ou pas. Nous avons dansé en solo d'abord, puis souvent en duo parce que la relation seul à seul était parfois trop difficile à assumer. Les malades pouvaient refuser ; finalement c'était leur seule opportunité de dire non, les

cachets, les soins, ils ne peuvent pas. Plus de la moitié des gens disaient non. Pour certains ça les touchait trop, d'autres étaient trop fatigués.

On restait un peu avec chaque malade après la danse. C'était toujours très fort, il fallait trouver le bon équilibre entre le temps qu'on pouvait accorder à chacun. On n'arrivait pas à passer dans les 33 chambres de l'étage. Certains nous attendaient d'une semaine sur l'autre. On a suivi des gens pendant 8 à 10 semaines jusqu'à ce qu'ils rentrent chez eux ou jusqu'à ce qu'ils décèdent.

**P. C. - Est-ce que vous vous êtes autocensurés du fait que vous vous trouviez devant un public en fin de vie ?**

**F. V.** - J'aime la danse engagée physiquement et je ne me suis jamais limité, même dans ce petit espace qui devenait un peu comme une cocotte minute. Je n'ai pas le sentiment de m'être censuré. Il y a là des gens qui sont au crépuscule de leur vie, au bout du rouleau et, de fait, il y a des choses qui se mettent en œuvre toutes seules ; je crois beaucoup à la proximité (on jouait à un mètre, parfois en contact), il y avait beaucoup d'écoute en face, une hyper sensibilité. Le contexte est tellement chargé que tu trouves ta place de fait, tu ne te fais pas absorber mais tu es dans la dimension de la communication au sens noble du



© M. ARNAUD

## FRANÇOIS VEYRUNES

François Veyrunes est chorégraphe, directeur de la compagnie 47/49 fondée en 1989, dont l'activité est notamment implantée en Isère. La danse, rencontrée tardivement après un parcours de skieur de haut niveau et d'informaticien, est pour lui un moyen d'interpréter le monde et d'aller à la rencontre des hommes qui le constituent. Sa vingtaine de créations centrées sur l'exploration sensible de l'être ne cesse de questionner la relation aux autres - et donc au public - dans des chorégraphies où la musique, la lumière et la scénographie prennent une place essentielle. Artiste invité au Centre des Arts du Cirque de Châlons-en-Champagne, il développe depuis quatre ans un projet de recherche "Univers et dynamique de la glisse" Pour en savoir plus : [www.veyrunes.com](http://www.veyrunes.com)

terme ; il n'y a plus d'enjeu social, il n'y a pas de message ou de revendication ou de positionnement idéologique. C'est pour ça que le problème de la censure, pour moi, ne s'est pas posé. Mais c'est une vraie question car rien que le fait d'entrer dans la chambre et de confronter le langage de ton corps en bonne santé, plein de vitalité avec un autre corps affaibli et souffrant, déjà ça, il faut l'assumer, ne pas culpabiliser.

**P. C. - Vous avez pris l'initiative de vous faire accompagner par un psychologue. Ce n'était pas une obligation ?**

**F. V. -** Au début, on naviguait à vue et chaque fois que je devais m'y rendre, c'était très difficile. Se retrouver sur le seuil de la chambre, frapper à la porte (2)... à chaque fois, c'est une aventure humaine éprouvante. Il y a toute la fantasmagorie autour de la mort, autour de

la souffrance. Un tel travail a vraiment une incidence sur la santé psychique des interprètes. On s'est fait suivre par un ostéopathe et par un psychologue. Cet accompagnement n'était pas prévu dans le dispositif, mais il s'est révélé indispensable pour faire un travail personnel. L'idée, c'était de jeter le moins de poubelles possibles à la figure du spectateur, qu'il soit âgé et malade ou en pleine forme dans une salle de spectacle. C'est une question d'éthique, de valeur, mais c'est aussi une question très spirituelle.

**P. C. - Finalement, s'adresser à ce type de public, c'est une énorme responsabilité non ?**

**F. V. -** Aller toucher des choses comme ça d'aussi près, s'approcher à ce point de la mort, oui c'est une lourde responsabilité. Mais le problème se pose aussi quand il s'agit de convoquer 500 person-

### PROGRAMME NATIONAL "CULTURE A L'HOPITAL"

La convention signée le 4 mai 1999 a défini un programme national "Culture à l'hôpital" dont l'objectif est d'inciter, acteurs culturels et responsables d'établissements de santé à construire ensemble une politique culturelle inscrite dans le projet d'établissement de chaque hôpital. Pour sa mise en œuvre, les Drac et les Agences régionales d'hospitalisation (ARH) sont appelées à se rapprocher et à signer des conventions régionales et les établissements de santé à solliciter les réseaux culturels de proximité. Le 10 janvier 2006, la signature d'un protocole d'accord entre le ministère de la Culture et de la Communication, le ministère de la Santé et des Solidarités et le Cercle des partenaires renforce l'accès à la culture au sein des établissements de santé.

nes dans une salle. Qu'est ce qu'on donne à voir au public, comment on le donne à voir ? Je ne pense pas que l'on puisse porter préjudice à un malade mais ce serait à vérifier. Si je vais là-bas, c'est pour plein de raisons, politiques, sociales, artistiques... j'assume la singularité de cet endroit. Ces gens-là ont vécu des choses terribles. Il faut savoir dégager un espace respectueux. Je ne vais pas les violer, je n'insiste pas jusqu'à ce qu'ils n'en peuvent plus. C'est une relation dans les deux sens, on perçoit des choses nous aussi, c'est très subtil. Et ça rejoint la question du consensus ou de la censure : est-ce qu'on fait un spectacle adapté pour eux ?

À Rocheplane, le rapport au public est inversé par rapport à un théâtre car c'est

toi qui va vers les gens ; même s'ils ont la possibilité de refuser, ils sont un peu captifs, ils ne peuvent pas s'échapper si ça ne leur plaît pas. Ils peuvent se tourner et puis ça ne dure que 5 minutes, mais la personne ne peut pas sortir, en effet...

*Entretien avec François Veyrunes,  
chorégraphe  
Propos recueillis par Pascale Chaumet,  
consultante-étude, conseils,  
diagnostics culturels*

(1) Rocheplane : centre médical de la région grenobloise.  
(2) Voir à ce sujet le texte poétique d'Antoine Choplin, "Seuils", in *Arpentages*, éditions Scènes Obliques 2006.



Antoine Choplin, "Seuils", in *Arpentages*, éditions Scènes Obliques 2006.

Témoignage consultable en ligne sur le site Internet : <http://francois.veyrunes.free.fr/presse/Choplin.pdf>.

Reproduit avec l'aimable autorisation d'Antoine Choplin.

## SEUILS

### ANTOINE CHOPLIN

#### Chambre 313

Les deux danseurs ont frappé à la porte.

Sont entrés.

Le lit était vide.

L'homme se tenait assis, près de la fenêtre.

La radio en bruit de fond.

Ils ont dit bonjour, dit qu'ils étaient les danseurs, vous savez ceux qui viennent le jeudi après-midi. Ils ont dit si vous voulez, on peut faire une petite danse pour vous, comme ça, dans la chambre. L'homme a dit que le kiné allait venir pour des soins d'un instant à l'autre.

Ils ont dit que pour la danse, c'était vraiment pas long, l'affaire de trois ou quatre minute. Que le kiné comprendrait, qu'il attendrait.

L'homme n'a rien répondu et eux, ils ont dit qu'ils allaient faire ça là, devant la fenêtre.

Elle, la danseuse, elle a dit qu'il avait une belle vue depuis la fenêtre, vraiment.

L'homme n'a rien dit.

Elle a demandé s'il pouvait se déplacer. Juste pour faire un peu de place, tenez, si vous pouviez vous installer là, contre le mur, ce serait plus confortable. Et pour nous ce serait mieux aussi.

Il s'est levé, avec difficulté.

Il a voulu déplacer lui-même son fauteuil mais le danseur lui a dit de ne pas se déranger, qu'il allait le faire lui-même.

Il a mis le fauteuil là où ils avaient dit et l'homme s'est assis lourdement dedans.

Il a continué à regarder vers le sol.

Ils ont poussé deux ou trois choses dans les coins de la chambre, une table, deux chaises, une bouteille d'oxygène, en disant qu'ils remettraient tout en place juste après.

Il a laissé faire en silence, en regardant vers le sol.

La danseuse lui a demandé s'il préférerait quelque chose de doux ou de plus entraînant.

Il a fait la moue. Est resté silencieux.

Elle a demandé au sujet du genre de musique.

Il n'a rien dit.

Elle a dit qu'ils avaient du piano.

Il a dit oui, du piano.

Elle a demandé lent ou plus entraînant.

Il a dit du piano.

Le danseur a branché le lecteur de musique et au début il n'a pas voulu fonctionner.

Il a fait plusieurs essais et elle a plaisanté sur la mécanique de l'appareil, ça marche pas toujours comme on veut.

Le danseur a fini par dire c'est bon, ça marche. Il a dit je vais couper la radio, juste le temps de la danse.

Il a coupé, et puis il a lancé la musique de piano.

Ils ont dansé tous les deux devant l'homme, pendant trois ou quatre minutes.

Pendant la danse, le kiné est arrivé. C'était une femme. Elle est restée dans la chambre, immobile et silencieuse, à regarder elle aussi, debout à côté de l'homme, un peu derrière.

A la fin du morceau de piano, ils ont arrêté de danser. Ils ont souri, esquissé un petit salut.

La tête de l'homme était relevée, avec un léger sourire.

Il a soufflé c'est original.

La danseuse a dit vous voyez, maintenant vous allez pouvoir faire votre kiné.

Ils ont remis les chaises et la table en place. Aussi la bouteille d'oxygène.

Voilà, ils ont dit.

Le danseur a remis la radio. L'homme a dit, non, pas la radio. Le danseur n'a pas entendu et il l'a remise.

Après, ils ont salué l'homme.

Lui a fait un signe de tête.

La kiné a dit maintenant, à nous.

Les danseurs ont quitté doucement la pièce, refermant la porte derrière eux.

Chambre 313 on a dit.

Encore une fois.

Depuis le couloir.

Danseurs devant la porte.

Lui qui frappe.

Pas si vite.

Ce temps d'abord d'hésitation, devant la porte. Cet effort que ça lui demande, l'abord de ce seuil.

Les yeux mi-clos, comme doucement il prend de l'air, souffle, prend de l'air, souffle.

Elle, la danseuse, juste derrière lui, elle dit en consultant la liste : ici, c'est un homme, c'est à toi.

Deux coups de phalange contre la porte.

Immobilité.

Pas de réponse.

Rarement de réponse.

Alors la poignée que l'on saisit.

C'est ce qu'il fait le danseur. La porte entrouverte, le regard glissé, à peine, à l'intérieur. Et puis plus franchement.

La porte ouverte, maintenant.

Sur la partie visible de la chambre, avec le lit. Vide.

Le seuil franchi d'un pas.

La danseuse dit qu'il doit être sorti. La radio fonctionne pourtant.

Derrière le lit, il y a une fausse cloison. Au-delà, on devine la lumière forte du dehors.

Il y a quelqu'un, demande le danseur et il fait quelques pas de plus vers la deuxième partie de la chambre.

Pas de réponse.

Le danseur regarde au-delà de la cloison.

Ah, mais si, il y a quelqu'un, vous êtes là, il dit.

La danseuse le rejoint après avoir fermé la porte. Dit bonjour monsieur. On se demandait.

Tous les deux, ils restent un instant debout en face de l'homme.

L'homme est assis dans un fauteuil.

Le regard vers le bas, ses avant-bras sur les accoudoirs.

Il tourne le dos à la grande fenêtre donnant sur les montagnes blanches.

Le temps est très beau, la lumière forte.

Après un moment, la danseuse dit que la vue est splendide, que sa chambre est vraiment agréable.

Il ne dit rien, ne se retourne pas vers la fenêtre.

Le volume de la radio est assez faible.

Nous sommes les danseurs.

Et le danseur explique un peu les choses, qu'ils viennent régulièrement danser ici, les jeudis. Que s'il veut, s'il n'est pas trop fatigué, ils peuvent danser un peu, juste pour lui, comme ça, dans la chambre.

Sans lever les yeux, l'homme dit tout de suite que le problème, c'est le kiné qui va arriver juste maintenant.

Ils le rassurent, disent que de toute façon, c'est très court, que le kiné pourra patienter une minute.

L'homme ne dit rien d'autre.

Il tient ses avant-bras sur les accoudoirs et ses mains se rejoignent juste devant le ventre. Son visage jaune accroché un peu au-dessus, au bout de la nuque horizontale.

Ils demandent encore une fois si ça va, s'ils peuvent danser un petit moment.

Il dit oui.

Il fait très chaud dans la chambre.

Avec cette lumière en plus.

La danseuse propose de danser là, devant la fenêtre. Demande si lui, l'homme, il peut s'installer plutôt là, de l'autre côté. Ce serait mieux.

L'homme commence à se lever de son fauteuil.

Le danseur dit attendez, on va vous aider.

Il lui prend le bras, l'homme se laisse faire.

Elle met le fauteuil là où c'est le mieux.

Il s'assied à nouveau. Reprend sa position, les avant-bras sur les accoudoirs, le regard vers le sol. Les mains se touchant devant le ventre.

On va pousser tout ça mais ne vous inquiétez pas, on remettra tout en place après.

Ils déplacent les chaises et la petite table, la bouteille d'oxygène.

Le danseur commence à installer l'appareil à musique.

Qu'est-ce que vous voudriez écouter comme genre de musique, des choses douces ou des choses plus rythmées, demande la danseuse.

L'homme ne répond pas. Plisse seulement le front.

Elle pose la question avec d'autres mots. Calme ou entraînant.

Silence.

Après elle parle de deux ou trois instruments de musique, le piano et d'autres.

Sans bouger, l'homme dit : oui, du piano. Je veux bien du piano.

Elle demande encore, à propos des différentes sortes de musique de piano.

Et lui répète : oui, du piano.

Le danseur branche l'appareil à musique et il ne fonctionne pas tout de suite. Pendant qu'il fait des essais, elle plaisante un peu avec l'homme sur l'électronique.

L'homme, les avant-bras sur les accoudoirs, face aux montagnes qu'il ne regarde pas.

Le danseur indique qu'il va couper la radio, juste le temps de la danse.

Après, il appuie sur un bouton de l'appareil, traverse la chambre pour se tenir dans le coin opposé à celui occupé par la danseuse.

Tous les deux, les danseurs, cessent de sourire.

Immobiles.

La musique de piano commence.

La danse aussi, presque tout de suite.

L'homme : le regard baissé.

Distraitement, les trajectoires sinueuses des deux danseurs les rapprochent insensiblement l'un de l'autre. Jusqu'à se toucher, avec une rudesse qui envahit l'espace.

Opposition des corps, des forces en jeu.

L'homme : le regard baissé.

Les danseurs explorent un temps cela, les contraires, le conflit des corps.

Au cœur des deux paumes qui se pressent l'une l'autre, il y a cette chaleur qui s'accumule et s'apprête à rayonner.

Irradie, maintenant, alentour.

L'homme, son regard.

Imperceptiblement, le menton se libère du thorax.

Le regard s'élève, avec lenteur, mais plus vite pourtant que le visage.

Devant lui, jusqu'à l'effleurer parfois, la danse laisse bientôt pressentir son basculement vers autre chose. Elle se détourne progressivement de la lutte, entreprend de fabriquer une harmonie nouvelle.

L'énergie, invariante, se consacre désormais à la rencontre.

L'homme, son regard.

Dans la vacance de ces deux corps en mouvement juste devant lui, jusqu'à le toucher.

Son regard debout.

A l'altitude des montagnes blanches.

Dans la vacance de ces deux corps qu'il ne fixe jamais, qu'il ne suit pas vraiment. Il épierait plutôt le chahut moléculaire qui l'environne.

Un signe qu'il guetterait parmi les vides bousculés.

Son regard, vif maintenant, attentif à la danse plus qu'aux danseurs eux-mêmes, attentif et en retard sur elle, désireux peut-être de marcher dans ses traces, autour d'un épïcentre qu'il aurait pressenti l'instant d'avant, ici plutôt que là. Et déjà enfui.

Les avant-bras sur les accoudoirs, les mains déliées. Le torse presque droit.

Le regard, vers les montagnes qu'il ne voit pas.

Pas plus qu'il ne voit la femme qui est entrée discrètement dans la chambre et qui se tient non loin de lui, un peu en retrait.

La danse se termine avec l'enlacement des corps.

La musique cesse.

L'homme, le visage debout.

Le regard qui hésite, tombe un peu. Les mains qui se rapprochent l'une de l'autre, vers le haut des cuisses.

La chaleur dans la chambre, les montagnes étincelantes.

Les danseurs se tiennent par la main.

Adressent un court salut à l'homme, juste devant lui.

Ils sourient.

Voilà, dit la danseuse.

Et puis, en s'adressant à la femme qui est entrée, j'espère qu'on ne vous a pas trop retardé dans votre travail.

La femme en blanc dit que non, que depuis le temps, au moins maintenant, elle aura vu un peu de danse elle aussi.

Un moment de silence, les danseurs immobiles.

Il y a de la douceur parmi les traits de l'homme.

Il lève un instant les yeux, dit à voix basse : c'est original.

Les danseurs restent devant lui.

Il ne dit rien d'autre.

Elle, la danseuse, elle dit que si ça lui a plu, ils seront à nouveau là jeudi prochain.

Il ne dit rien, le regard haut, vers les crêtes des montagnes, avec un léger sourire.

Elle ajoute que maintenant, vous voyez, vous allez pouvoir faire votre séance de kiné.

Le danseur débranche l'appareil à musique. Il remet tout en place, les chaises, la table, la bouteille d'oxygène.

La femme kiné lui dit de ne pas se déranger, qu'il peut laisser les choses comme ça, mais il préfère quand même les remettre en place.

A l'homme elle dit : allez, nous, on va se mettre au travail.

Voilà, dit le danseur. Et je vous remets la radio.

Aidé par la femme en blanc, l'homme se lève avec difficulté pour les soins de kinésithérapie.

D'une voix faible, il dit : non, pas la radio.

Le danseur ne l'entend pas. Il remet la radio en marche.

L'homme ne dit rien d'autre.

Quand les danseurs le saluent en lui disant alors à la semaine prochaine, il bouge un peu la tête tout en se consacrant à ses pas dans la pièce, au bras de la femme.

Les danseurs s'éloignent de lui, gagnent la porte, presque à reculons, avec des petites haltes souriantes.

Ils sortent de la chambre.

Referment la porte sans bruit.

Ils sont dans le couloir.

Le danseur ferme les yeux, souffle doucement, plusieurs fois.

La danseuse le regarde faire.

Tous les deux, ils ont de la sueur au front.

Après un temps, elle regarde la feuille avec les noms et les numéros de chambre.

Elle désigne une autre porte.

Elle dit que là, il doit y avoir quelqu'un.

Après avoir bu quelques gorgées d'eau au goulot d'une bouteille en plastique, ils s'approchent de la porte.

(après il y aura les autres chambres de ce jeudi après-midi,

la 317 avec la femme au bouquet de photos sur la tablette et qui pleurera sans bruit,

la 323 avec les deux femmes, celle qui ne dira rien, regardera à peine, le visage détourné, et l'autre, très maigre qui tentera sans y parvenir de se tenir assise dans son lit pendant la danse, qui répétera plusieurs fois, une dizaine, que c'est très beau et très agréable,

les 324 et 311, des hommes seuls qui diront non merci, on est trop fatigués, on verra quand ça ira mieux,

un autre homme encore, celui de la 319, que l'on n'entend plus, qui écrit sur des ardoises en montrant des schémas de larynx et de tubes digestifs,

la 320 et les trois personnes presque joyeuses, assemblées autour d'un homme jeune encore,

les autres chambres, celles de ce jeudi après-midi.

Après, il y aura la semaine suivante, le jeudi,

et la liste que l'on récupèrera auprès de l'administration,

la liste avec dessus, les numéros de chambre et les noms, ceux que l'on connaît déjà ou que l'on découvre,

avec parfois, dans une case réservée à cet effet,

une mention,

dans cette case-là plutôt que dans une autre,

en face d'un numéro de chambre plutôt qu'un autre,

en face d'un nom plutôt qu'un autre nom,

cette mention,

fin vie)

Mars 2005



## “SI VOUS AVEZ 5MN., JE VIENS DANSER RIEN QUE POUR VOUS”

GENEVIÈVE PERNIN

### “Parler du démarrage”

Depuis cinq ans j'interviens tous les mois dans plusieurs hôpitaux français, où je propose aux patients des services adultes et enfants de m'accueillir dans leur chambre, et ainsi, d'assister à un spectacle de danse contemporaine.

Parler du démarrage ; de comment cela a commencé.

D'où est venue cette idée, cette envie d'aller danser à l'hôpital, pour des gens qui ont un corps en souffrance.

Les avoir choisis eux, qui ont un corps en souffrance, comme si leur état les rendait plus proches, plus à l'écoute, plus réceptifs pour un échange avec moi, au travers de mon corps en mouvement. Nous nous retrouvons dans un état de dialogue très primaire, “un corps à corps” ; avant que les mots ne viennent.

L'envie aussi de me retrouver face à un public qui n'a pas fait la démarche d'être un public ; c'est moi qui viens dans leur chambre leur proposer d'assister à un spectacle de danse contemporaine et donc de devenir public, pour la première fois peut-être.

L'envie de déplacement, de changement de point de vue ; comment danser dans un espace restreint, qui n'est pas fait pour le spectacle, devant des spectateurs qui n'en sont que le temps que dure la danse ; qui sont couchés, en pyjama, qui souffrent, qui sont là pour se faire « réparer » le corps.

À ce public hospitalisé, peuvent se rajouter le personnel soignant, la famille, les amis, toutes les personnes en visite. C'est pour ces gens présents dans la chambre que le spectacle a lieu.

Avant mon passage dans le service, un programme distribué par le personnel soignant à chaque patient, lui permet de choisir la (ou les) danse (s) qu'il désire voir ; il y a 13 danses au choix, la plus courte dure 0,26 minute, et la plus longue 5 minutes. Une discussion termine toujours mon passage dans la chambre.

Septembre 2008





“EntreTemps... dans une chambre d'hôpital” in *Danse et Santé, Du corps intime au corps social*, sous la direction de Sylvie Fortin, Presses de l'Université du Québec, Collection Santé et Société, 2008.

## ENTRE TEMPS... DANS UNE CHAMBRE D'HOPITAL

AUORE DESPRÉS



Photographie : Lin Delpierre

**Préambule :** Le texte suivant et les photos de Lin Delpierre qui l'accompagnent sont relatifs aux “recherches sur l'intime” menées par la danseuse Geneviève Pernin à l'hôpital général de Lons-le-Saunier (Jura). Depuis quatre ans, cette danseuse de formation en danse contemporaine propose aux patients des six services, une danse dans leur chambre, choisie par eux sur le programme qui leur est distribué, en fonction du titre, de la musique ou de la durée. “Si vous avez cinq minutes, je viens danser, rien que pour vous...”. J'ai pu assister à cette expérience, pendant une journée, dans un service où les malades étaient pour une bonne part en phase terminale. Le texte suivant a été composé à partir de la triade : “ce que j'ai vu”, “ce que j'ai ressenti”, “ce que j'ai pensé-imaginé”, méthode créative développée par les recherches

d'Anna Halprin (1), danseuse initiatrice du courant de la danse post-moderne américaine dans les années 50, permettant dans toute sa simplicité, la complexité d'une approche à la fois clinique (se pencher sur, accueillir, recevoir), créative (ré-informer le réel) et critique (mettre en relation, évaluer).

J'ai vu un hôpital dans le brouillard jurassien, les couleurs blafardes de l'hiver, H deux verticales pour une horizontale. J'ai senti les lumières crues de l'hôpital et des frissons courir sur ma peau de bas en haut.

Dans les couloirs, les salles d'attente, les chambres, j'ai vu un monde du blanc, du métal et du plastique transparent. Sur ce fond, des objets. Un verre sur une table roulante, un vase vide, d'autres en fleurs, une

revue sur un lit, un plateau-repas, une paire de lunettes, une chaise, un gilet, une boîte sur une table de chevet. J'ai senti une vie intense à l'intérieur... la mienne ?

Derrière la porte, j'entendais la voix soutenue et distincte de Geneviève Pernin demandant à un malade dont je ne connaîtrais jamais le nom, s'il voulait bien qu'elle danse “rien que pour lui”, s'il préférerait une musique apaisante ou enjouée, et encore s'il permettait ma présence. Je perçus quelques marmonnements, la voix d'une femme qui marmottait. Je ressentis mon corps résonner l'étrangeté de la situation.

Dans la chambre exiguë, j'ai vu l'une dansante, l'autre mourante sur la chanson *J'attendrai* de Rina Ketty.

Accolée au mur, si près d'elles, j'ai vu défiler ou persister dans mon champ de vision des parties de corps : un bras lancé dans l'air, une main reposant sur le drap, une jambe tendue vers la fenêtre, des cuisses comme soudées, une nuque tournoyante, un regard fixe.

Des deux corps lequel m'apparaissait finalement le plus en morceaux ?

La vitre bombée de la télévision suspendue reflétait le corps de la malade déformé... comme un autre miroir obscur des outrages subis.

J'ai vu des poches transparentes, des bouquets de tubulures, des haricots en carton, des bassins d'urine, des potences argentées. Pourquoi la danseuse danse là ? pour le roi qui se meurt ?

Qu'est-ce qu'elle agite en son corps de danseuse ? et, elle qu'est-ce qui grouille en son corps de malade ? du mouvement simulé ? de la douleur ? de la morphine ?

J'ai perçu entre ces deux corps une profonde affinité en ce qu'ils sont préoccupés tous deux par des questions de corps extrêmes ou inouïes, des pensées motrices et sensibles, des muscles en massifs, des noeuds de nerfs, des fleurs de peau, des pensées d'esthétique et d'anesthésie.

“De quel côté je tombe si je tombe ?” (2)

“Où j'en suis de ce qui est mon possible ?” (3)

Avec le corps, mon corps.

Résistant ?

Dans la géométrie perpendiculaire de la chambre, cette femme qui danse entre lit et armoire trace une diagonale, comme “un arc tendu entre deux morts” (4). La malade clouée en son lit regarde la danseuse se pencher, vaciller... sur quoi ? Des deux corps, lequel est le plus en déséquilibre ?

Son regard se détourne tranquillement. La malade se barre avec pour seul mouvement celui d'une paupière lourde. Elle semble ailleurs.

Qu'est-ce qu'il s'échange alors ? de l'inconnu de la vie, de l'inconnu de la mort ?

Une nappe de silence résonne.

Là, juste avant l'arrêt de la musique et de la danse, elles se sourient tranquillement.

Juste avant l'arrêt...



Qu'est-ce qui me fait pleurer ? Est-ce la question du sens de la vie ? Est-ce la présence de la mort prochaine ? Est-ce la générosité à corps perdus que développent l'une et l'autre chacune à leur manière ? Ou, est-ce la misère de ces deux sujets s'objectivant chacun à leur manière par leurs corps dévoilés, exhibés ?

Est-ce le grand écart “injuste” entre ce corps sain, vertical, mobile et ce corps couché, immobile, souffrant ? Ce contraste excessif entre l'un qui n'en fait pas assez (tellement interdit de sensations et de mouvements), l'autre qui en fait trop (tellement autorisé de sensations et de mouvements) ? Est-ce l'excès de ce corps-là, de ce corps-ci ?

Tout cela en mélange et surtout oui cette rencontre inopinée qui a eu lieu, pendant une coulée de secondes, ce qui a eu lieu entre ces deux êtres : un colloque en silence à propos de la crête de la vie. Oui.

J'ai imaginé cette femme malade avoir l'impression de voler, caressée par les brassages d'air des mouvements qu'elle percevait, dans un dialogue sensible à la moindre particule d'air bousculée. J'ai imaginé aussi son dégoût en face de tant de mobilités, son courroux contenu en son épiderme.

J'ai imaginé qu'elle lui souffle “Arrêtez !”, j'ai imaginé qu'elle lui souffle “Continuez !”.

Je me suis interrogée : qu'est-ce que ce détournement, ou cette gêne, ou ce refus de voir ou de sentir la danse, ou ce regard profond et vide à la fois que j'ai vu apparaître sur le visage de cette femme ou d'autres personnes

malades visitées en d'autres chambres ?

Peut-être ces regards abasourdis, loin, ailleurs étaient-ils celui de l'aveuglement permettant soudainement de voir. De voir l'autre et de se voir, de se voir malade, de se sentir malade, là, dans l'infini des petits mouvements qui sont là pourtant encore. Encore...! Peut-être, que la danse de la danseuse redonnait du corps, de la chair sensible en mouvement, à la personne patiente... elle qui était, chaque jour, vidée de son propre corps, évacuée de sa propre maladie par des ingénieurs du corps, ceux qui ne voient les corps qu'à travers les filtres colorés de toutes les technologies de l'imagerie médicale, ceux dont le savoir ne sait plus voir (5).

Comme dans un autre monde dans l'espace de cette chambre, apparaissait soudain le monde d'un corps, fusse-t-il alité... son regard devenu dans l'instant très profond, sa chair qui résonnait du mouvement, qui ruminait de la musique, engorgé de réminiscences dansantes sur fond des souffrances présentes, un corps d'épreuves s'éprouvant.

Re-donner au malade de cette maladie à vivre, à sentir, à écouter, à danser... maladie singulière que l'entourage n'a de cesse de lui retirer : est-ce cela le “soin” ? Oui.

Dans toute leur différence (cruelle, certes) mais dans toute la différence (6), la danseuse re-donnait là possiblement du corps en expérience, du corps en partage.

J'ai vu des visages, des corps, des corps en visages, des corps envisagés, des visages de

corps. Entre ces deux corps, entre ces deux visages, j'ai vu se creuser l'espace, se creuser le temps, j'ai vu l'altérité à l'œuvre.

Hiatus.

J'ai pensé que le contraste était tellement grand entre ces deux traitements culturels du corps, entre ce corps-objet où le sensible est comme oublié depuis si longtemps et ce corps-visage redonné vivant et dansant pendant trois minutes, que c'était peut-être trop, trop fort ou trop doux, je ne sais... qu'il y avait aussi peut-être là une violence de la douceur, lorsqu'elle est devenue tabou... qu'ainsi ce regard pouvait être aussi un refus, un refus d'éprouver la musique et la danse, comme un refus de l'expérience comme de l'épreuve...

Certainement que dans l'épreuve intime du périr, la parole se fait silencieuse, silencieuse devant l'abîme, et que ce silence là il faut pouvoir l'entendre sans frémir presque en sourire.

J'ai senti ce silence dans cette chambre-ci, silence qui plaçait soudainement la musique de Rita Ketty en très arrière-fond.

J'ai imaginé le malade sur l'extrême pointe de sa mort et la danseuse en prêtresse du 21ème siècle, venue là pour une onction extrême et nouvelle "danse en paix", un accompagnement à la présence profonde et légère. Il ne mourrait pas dans l'isolement ; il ne mourrait pas dans le mal du siècle, il ne mourrait pas du mal du siècle. Relié à cette Présence, reconnu comme une personne, re-connu dans sa maladie singulière, il pourrait être enfin seul, il pourrait enfin toucher sa solitude devant la maladie et la puissance de mort qu'elle recèle, en un mot, existé.

J'ai imaginé le malade chevaucher des nappes de temps, traverser les couches de sa temporalité, sa vie défiler au fil de cette danse devenue halo de présence, virtualité rassurante, aura invisible.

Son regard enfoui dans le silence d'un objet posé sur la table. J'ai imaginé qu'il en sentait le subtil grouillement moléculaire, qu'il y lisait sa propre respiration, qu'il y voyait un doux sourire.

Lorsque les objets frémissent et nous regardent... est-ce quand on a plus que son corps ? J'ai pensé que l'épreuve mienne qui fait que personne ne peut mourir à ma place (7) se fait probablement dans une relation intime avec les objets. Eux, qui, dans leur immobilité, leur absence de mouvement, leur absolue passivité vont me caractériser aussi, moi qui suis en devenir eux, moi dont je sens d'autant mieux ma vie encore en eux. Quand on n'a plus que les objets... est-ce qu'on peut les faire danser ?

J'ai pensé qu'il y avait là une expérience de l'intimité la plus profonde, une perception de l'intime qui sied au cœur des affects, des sensations et des mouvements du corps, un échange sur les possibles du sentir du corps, possible autrement que par la douleur. La danse parlait en secret de ce secret, tendait mille voiles pour ouvrir une lucarne sur l'invisible de l'expérience corporelle.

J'ai pensé que cette "prise en compte de l'éprouvé du corps" (8) était évacuée aussi bien dans le monde médical que dans le monde de la "bonne santé", que, dans un monde d'analphabètes de la sensation corporelle, cette intelligence et culture de la

perception intime du corps que cultivent certains danseurs, étaient très très très rares, que je faisais des recherches sur une toute petite niche (9),

que cette perception réalisait l'ultime bastion de résistance d'un corps intime, d'un "privé", d'un invisible à sauvegarder des assauts de la "publicisation" de nos corps par l'image, qu'il y avait responsabilité politique de l'artiste du corps à transmettre cette culture expérientielle du sensible, que le danseur se pouvait d'être comme le passeur missionnaire du sentir, dans ce temps de son plein conditionnement par le marketing, dans ce temps de "guerre esthétique" (10).

J'ai imaginé la catastrophe du vivre et du mourir dans le futur : le savoir-pouvoir médical aurait pénétré toute la vie quotidienne, nous narguerait avec des "il faut" dans nos moindres gestes, le normal serait toujours tenu en soupçon d'être pathologique, les techniques de visualisation du corps mettraient le corps à nu, poursuivi jusqu'en son intérieur, l'imagerie médicale ne serait plus le monopole de l'expert, il existerait des salles discrètes à la manière des sex-shops, où, "chacun pourrait opérer une descente dans



son propre corps" (11), y traquer la maladie toujours possible selon un "principe de précaution" devenu terrorisant, selon une injonction de "responsabilité de l'individu vis-à-vis de son propre corps" devenue de plus en plus grande... en fait de plus en plus coupable.

Par cette soi-disante "connaissance intime de son propre corps" rendue public et toute produite paradoxalement en dehors d'affects et de sensations intrapersonnelles, chacun serait en charge d'assurer totalement la gestion de son corps et l'éternité de sa bonne santé. La chambre d'hôpital serait alors le must de cette anti-chambre. Le malade, à l'image d'un crucifié, relié par endoscopie,

capteurs de mouvement, échographie ou autres technologies du "voir" des profondeurs du corps, pourrait suivre, sur les écrans, l'évolution de sa maladie, voire par un devoir de feed-back actif, la contrôler en "médecin de soi-même" (12) et assister, au final, impuissant devant les écrans colorés, à sa "mort en direct", sans ou devant d'autres personnes devenus spectateurs-témoins au regard fixé sur ce "ça voir"... ob-scène par définition. Obscène est tout déni de l'intensité de l'expérience... la mort est à vivre (non pas à voir), l'amour est à vivre (non pas à voir), la vie est à vivre (non pas à voir).

En cette imaginaire catastrophique du savoir comme du savoir-vivre, du savoir-vivre

comme du savoir-mourir, j'ai perçu une catastrophe de la culture comme du culte, du culte comme du prendre soin.

J'ai pensé que cette chambre-ci, avec cette danseuse-là était une aubaine où le vivre-mourir pouvait, par la sublimation créative, se sentir et encore, malgré tout, s'éprouver.

Que la chanson de Rina Ketty était tout de même un peu courte...

LA TOUR DE LOYETTE, NEAUX, AOÛT 2006.

1. Une exposition du Musée d'Art Contemporain de Lyon consacrait dernièrement l'importance des travaux et recherches pour le monde artistique d'Anna Halprin. Elle a développé notamment un travail sur le lien émotion-mouvement avec des malades atteints du Sida et du cancer. Voir Jacqueline Caux (2006), *Anna Halprin à l'origine de la performance*, Musée d'Art contemporain de Lyon, Panamamusées.

2. 3. Christophe Fourvel, Textes inédits composant l'installation "J'ose la pose" conception de Geneviève Pernin, comprenant aussi des vidéos d'Anne Vauclair, d'Isabelle Singer, des photos de Lin Delpierre, une création sonore d'Alain Michon, autour des interventions de Geneviève Pernin à l'hôpital de Lons-le-Saunier.

4. Selon la chorégraphe Doris Humphrey, "la vie et la danse existent entre deux points immobiles" (le corps vertical et le corps horizontal) et forment ainsi cet "arc entre deux morts". Doris Humphrey (1990), *Construire la danse*, Paris, Editions Bernard Coutaz.

5. Michel Foucault a détecté ce privilège de l'œil dans la constitution des savoirs en médecine où il s'agit alors de rendre "l'invisible visible", de "voir pour savoir". Michel Foucault (1963), *Naissance de la clinique*, Paris, PUF. Voir aussi les réflexions sur l'iconographie médicale croisées avec une analyse de l'image picturale de la Renaissance, de l'Age classique et d'aujourd'hui de Corinne Pieters et Bernard-Marie Dupont (2000) *Image, philosophie et médecine. Le corps en regards*, Paris, Ellipses.

6. Le mot "différance" construit par Jacques Derrida, renvoie en faisceau sur les deux sens de "différer" ; il y va alors à la fois d'une différence comme espacement, écart, dissemblance, altérité et du mouvement de "différer" comme temporisation, détour, réserve, délai. Jacques Derrida (1968), *Théorie d'ensemble*, Paris, Collection Tel Quel, Editions du Seuil.

7. Françoise Dastur (1994), *Heidegger et la question du temps*, Paris, PUF.

8. Pour reprendre les termes de Julie Nioche, danseuse, donnant des ateliers en milieu hospitalier auprès de malades anorexiques : " Je réalise que dans le monde médical occidental, la prise en compte de l'éprouvé du corps est aussi très rare. Le discours qui y fait autorité se fonde encore sur le mesurable et l'observable. Le corps est sans cesse tiré vers la norme culturelle de la "bonne santé" et de la "beauté". L'individu est comme poussé à oublier ce qu'il ressent. La perception intime du corps dans tout ce qu'elle représente d'informe est régulièrement évitée, d'autant plus lors de la maladie". Julie Nioche (2006) "Le lien invisible" in *Scientifiquement danse, Nouvelles de Danse N°53*, Bruxelles, ContreDanse.

9. Aurore Després (2000), *Le travail des sensations dans la pratique de la danse contemporaine. Logique du geste esthétique*, Lille, ANRT.

10. Bernard Stiegler (2005), *De la misère symbolique 2. La catastrophe du sensible*, Paris, Galilée.

11. Anne-Marie Moulin (2006), "Le corps face à la médecine" in *Histoire du corps N°3 Les mutations du regard. Le XXème siècle* sous la direction d'Alain Corbin, Jean-Jacques Courtine, Georges Vigarello, Paris, Seuil.

12. Evelyne Aziza-Shuster (1972), *Le Médecin de soi-même*, Paris, PUF.



## INDIVIDUS EN MOUVEMENT ENGAGÉS

JULIE NIOCHE

### PRÉSENTATION A.I.M.E.

*“A.I.M.E.” est une association artistique que j’ai créée en collaboration avec Isabelle Ginot, (chercheuse en danse, co-directrice du département danse à l’université Paris VIII et praticienne Feldenkrais), Gabrielle Mallet (kinésithérapeute et ostéopathe), Michel Repellin (médiateur et administrateur des projets associatifs) et Stéphanie Gressin (médiatrice des projets artistiques), pour développer mes projets chorégraphiques et intégrer les savoirs de la danse dans la société.*

*L’Association d’Individus en Mouvements Engagés se situe donc entre divers milieux et souhaite repenser les savoirs du corps en dehors des territoires imposés par la culture et le monde social, territoires qui tendent à séparer savoirs du danseur et savoir médical, esthétique et sciences médicales ou encore anthropologie, etc. Autrement dit, si “le corps” est une entité multiple, instable et indéfinie, ses savoirs propres ne répondent pas aux définitions culturelles dominantes qui font du “corps dansant” un corps radicalement étranger au “corps patient”, au “corps quotidien”, au “corps culturel”, etc.*

*A.I.M.E. s’intéresse au croisement des “savoirs corporels” éprouvés dans la sphère artistique et celle du soin et propose :*

- des ateliers de danse en milieu médical inclus dans un projet artistique,
- des ateliers somatiques en milieux hospitaliers ou associatifs.

*A.I.M.E. est en partenariat avec le département danse de l’université Paris 8 pour le nouveau Diplôme Universitaire : “Techniques du corps et monde du soin” s’adressant aux danseurs et praticiens somatiques et aux professionnels du monde soignant.*

*A.I.M.E. travaille en collaboration avec plusieurs secteurs pour mieux évaluer, et répondre aux besoins liés à la prise en compte du corps dans les pratiques médico-sociales et de façon plus spécifique les parcours de soins tels qu’ils s’actualisent aujourd’hui.*

### LES PROJETS EN DANSE EN MILIEU MÉDICAL

#### Expérience n°1 : Les troubles de l’image du corps.

**Installation d’art visuel “X” suite à des ateliers auprès de femmes atteintes de troubles du comportement alimentaire au CHU de Dijon (de septembre 2000 à mai 2001).**

Ma pratique de la danse, mes études en psychologie et en ostéopathie se rejoignent autour de la notion d’“Image du corps”. J’observe dans ces trois domaines les troubles que “l’image du corps” implique parfois. J’étudie plus spécifiquement l’altération de la perception corporelle qu’entraînent les troubles du comportement alimentaire, et en particulier l’anorexie. J’ai souvent vu cette pathologie et ses dérivés dans le monde de la danse. Je cherche à comprendre par quels mécanismes, quels points communs, et sur quel terrain se “retrouveraient” la danse et cette maladie. Je recueille des témoignages concernant ce trouble afin de les confronter à des témoignages de danseurs et de spectateurs.

La souffrance des patientes atteintes d’anorexie mentale est visible sur leur corps qui devient l’objet de toutes les contraintes et de tous les défis. Elles font du corps un lieu de protestation et de dénonciation. Les anorexiques vont jusqu’à s’interdire toutes sensations et s’imposent une maîtrise totale de leur corps qui les embarrasse. Il semble que l’anorexique ne se saisisse d’elle-même et de son corps que comme “objet” qu’elle prive en espérant qu’il se mette à produire du désir et non du besoin. Elle considère son propre corps comme tous les objets, voué à la consommation et à la disparition.

Cette problématique soulevée par l’anorexique n’est pas sans lien avec la formation de l’interprète qui tend vers un idéal du contrôle de soi afin de pouvoir tout faire à tout moment sans être encombré par la spécificité de sa propre corporalité.

Elle n’est pas non plus sans lien avec les positionnements politiques que soulève implicitement un projet esthétique. Quels corps sont convoqués sur scène aujourd’hui et à quelle fin ? Comment construire un projet esthétique qui ne devienne pas un simple objet de consommation perdu dans la masse des propositions ?

#### Septembre 2000

Pour obtenir des témoignages sur l’image que se font les gens d’eux-mêmes, je mets en place un dispositif photographique et d’interviews. J’essaie de comprendre quel endroit particulier de la perception de soi-même suppose l’identité et la construit.

Je rencontre six spectateurs qui représentent pour moi la population ayant un rapport coutumier avec leur corps. Ils vont me parler de la vision de leur propre corps mais aussi ce qu’ils attendent des corps qu’ils viennent voir au théâtre.

J’entends :

“Si mon image me préoccupe ?... Oui... Mais, c’est pas tant pour les autres que pour moi-même. C’est l’état que je vais travailler pour les autres mais surtout pour que je sois bien avec les autres.”

“On est toujours préoccupé par son image d’ensemble, à tout âge, je pense ; et même plus on vieillit plus on est préoccupé par son image car le temps n’améliore pas votre image.”

**Novembre 2000**

Je rencontre six jeunes danseurs du junior ballet du CNSM de Paris, lieu de ma formation. Population témoin pour qui le corps est un "instrument" privilégié d'investigation et de communication, mais aussi souvent source de souffrance car il doit s'adapter à une certaine vision esthétique.

Les étudiants sont dans le trouble d'avoir un corps qui ne leur correspond pas encore totalement, car il est surtout le résultat d'images imprégnées par leur éducation. Ils sont encore la cible des projections de leurs "maîtres" possédant leur vision idéalisée du danseur alors qu'ils recherchent leur singularité.

J'entends :

"Mon image, la mienne. Oui c'est clair, elle me préoccupe. C'est sûrement à cause de la danse d'une part et puis parce que je pense qu'on a besoin de plaire aux autres pour se sentir mieux dans sa peau, pour mieux s'aimer."

"Je pense que c'est vraiment la danse qui m'a fait complexer à propos de mon corps. Je suis prête à me faire opérer, mais je me dis que si je maigris je vais perdre de la poitrine et que ça ira. Donc j'attends toujours de maigrir et de voir après ce qu'il en adviendra."

**Janvier 2001 à Juin 2001 - La place du corps dans le monde médical ?****La protection de l'imaginaire.**

Sans me situer dans le domaine de la danse-thérapie, je propose des ateliers de danse dans un Centre Hospitalier Universitaire auprès de jeunes femmes atteintes d'anorexie en me positionnant non en thérapeute mais en tant que danseuse professionnelle et étudiante en psychologie.

Le choix de la pratique et l'élaboration du contenu de l'atelier sont conçus en réponse aux spécificités des patientes. Elles sont hospitalisées dans un état de cachexie avancée, leur état physique est très précaire mais elles restent dans une attitude pathologiquement hyperactive. Le souci de maîtrise totale les pousse à aller au bout de leurs limites et ce, malgré leur état physique. Leur corps ne leur impose jamais aucune exigence.

La pratique qui me semble la plus pertinente est celle de la relaxation et de l'improvisation guidées par ma voix sans aucun mouvement à effectuer par mimétisme. C'est un travail à partir de l'imaginaire pour donner une consistance aux ressentis, pour que le geste vienne d'un désir personnel. Les patientes ne se mettent en mouvement qu'à partir du moment où elles trouvent leur propre chemin pour le faire, poussées par leur propre curiosité. Le reste du temps de travail se concentre, sur la réception du toucher, sur l'acceptation du poids du corps ainsi que sur une ouverture à l'espace environnant. Cette façon de guider les patientes dans une mise en mouvement par un voyage imaginaire est en lien avec la pratique de Moshe Feldenkrais ainsi qu'avec certaines

pratiques d'improvisation présentes dans mon processus de création. Dans cette méthode, l'enseignant distribue verbalement des consignes de mouvement sans jamais les montrer. Le vocabulaire utilisé désigne souvent des parties du corps, des directions, et des déplacements d'objets quotidiens pour décrire le mouvement. Les cours d'anatomie-physiologie sont aussi une source de nouveaux savoirs pour comprendre le fonctionnement des mouvements.

Cet appel à l'imaginaire anatomique et biomécanique est en toile de fond depuis toujours et reste présent aujourd'hui dans mes processus de création. Le travail de visualisation indispensable pour atteindre des connaissances anatomiques précises est devenu un processus imaginaire pour l'improvisation. La danse devient un lieu de construction, de destruction et de réparation perpétuelle de mon système perceptif et de ma sensorialité.

L'improvisation permet de faire résonner simultanément les informations venant de "l'intérieur" et de "l'extérieur" ; c'est une tentative pour rendre le corps à la fois réceptif et réflexif. C'est un temps pour jouer des associations entre ce qui relève de mes sensations, de mon imaginaire et de mes connaissances.

À travers cet atelier, je réalise que dans le monde occidental, la prise en compte de l'éprouvé du corps est très rare. Cela prend des proportions importantes dans le milieu médical où le discours qui fait autorité se fonde beaucoup sur le mesurable et l'observable. Cette attitude transforme souvent l'être en un corps ou un objet dénué d'individualité, de sensibilité et d'histoire ; il est morcelé par les spécialités.

Ce corps est sans cesse tiré vers la norme culturelle de la "bonne santé" et de la "beauté". L'individu est comme poussé à oublier ce qu'il ressent. Il semble qu'étant le dernier témoin de ce qui nous reste d'animal et de pulsionnel, le corps est sujet à beaucoup de contraintes et de violences : "contrôle" est le mot d'ordre pour qualifier notre relation envers lui. La perception intime du corps dans tout ce qu'elle représente d'informe est régulièrement évitée, d'autant plus lors de la maladie.

J'ai tenté à plusieurs reprises de voir en quoi la prise en compte du vécu corporel et de la dynamique sensorielle propre à chacun pouvait devenir un support dans un cadre thérapeutique.

**Mai 2001**

Au bout de quelques mois d'atelier, je réunis des paroles des patientes qui s'entrechoquent avec celles des spectateurs et des danseurs.

J'entends :

"Quelques fois, quand je pense à moi, j'ai l'impression d'être virtuelle... D'avoir ma tête, mon esprit, mon intellect... Mais si on m'enlève tout ça ; il n'y a plus rien."

"Il me plaît de ressentir quelque chose dans ce corps.

Je pense que mon corps n'est pas du tout la traduction de ce que je suis... Je serais du coton enfin quelque chose de doux. Du coton, du velours, du... enfin quelque chose de... et mon corps représente tout ce qu'il y a de saillant. Mon corps fait mal. Mon corps frappe. J'aimerais être une femme..."

### "X"

Pour restituer tous ces témoignages, je décide d'être dans une démarche artistique plutôt que sociologique ou psychologique.

J'imagine "X", une installation visuelle et sonore qui interroge l'image du corps. "X" est une boîte faite de miroirs déformants, le spectateur peut y entrer après s'être vu transformé. On y entend les différentes paroles de toutes ces personnes essayant d'exprimer le rapport qu'elles entretiennent avec leur propre image en regard d'un corps filmé en perpétuelle modification.

### Expérience n°2 : Atelier auprès d'enfant de 7 à 9 ans infirmes moteurs cérébraux (janvier 2003)

Dans le cadre de ma résidence à la scène nationale de Reims et toujours dans l'envie de tisser des liens entre les connaissances de la danse et le milieu médical, je propose un atelier (1) de danse dans un Centre de rééducation motrice (CRM-IMC) auprès d'enfants de 7 à 9 ans.

Cette expérience me pousse à créer la pièce *Les Sisyphe*, un questionnaire sur les corps improductifs. C'est une déclinaison de sauts, sur la chanson *The End* chantée par The Doors, sorte de mouvement sans fin poussant les interprètes jusqu'à l'épuisement. Cette performance convoque un certain état de revendication vécu par chacun à différents moments de sa vie. Cette sensation de "rage" indéfinissable, souvent improductive et pourtant si palpable qui pousse à faire des actes considérés comme inutiles. La force de cet épuisement absurde semble se trouver dans la beauté qu'est l'acte en train de se faire.

Le centre de rééducation est un lieu où la place de la danse pose question car dans ce contexte, le mouvement est souvent synonyme de contrainte à visée corrective, et de douleur. L'enjeu d'une telle intervention est de réintroduire la notion de plaisir, de jeu dans le rapport au mouvement et de révéler le potentiel de l'imaginaire et de la tactilité pour le développement moteur et l'appropriation de soi.

Alors que notre corps est en modification constante, peu d'espaces-temps sont pensés pour "réactualiser son identité", pour "fictionner son être" avec ce qu'il a de nouveau.

L'atelier est un lieu et un moment privilégiés : pas de port des attelles, les adultes comme les enfants sont au tapis. C'est un cadre d'expérimentation et de découverte du corps dégagé de toutes contraintes de produc-

tivité, allégeant du souci de bien faire rencontré dans la rééducation. Les enfants possèdent une créativité en réponse à leur handicap qui est rarement valorisée. La normalisation gestuelle dont tout le monde hérite à travers son éducation prend une autre tonalité dans ce cadre.

La rééducation motrice doit-elle se baser sur les mouvements socialement acceptables ? Ces lieux ne peuvent-ils pas être des espaces de développement créatifs de gestes pour proposer de faire ce que tout enfant fait : s'amuser avec son corps pour se l'approprier ?

Tout geste est engendré grâce à un imaginaire construit avec nos connaissances, nos projections, nos désirs et une part de notre inconscient. Une personne ne connaissant pas l'existence d'une partie de son corps ou la niant ne la fera pas bouger ou de façon très restreinte. Ces enfants ne peuvent pas toujours avoir un schéma corporel intègre du point de vue moteur et neurologique mais leur image du corps peut ne pas être affectée si toutes les parties de leur corps sont intégrées dans leur imaginaire. Précisons que les termes "d'image du corps" et de "schéma corporel" sont conceptuellement séparés même s'il est convenu qu'ils fonctionnent de façon très liée.

L'image du corps constitue globalement, les représentations mentales du corps. Le schéma corporel quant à lui est préconscient et joue un rôle dynamique dans la posture et le mouvement. Il n'est pas une perception, une croyance, ou une attitude et c'est parce qu'il fonctionne correctement que la plus part de nos mouvements et de nos postures sont automatiques et ne demandent pas une attention constante.

Le travail de l'imaginaire influence directement l'exécution de nos gestes et leur signification. La pratique de danse peut être considérée comme une recherche de mise en mouvement en-dehors des normes sociales établies qui laisse s'exprimer une façon d'être au monde originale. C'est en ce sens qu'elle peut répondre aux questions de personnes d'emblées mises à l'écart des façons d'être dominantes.

### Expérience n°3 : "Les Sisyphe X ..."

Projet mené avec des patients psychotiques de l'hôpital psychiatrique Miguel do Bombarda à Lisbonne (2006)

Atelier pour non danseurs réalisé en collaboration avec la kinésithérapeute et ostéopathe Gabrielle Mallet et donnant lieu à une présentation publique.

Dans le cadre d'un festival questionnant la place de la danse dans l'espace public, j'ai proposé d'investir l'espace particulier qu'est l'hôpital psychiatrique et de déplacer la danse dans un espace social pour lequel il n'est pas destiné. Réaliser un projet artistique au sein d'un espace social comme l'hôpital avec des personnes n'étant pas danseurs profes-

sionnels est une façon de questionner ce que nous avons tous en commun : éprouver son corps. L'atelier a eu lieu pendant 10 jours au coeur de l'hôpital avec des patients qui en avaient envie. Je devais faire 7 représentations avec différents groupes mais ceci n'a pas été réalisable car beaucoup de médecins n'ont pas pu suivre le projet.

J'ai donc décidé de faire moi-même les 7 représentations et de laisser les patients m'accompagner comme ils le souhaitaient. Ils sont venus un par un me soutenir le temps de la performance qui consiste à sauter pendant 20 minutes.

Voici un extrait de ce que j'ai écrit pour présenter la performance *Les Sisyphes* :

*Décider de faire 7 fois cette performance d'épuisement, même seule.*

*Quand ? Dimanche 4 Juin 2006.*

*Où ? Dans le premier hôpital de Lisbonne. En son cœur.*

*Voir soudain l'hôpital comme un espace théâtral, inventé de toute pièce.*

*Faire un acte vain ? un acte fou ? un acte inutile ? un acte pour qui ?*

*Un acte pour quoi ?*

*Une persistance à essayer. Qui m'accompagne aujourd'hui ?*

*Avoir accueilli la libre circulation des présences de João, Lionel, Andrea, Paula, Christina, Firmine, Eduardo, Roberto et tous les autres.*

*Faire danser en moi leurs mouvements et leurs traces.*

*Ne pas les comprendre et ne pas être destabilisée.*

*Être à l'aise dans ces relations de corps à corps enjoués.*

*Où est le corps du malade ? Que faire de ce corps ? Avec ce corps ? Pour ce corps ?*

*Se jouer de lui, se jouer en lui, jouer avec lui.*

*Être au coeur de l'hôpital dans une salle transparente. Enfermée à vue.*

*Dans la salle "polyvalente".*

*Créer un espace-temps de liberté polyvalente.*

*Qu'est-ce qui résiste de la danse ? Qui fait résistance ?*

*Qu'est-ce qui persiste en moi ?*

*Il a désiré sauter hier malgré son corps crispé par son traitement.*

*Elle a désiré danser malgré sa jambe trop courte.*

*Et lui, son bras cassé.*

*Et lui, ses 61 ans.*

*Et lui, sans chaussures.*

*Et lui, qui est fils de Dieu et sauveur.*

*C'est étrange d'entendre cela ?*

*Ils sont présents ici et aujourd'hui, c'est irréductible.*

*Pouvez-vous m'aider à répondre à cette question :*

*Pourquoi sauter aujourd'hui ?*

#### **Expérience n° 4 : "Women's Matter"**

##### **Performance avec 17 femmes du village de Guisseny après une séance individuelle de prise de conscience par le toucher (2008)**

Dans le cadre du projet "À domicile", j'ai proposé aux femmes de Guisseny de réaliser une manifestation poétique en mettant leur corps en jeu dans une marche dans la mer qui ferait fondre leur robe en papier, ces robes faisant écho aux costumes traditionnels bretons et représentant les rôles qui nous sont imposés, que nous fantasmions ou dont nous héritons.

La rencontre avec les femmes interpellées par la proposition a commencé par une séance d'initiation à l'ostéopathie dans le but d'apprendre des gestes simples permettant de prendre soin de soi.

Cette séance était l'introduction à la proposition artistique "Womens' Matter" qui ne s'adresse pas à des personnes ayant une pratique de la danse mais à toutes les personnes prêtes à marcher dans l'eau et à porter une attention à leur corps.

(1) Cet atelier a été mis en place avec l'infirmière puéricultrice, Brigitte Huvier, du centre de rééducation motrice pour infirmes moteurs cérébraux (CRM-IMC) du Val de Murigny près de Reims et Le manège de Reims-scène nationale.



## PROJETS EN TECHNIQUES SOMATIQUES

C'est dans le contexte des années de forte prise de conscience du rôle du patient et de la responsabilité pédagogique du secteur médical (1996-2006) que le parcours des membres d'A.I.M.E s'est construit. Depuis la fin des années 90, s'est affirmée la nécessité d'une "éducation thérapeutique", notamment en direction des patients souffrants d'Affections Longues Durées, d'où la formulation par des professionnels de la santé, des patients eux-mêmes ou de leurs représentants de recommandations sur de nouveaux rapports "soignant - soigné".

Cependant, l'ensemble des informations collectées sur le terrain révèle la difficulté pour un patient d'assumer l'ensemble des approches de la maladie entre un ressenti physique, une réalité clinique, une perception psychologique et les implications sociales de ces différents facteurs. La forte individualisation des situations thérapeutiques rend les recommandations médicales complexes sur le long terme, ce au regard des pathologies qui peuvent s'ajouter au VIH par exemple (co-infections etc). Aussi, les associations de patients sont très vigilantes quant au conflit qui peut apparaître dans le système de soin, entre la réalité économique et les bénéfices individuels qui devraient prédominer dans toute prise en charge thérapeutique (le taux de mortalité lié au VIH ayant fortement baissé, la priorité thérapeutique des institutions de soin n'est pas forcément - pour des raisons liées à la culture médicale et à un contexte économique global - celle d'une "qualité de vie" du patient ou un accompagnement vers des pratiques qui peuvent aider la personne à se "dé-patientiser" pour être en mesure de rencontrer avec la meilleure autonomie possible tous les acteurs amenés à lui prodiguer conseil ou soin)

### Expérience n°1 : Recherche sur l'effet du massage en soin palliatif

Une équipe mobile de soins palliatifs incluant la kinésithérapeute Gabrielle Mallet propose dans le cadre d'un protocole d'évaluation d'objectiver la perception clinique suivante : les patients en phase avancée de cancer semblent tirer un bénéfice ou une satisfaction d'un massage.

Les hypothèses du bénéfice porteraient sur la qualité de vie, la douleur, la mobilité, la confiance en soi, l'estime de soi, le réinvestissement positif du corps ( image du corps et schéma corporel), l'anxiété, la communication avec l'équipe soignante et médicale.

### Expérience n°2 : Ateliers hebdomadaires individuels ou collectifs de Feldenkrais en milieu associatif pour des personnes atteintes de pathologies chroniques

Depuis 2007, dans le cadre d'une mission « amélioration de la qualité

de vie » confiée par SIDACTION à A.I.M.E. et en partenariat avec des associations de patients touchés par le VIH et les hépatites virales, Isabelle Ginot développe un travail de terrain autour des techniques corporelles pour des personnes vivant avec le VIH.

## FORMATION

### Diplôme universitaire : "Techniques de corps et monde du soin" dans le cadre de la formation permanente de l'université Paris 8 et en partenariat avec A.I.M.E.

Ce DU propose une formation à la fois théorique et pratique et a pour objectif de sensibiliser les professionnels soignants aux savoirs du corps en leur permettant de leur faire une place dans leur pratique quotidienne et d'accueillir dans leur contexte professionnel des activités corporelles.

Il offre également aux praticiens somatiques et aux danseurs des clés essentielles pour collaborer avec les professionnels du soin.

## PRESQUE UNE CONCLUSION : LIEN AVEC L'INVISIBLE

Ce tissage entre recherches médicales et recherches artistiques vient d'une hypothèse quant à la prise en compte de l'invisible dans ces deux champs.

Je considère la création artistique comme un témoignage de l'éprouvé d'un sujet face au monde. L'art est un lieu où les distances avec la vie réelle peuvent être testées, les limites décalées. L'espace-temps théâtral, tisse des liens invisibles mais sensibles entre les êtres, les lieux et les objets où tout ce qui est capté est entre le réel et l'inventé.

Il me semble que dans le cadre d'un examen clinique, le thérapeute est dans une projection, dans un travail imaginaire pour capter l'entièreté de l'individu en souffrance. Pour avoir parlé avec plusieurs personnes de pratiques différentes, il semble que pour saisir la demande du patient, l'écoute se rapproche d'avantage d'un état d'improvisation à partir de connaissances théoriques incorporées que d'un état analytique. Il semble qu'un traitement ne fonctionne pas uniquement grâce à l'efficacité de la technique utilisée mais grâce à l'interaction entre le patient et le malade. Cet espace énigmatique, ce terrain commun éphémère entre les deux protagonistes, ressemble à cet espace qui se met en place entre l'acteur et le public. Ils partagent une même scène, un même imaginaire le temps d'un dialogue.

C'est le "malade imaginaire" et le "médecin imaginaire".



## CHORÉGRAPHIES “CONCERTÉES” LA PARTICIPATION CRÉATIVE COMME POSITIVITÉ

NIEKE SWENNEN

Le philosophe Toni Négri a écrit :

*“L'œuvre d'art, et c'est ce qui fait sa force, reste d'abord une puissance de vie qui s'inscrit dans un moment de fragilité. Créer est une démesure (excédence) qui réinvente constamment des singularités prises dans l'agencement de la multitude. Et la création d'une démesure indique le chemin de nouveaux possibles. Le désir d'expression artistique est partout présent quand la multitude agit de manière créative. Et dans notre monde actuel les seules valeurs artistiques qui vaillent anticipent le devenir de la singularité dans son agencement dans la multitude “.*

*Ma démarche d'artiste suit résolument cette pensée.*

*Je crois beaucoup dans la fonction humanisante de l'art.*

Très tôt dans ma vie, j'ai été confrontée à la vision des corps des malades mentaux et les lieux institutionnels dans lesquels ils évoluent. J'ai grandi au sein d'une famille catholique flamande frappée par la maladie mentale. C'est en vivant au quotidien le handicap psychique et physique, avec le cortège de réactions qui l'accompagne, que ma sensibilité est devenue affûtée, incisive, implacable face au monde et sa dure réalité. Cette expérience précoce a laissé en moi comme une empreinte définitive et ne m'a plus jamais quitté l'esprit. Cela m'a motivée à faire quelque chose qui s'inscrivait dans la tension de mon émotion. Alors j'ai décidé de commencer une formation universitaire de psychologie. J'avais 19 ans. Ce n'est pas tant le désir de devenir psychologue qui m'animait mais plutôt quelque chose de plus étrange, de plus profond, de plus inaccessible. Je voulais connaître l'alchimie de la psyché humaine et ses lois secrètes. Je voulais comprendre l'invisible qui nous gouverne. Je voulais comprendre la folie des hommes. Cette quête m'a permis de rencontrer les lieux de la folie et les personnes qu'elles abritent.

*L'apparence physique des corps à l'hôpital psychiatrique a ébranlé à tout jamais ma vision de l'être humain.*

En 1979, stagiaire à l'hôpital psychiatrique, je constatais qu'à l'intérieur de celui-ci : « toutes les portes sont fermées à clé et aucune fenêtre ne peut s'ouvrir. Que l'odeur des pièces est confinée. Que la majorité des corps sont sales. Que certains sont habillés normalement, que la plupart sont en pyjama. Que beaucoup sont physiquement très atteints et se déplacent avec difficultés. Que d'autres sont assis, immobiles, les yeux dans le vide. Que quelques uns sont attachés sur un fauteuil avec un drap autour des reins ». Très vite, j'ai compris que l'hôpital psychiatrique est un lieu où la vie ne va plus de soi. Où plus rien ne va plus de soi. J'avais le sentiment que les corps à l'hôpital psychiatrique avaient subi des cataclysmes et que les lieux avaient l'allure de l'inhabitable. Les corps et les lieux à l'hôpital psychiatrique ne répondaient plus en rien à mes repères habituels. La vision d'abandon des corps et des lieux avait

suscité en moi un violent mouvement interne composé à la fois d'horreur, d'incompréhension, de fascination, d'indignation, de rejet, de compassion et de colère.

Dans mon rapport à la folie, je constatais que j'étais de plus en plus travaillée par la question du corps confronté aux pratiques institutionnelles en psychiatrie hospitalière. Dès la fin de mes études, j'ai voulu m'approcher de ces corps qui sont confrontés au système institutionnel de la psychiatrie hospitalière et qui demeurent sur la frontière de l'extrême limite de l'humain. Alors, j'ai pensé que je devais aller à la rencontre de ces citoyens invisibles, là où ils vivent, au cœur de ces lieux de relégation de notre société, et trouver le courage d'affronter la réalité de leur présence, de leur humeur, prendre le risque de la relation sensible... J'ai décidé de proposer des interventions en danse sous la forme d'un atelier que je définis comme un lieu de pratique artistique centré sur la découverte des capacités expressives du corps sans souci technique ni thérapeutique. C'est avec cette proposition que je me suis immiscée lentement au cœur du contexte hospitalier et dans l'intimité la plus privée de quelques personnes qui y séjournent.

*Le corps est plus que le corps. Le corps est l'intensité de l'homme, tant physique que mentale, tant intime que sociale. C'est dans notre chair que le désir amarre son aventure de vie.*

Mon premier contact avec l'engagement corporel des personnes hospitalisées en psychiatrie a été pour moi un véritable enchantement. L'interaction entre eux et moi fut immédiate. J'étais impressionnée par leur sincérité et par la profondeur que dégage leur engagement corporel. A l'hôpital psychiatrique, j'ai rencontré, en dépit de leurs existences fragiles, leurs diverses difficultés et leurs sobres univers journaliers, des personnes incroyablement humaines. Le plus marquant de cette expérience est, pour moi, les manifestations de débordement de ces hommes et de ces femmes qui apparaissent dans tous leurs états : celui de la colère, celui de la joie, celui de la tristesse, et cela dans le cri, la voix, le mutisme, le rire et les pleurs. Toute une déclinaison d'émotions humaines est mise intégralement à nu sans concession sous le regard. A l'hôpital psychiatrique, le regard est pris d'assaut par l'homme qui affirme sa présence au monde avec « excédence ». Au début, j'éprouvais un certain malaise devant cet excès, ma sensibilité en était exacerbée, mais face à ces débordements les engagements de corps étaient là pour dialoguer, créer des liens. Je constatais que cette aventure artistique plongeait tout l'atelier dans un bain de vie évident. Le travail artistique y est absorbé par la vie.

A l'hôpital, je suis face à des états de corps qui surgissent à l'état brut de façon fragmentaire, éparpillée et isolée, sans support définissable, sans cohérence narrative mais réveillés par un ressenti très personnel

venu des profondeurs de la vie intérieure et projeté au-dehors de soi. Cette mise hors de soi dans l'excès qui se révèle à priori chaotique m'a prise sur le vif. Elle est devenue ma matière de création. J'ai pu tisser avec quelques hommes, quelques femmes et la part intime de leur lieu et de leur histoire, une relation étroite. Au fil du temps, il s'est instauré entre eux et moi une confiance mutuelle. Dans le travail de création avec ces hommes et ces femmes en grande souffrance psychique, je suis confrontée à des engagements de corps sans retour ni recours, qui mettent tout l'être en jeu, sans possibilité de s'en remettre à un autre. Les corps sont traversés par une incroyable énergie de vie. Une saisissante intensité vitale, d'une beauté indéfinissable, en émerge. Ces hommes et ces femmes nous montrent, avec une simplicité éblouissante, une vision du corps directe, sans fard et magnifiquement humaine. Progressivement, je me suis sentie devenir de plus en plus responsable et concernée par leurs visages et leur corps. Un jour, j'ai décidé d'être chorégraphe pour faire des spectacles avec eux. Alors je me suis tournée vers le monde de la danse malgré mes difficultés avec ce qu'il est convenu d'appeler "la" danse.

*Chaque corps s'ordonne comme sa propre scène  
Il n'y a pas de normalité qui serait la vérité de tous les corps. La vérité d'un corps est toujours singulière. Avec le corps c'est un être unique qui prend chair.*

Enfant, j'admirais la danse classique. Adolescente, j'admirais la danse contemporaine. Mais il m'a été impossible de répondre à la définition de leurs règles. J'étais dans une extrême difficulté à apprendre leurs pas codifiés. Avec mon travail avec des patients hospitalisés en psychiatrie, je me suis libérée petit à petit des repères et appuis habituels en danse (cela ne fonctionnait pas) pour m'appuyer sur une autre lecture du corps m'écartant des usages du genre. Cela a radicalement transformé ma vision de la danse. Un jour, j'ai éprouvé avec certitude, comme une évidence, la possibilité d'une "autre" danse. Non celle du passage obligé par l'apprentissage d'un ensemble de pas codifiés et de formes imposées, mais la danse qui vient de l'acceptation de la singularité de chaque « un ». Une danse subjective qui surgit des tensions, des équilibres et déséquilibres de chaque être. Je rêvais d'une danse au service de l'émergence de notre singularité la plus intense. Une danse gauche parfois, "mal-adroite", mais une danse qui se construit avec les aspects les plus humains de notre incarnation physique. A ce moment là, j'ai renoncé radicalement aux idées de la danse comme art de représentation qui demande au danseur interprète une éducation corporelle spécifique et spécialisée.

A l'hôpital psychiatrique, je travaille avec des corps qui n'agissent selon aucun code artistique déchiffrable : ni académiquement, ni conventionnellement.

Portée par le désir de reconnaissance que cette danse là peut aussi faire œuvre chorégraphique, j'ai engagé avec conviction et obstination ma recherche dans cette direction. Alors j'ai commencé à imaginer ce que pourrait être mon projet d'artiste. L'idée de réunir dans un même spectacle des personnes fort diverses pour redonner une visibilité à des gens qui sont absents de notre regard parce qu'ils ont disparu d'une visibilité collective faisait doucement son chemin. J'avançais lentement, en suivant à mon insu les rythmes de la succession de mes différents projets.

Ensuite, il a fallu convaincre les uns et les autres, puis s'armer de beaucoup de persévérance, de patience et surtout d'audace. Imposer l'exigence créatrice des pratiques artistiques dans les institutions était non seulement un défi, cela a été un travail de longue haleine qui a exigé une grande délicatesse et beaucoup de subtilité. Rien ne génère plus de folie et de violence au sein de l'institution qu'un intervenant artistique qui viendrait donner à sentir que la personne hospitalisée ou handicapée peut être autre chose que l'image renvoyée par le diagnostic formulé pour et sur elle. De plus, je voulais mettre en œuvre une écriture chorégraphique qui me soit propre et qui ne soit pas reléguée par l'institution culturelle dans une fonction de bienfaisance, d'amusement, d'occupation ou de thérapie. Je voulais placer les expériences fondatrices de l'existence humaine au cœur de mes orientations artistiques.

*J'aime travailler avec les corps de l'oubli.  
C'est ma façon de restaurer une absence au-delà des limites  
que la société nous impose.*

En 2004, à ma demande et en étroite collaboration avec le centre hospitalier Esquirol de Limoges, mon équipe artistique et technique et quelques personnes hospitalisées ont accepté la mise en scène de leurs corps en dépit de leurs diverses difficultés. La création de la pièce *Presto jubilato - largo desolato* est née de cette aventure à la fois artistique et humaine. Montrer son corps, au risque d'être stigmatisé comme une personne hospitalisée en psychiatrie, est un acte de courage et de sincérité qui s'adresse à nous tous. Mon travail d'artiste entend reconnaître cela.

L'hôpital psychiatrique est un lieu avec des situations où il est aisé de fonctionner du spectaculaire. A l'hôpital je suis confrontée à notre étrangeté humaine, à ses coins cachés, ses traits honteux. Le propos de mon projet chorégraphique ne consiste pas à montrer des personnes en marge de la société ou en marge d'elles-mêmes. Avec mon travail, je ne cherche pas à mettre en avant une représentation du corps dont la souffrance serait le but en soi, et dont le pathologique serait au service d'un voyeurisme pervers. En effet, privilégier une exhibition corporelle exacerbée, indécente, spectaculaire et provocante serait réduire l'autre à n'être qu'un objet au service d'une jouissance destructrice et ne ferait jouer aux spectateurs qu'un rôle de voyeur obscène et sadique. Pour rien au monde je ne donnerai forme à une esthétique "coup de poing". Je ne vise ni le spectaculaire, ni le scandale. Ma démarche n'est ni compassionnelle, ni celle d'accabler. Je veux travailler avec ceux que l'on juge irréprésentables et non présentables.

Je cherche obstinément, à travers mon projet d'artiste, à signaler et signifier qu'il y a des gens qui sont retirés d'une visibilité collective et de ce fait totalement oubliés. Il s'agit, par mes chorégraphies, de rétablir l'éclat de leur dignité, leur substance et leur consistance. Je veux défendre leur droit d'être présent et tout cela avec dignité. A cette fin, je crée des dispositifs artistiques ouverts avec lesquels je réunis acteurs et spectateurs dans l'expérience de la différence. Dans cette configuration, il y a une lutte à mener. Mais c'est une lutte des corps. C'est une lutte esthétique et poétique pour déjouer le monopole de la norme corporelle dominante et les préjugés sociaux et moraux qui vont avec.





danse

danse arts plastiques musées danse arts plastiques musées  
 arts plastiques musées danse arts plastiques

musées danse mécénat danse

danse

arts plastiques musées

danse arts plastiques musées danse

arts plastiques musées

musées

danse arts plastiques musées danse

musées danse arts plastiques musées danse

arts plastiques

arts plastiques musées danse

danse arts plastiques musées danse

musées

musées danse arts plastiques musées danse

arts plastiques musées

arts plastiques

danse arts plastiques musées danse arts plastiques

musées danse arts plastiques musées danse arts

arts plastiques

plastiques musées danse arts plastiques musées

danse

danse arts plastiques musées danse arts plastiques

musées danse arts plastiques musées danse arts

plastiques musées danse arts plastiques musées

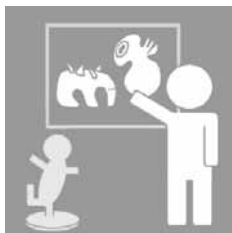
danse arts plastiques musées danse arts plastiques

musées

musées danse arts plastiques musées danse

danse arts plastiques musées danse arts plastiques





## LE MUSÉE DE L'AP-HP UN MUSÉE AU COEUR DE NOTRE HISTOIRE



### Un musée d'institution

L'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) est aujourd'hui le Centre Hospitalier Universitaire de l'Île-de-France. Elle regroupe, autour du Siège, 37 hôpitaux répartis dans Paris et en régions, dont 3 implantés sur le littoral, un service d'hospitalisation à domicile, 34 centres de formation dont 17 Instituts de Formation en Soins Infirmiers, 5 services généraux dont 1 établissement pharmaceutique. Sa création remonte à 1849. Administration municipale, elle avait alors pour mission de répondre aux problèmes sociaux et sanitaires de la population pauvre de Paris : enfants abandonnés, indigents et nécessiteux, vieillards, malades et incurables. Son action relaie l'œuvre charitable des fondations religieuses de l'Ancien Régime.

Pour valoriser son patrimoine et faire connaître sa longue histoire, l'Assistance Publique a créé son musée en 1934. Il constitue le musée hospitalier le plus ancien en France et parmi les plus riches.

### Un musée de société

Le Musée de l'AP-HP restitue l'histoire de l'hôpital dans ses différentes composantes : histoire sociale et religieuse, histoire de la médecine et des professions de santé, histoire des représentations du corps et de la maladie. Il déchiffre cette histoire, l'interroge, et confronte passé et présent à la recherche du sens des évolutions récentes. Pour les professionnels de santé, le Musée permet de mettre en perspective les pratiques d'aujourd'hui, en repérant les héritages et les ruptures. Pour le grand public, il propose de mieux connaître et comprendre l'hôpital comme miroir des transformations de la société. Cette orientation s'exprime en particulier dans la grande exposition temporaire que le Musée réalise chaque année, et qui constitue le moteur de ses activités et de sa programmation.

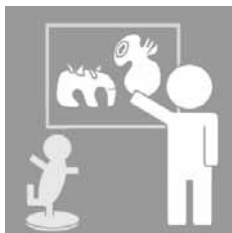
### Le patrimoine hospitalier

Les collections du Musée de l'AP-HP procèdent d'une politique de sauvegarde du patrimoine des hôpitaux, initiée dès la fin du XIXe siècle, et complétée par des dons et des achats. Elles comportent près de 10000 œuvres, objets et documents, dont la diversité témoigne des nombreux aspects de la vie hospitalière : peintures, gravures et dessins, sculptures, vêtements liturgiques, objets de pharmacie, instruments médicaux, matériel de soins et tenues professionnelles, mobilier hospitalier, archives et traités. Le Musée s'attache également à constituer les archives orales de l'institution, en sollicitant la mémoire des personnels. Depuis la création du Musée, les collections sont présentées dans l'Hôtel de Miramion. Cet ancien hôtel particulier attribué à François Mansart, a abrité la communauté des Filles de Sainte Geneviève, dévouées aux soins des pauvres (1675-1794), puis la Pharmacie Centrale des Hôpitaux (1812 - 1974).



### Informations pratiques

Musée de l'AP-HP  
Hôtel de Miramion  
47, quai de la Tournelle  
75005 Paris  
musee.ap-hp@sap.aphp.fr  
tél.: 01 40 27 50 05  
www.aphp.fr/musee  
fax: 01 40 27 46 48



Textes issus des dossiers de presse des projets d'expositions : "Le grand âge et nous : hier, aujourd'hui et demain" et "Voyage au pays de Gérousie", 19 octobre 2007 - 15 juin 2008. Reproduits avec l'aimable autorisation d'Anne Nardin, conservatrice en chef du Musée de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris.

## DEUX PROJETS D'EXPOSITIONS MIS EN PLACE PAR LE MUSÉE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DES HÔPITAUX DE PARIS

### 1. EXPOSITION ITINÉRANTE LE "GRAND ÂGE" ET NOUS : HIER, AUJOURD'HUI ET DEMAIN

#### Contexte et objectifs

Aujourd'hui, l'accompagnement et le soin des personnes âgées constituent une activité dont l'importance ne cesse de s'accroître et un enjeu de société : une série de mesures annoncées au niveau national ont engagé l'évolution et la restructuration de l'offre de soin, le développement d'itinéraires de prise en charge grâce aux réseaux de soins, et des moyens supplémentaires.

En réponse à cette évolution et parallèlement à la grande exposition présentée dans ses murs sur le thème du "grand âge" (1), le Musée de l'AP-HP a réalisé une exposition mobile et légère à destination des hôpitaux et établissements pour personnes âgées.

Il s'est pour cela associé à de nombreux professionnels des hôpitaux et des secteurs de la formation initiale et continue pour concevoir cet outil complémentaire mis à leur disposition.

#### Descriptif de l'exposition

L'exposition consiste en un ensemble modulable de silhouettes de couleurs vives adhésivées recto/verso de textes et d'images relatifs à l'histoire de la prise en charge du grand âge.

Elle comprend les éléments suivants :

- 1 panneau d'introduction avec présentoir démontable en plexy
- 14 silhouettes différentes dont 1 en deux parties
  - matériaux utilisés : forex classé M1
  - l'ensemble des silhouettes est habillé de textes et de photos numérisés (adhésivage recto-verso)
  - dimensions d'un personnage : hauteur maximum : 180 cm ; emprise au sol : environ 1m2
- 16 socles en métal

Deux offres de formation pour renouveler le regard sur le "grand âge" :

- Une exposition itinérante : *Le "grand âge" et nous : hier, aujourd'hui, demain*

Cette exposition itinérante a été conçue initialement pour rejoindre les professionnels de santé sur leur lieu de travail (établissements gériatriques et hôpitaux MCO). Au-delà, elle s'adresse à toute collectivité désireuse de s'associer à cette sensibilisation.

Conçue comme un outil original de formation, elle rassemble les données essentielles permettant à chacun de remettre en perspective l'histoire des institutions pour personnes âgées, et de situer les actions d'aujourd'hui à partir d'une meilleure perception de la longue durée. Par là, elle souhaite renouveler le regard à la fois sur le quotidien et sur les évolutions des politiques institutionnelles.

Le contenu de l'exposition a été mis au point à partir d'une étroite collaboration avec des groupes de travail composés de professionnels du terrain.

- un DVD : 2h45 pour se documenter :
  - 36 témoins filmés
  - des archives audiovisuelles
  - des repères historiques



Exemple de silhouette



## Conditionnement du transport :

L'exposition est mise à disposition de l'établissement d'accueil dans des containers spécialement adaptés dont les dimensions sont les suivantes :

- 1 container "silhouettes" sur roulettes : H 104 x larg 80 x long 185 cm
- 1 container "silhouettes" sur roulettes : H 94 x larg 80 x long 185 cm
- 1 container "panneau" : H 25 x larg 45 x long 175 cm
- 4 containers "socles" : H 44 x larg 54 x long 45,5 cm

## Les thèmes des silhouettes

Représentant des personnages d'âges variés, dans des attitudes et des activités multiples les silhouettes permettent une déclinaison des thématiques retenues à partir des échanges avec les professionnels de la formation et de la communication :

Elles illustrent notamment :

- La vieillesse (hier et aujourd'hui)
- Des institutions spécifiques (1801-1945 / aujourd'hui et demain)
- Lieux, environnement
- La place de la médecine (1801-1967 / de 1967 à nos jours)

- L'évolution des soins (hier et aujourd'hui)
- Les échanges avec l'extérieur (hier et aujourd'hui)
- La vie, tout simplement
- Autonomie et libre-arbitre
- Demain (les orientations du Plan stratégique de l'AP-HP, paroles de résidents)

Elles sont précédées d'un panneau d'introduction.

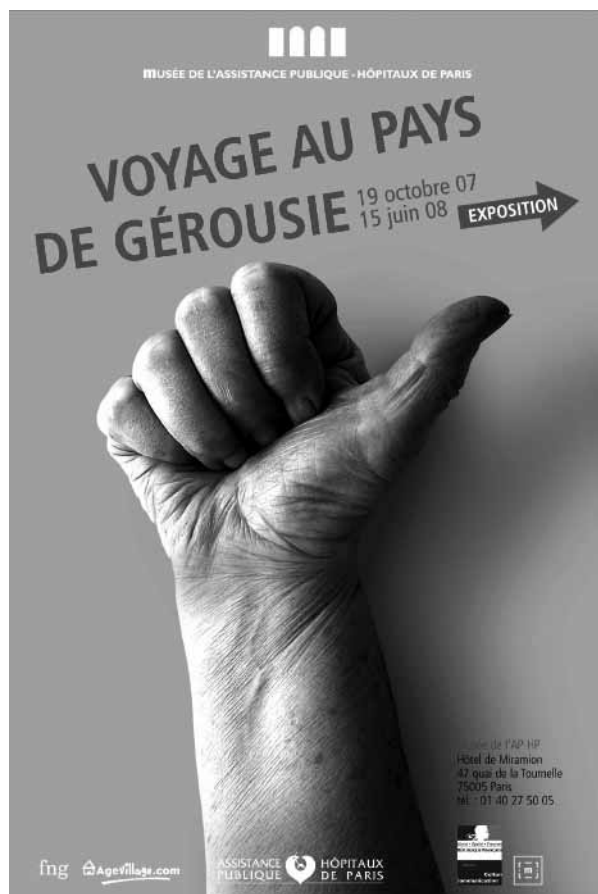
(1) Voyage au pays de Gérousie : exposition au musée de l'AP-HP, du 19 octobre 2007 au 15 juin 2008.

-----  
Pour cette exposition itinérante, le Musée de l'AP-HP s'est vu remettre en avril 2008, le "Coup de cœur" des Trophées de l'innovation patrimoniale, puis, dans le cadre d'Hôpital-Expo, le Prix de l'initiative culturelle décerné par la Fédération Hospitalière de France.

Cette exposition bénéficie du partenariat de la Fondation Nationale de Gérontologie et de Agevillage.

Les silhouettes de l'exposition *Voyage au pays de Gérousie* sont consultables sur le site Internet : <http://www.ebl.fr/aphp2/>

## 2. EXPOSITION "VOYAGE AU PAYS DE GÉROUSIE", 19 OCTOBRE 2007 - 15 JUIN 2008



### Contexte et objectifs

Sous ce titre se glisse une invitation au voyage, un de ceux que la société contemporaine - sécuritaire et gourmande d'aventures - affectionne. Dans l'Antiquité, la gérousie désignait un lieu de retraite ou de repos réservé aux Anciens. Prenant ici quelques libertés, le mot s'applique à toutes les institutions destinées aux personnes âgées ; dès lors, la gérousie se confond avec un pays lointain, étranger, inconnu, dans lequel on ne se hasarde pas sans être accompagné ni guidé sur un itinéraire parfaitement balisé. C'est à partir de cette métaphore du voyage, tel qu'il se pratique aujourd'hui, que nous embarquons à la découverte d'une histoire oubliée, celle du placement des personnes âgées dans des établissements spécifiques, circonscrite au territoire de Paris depuis 200 ans.

Notre projet est le suivant : il s'agit de comprendre, à travers cet itinéraire, la trajectoire très particulière et contrastée des relations que la société moderne entretient avec la vieillesse et le grand âge lorsqu'ils sont accueillis dans des établissements spécifiques. La perception en est généralement incomplète et brouillée par le souvenir des scandales médiatisés au cours des années 70. Les mutations actuelles (élévation de l'espérance de vie, augmentation significative du troisième et du quatrième âges) réclament pourtant un regard plus large et objectif, une lisibilité nouvelle qui nourrissent et accompagnent les débats d'aujourd'hui.

Quelques questions guideront nos pas : d'où vient ce recours à l'institutionnalisation, quel contexte l'a porté, comment s'est-il imposé ou reformulé et sous la pression de quels facteurs ? Comment une médecine spécifique s'est-elle construite entre les murs de ces établissements, quel est son mouvement propre au regard des autres spécialités, et quels obstacles se sont dressés sur sa route, qui en ont freiné le développement ? Enfin, comment vivaient les populations hébergées, quels étaient leurs rythmes, leurs activités, leurs préoccupations et leurs aspirations ?

Contrairement à l'idée admise, cette histoire n'est ni univoque, ni monochrome. Elle est pleine de contrastes et de rebondissements ; car à travers elle, se lisent quelques-unes des évolutions qui agitent et traversent la société tout entière.

L'esprit du voyage est notre guide et organise le parcours dans sa dynamique, ses étapes, sa scénographie, pendant que la mémoire visuelle de ce passé anime les différentes escales de notre voyage : archives photographiques et audiovisuelles, tableaux, livres, dessins, objets... La mémoire et la réflexion des professionnels d'aujourd'hui nous accompagnent également tout au long du parcours, pour éclairer, commenter les évolutions des vingt dernières années et nous inviter à débattre des reformulations d'aujourd'hui.

(1) organisés par la Fédération des Ecomusées et Musées de Société, la Fondation du Patrimoine et la Fondation Crédit Coopératif

-----  
L'exposition a bénéficié du soutien de la Direction Régionale des Affaires Culturelles d'Ile-de-France - Ministère de la Culture et de la Communication et du partenariat de la Fondation Nationale de Gérontologie.

Le dossier de presse complet de l'exposition "Voyage au pays de Gérousie" sur le site Internet : [http://www.aphp.fr/documents/musee/microsoft\\_word\\_\\_\\_ddp2\\_expo\\_gerousie.pdf](http://www.aphp.fr/documents/musee/microsoft_word___ddp2_expo_gerousie.pdf)

**Commissariat de l'exposition "Voyage au pays de Gérousie",  
19 octobre 2007 - 15 juin 2008**

- Anne NARDIN, Conservatrice en chef du Musée de l'AP-HP

**Comité scientifique**

- Francine AMALBERTI, Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris, Directrice de la Résidence santé Cousin de Méricourt - Cachan (94)
- Jean-Pierre BOIS, Historien, Professeur à l'Université de Nantes
- Patrice BOURDELAIS, Historien, Directeur d'Etudes à la Maison des Sciences de l'Homme - Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales
- Bernard ENNUYER, Directeur d'un service d'aide à domicile (Paris 17ème) et docteur en sociologie
- Pr. Françoise FORETTE, Ancien chef de service à l'hôpital Broca, Directrice de la Fondation Nationale de Gérontologie
- Eric FIAT, Philosophe, Maître de conférences à l'Université de Marne-la-Vallée
- Geneviève LAROQUE, Présidente de la Fondation Nationale de Gérontologie
- Pr. Robert MOULIAS, Professeur des universités, ancien Chef de service à l'hôpital Charles-Foix, Président de la commission droits et libertés à la Fondation Nationale de Gérontologie

- Bernadette PUIJALON, Anthropologue, Université Paris XII
- Dr. Diane PULVENIS, Direction de la Politique Médicale - Direction des Affaires Médicales de l'AP-HP
- Sylvain SIBONI, Psychologue clinicien, Forum Jean Vignalou, Hôpital Charles-Foix, AP-HP

**Consultante**

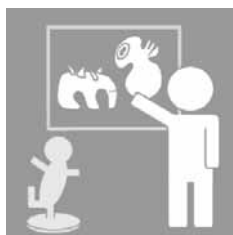
- Françoise SALAÛN-RAMALHO, Historienne, membre du CRESC, UFR LSHS, Université de Paris XIII - Villetteuse

**Scénographie**

- Véronique SIRON, architecte

**Réalisation des vidéos**

- Véronique PONS



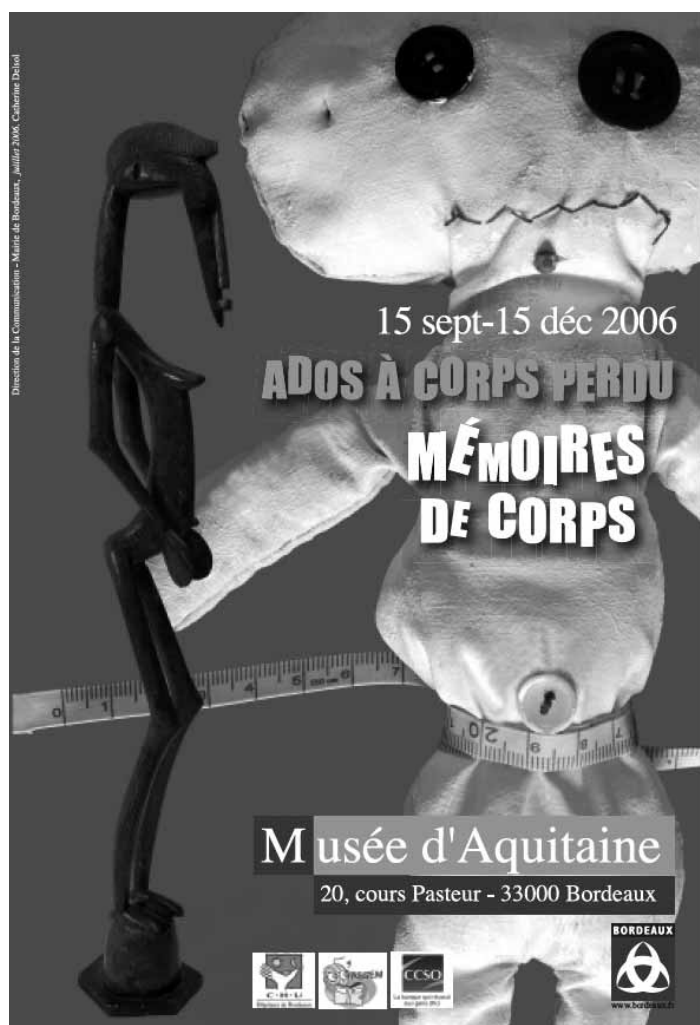
Texte publié dans « Bordeaux Culture », le Magazine culturel de la ville de Bordeaux, n°13, Octobre 2007. Reproduit avec l'aimable autorisation de Christian Block.

## “MÉMOIRE DE CORPS - ADOS À CORPS PERDU”

**CHRISTIAN BLOCK**

Attaché de conservation  
au Musée d'Aquitaine

Initié en 2003, le projet “Mémoire de Corps” est devenu une expérience culturelle et thérapeutique unique à ce jour proposant une réflexion sur les rapports qui existent entre corps, culture et maladie. Il est le fruit d'une rencontre originale entre le Musée d'Aquitaine, le Pôle Aquitain de l'Adolescent (Centre Abadie) et L'Association de Soutien Scolaire aux Enfants Malades (ASSEM) que rien à l'origine ne semblait devoir rapprocher. Cependant la volonté d'ouverture conjointe du docteur Pommereau et de son équipe de développer de nouveaux outils thérapeutiques en direction d'adolescentes souffrant d'anorexie mentale et celle du conservateur du Musée d'Aquitaine, François Hubert, de rendre accessible au plus grand nombre la richesse des collections du musée a permis, grâce au dynamisme de l'ASSEM, l'union de leurs compétences



Ce projet s'articule autour de trois actions principales : le prêt d'œuvres du musée au Centre Abadie, la réalisation d'un atelier plastique dit de “Morpho-pictographie”, un atelier littéraire intitulé “Le coffre à nuages”. Le but de ces actions est d'amener les jeunes patientes en conflit avec leur propre corporalité à travailler sur l'image, les représentations et les réalités du corps non pas d'un point de vue médical mais culturel. Le choix des œuvres du musée prêtées au centre Abadie ne relève donc pas du hasard. Le rapport au corps est le critère obligé de leur sélection telles que diverses représentations féminines ou des parures issues d'autres civilisations. Sources de connaissances et ouverture culturelle dans l'espace clos de l'hôpital, les collections du musée, régulièrement commentées par un médiateur, deviennent aussi de véritables supports de créativité nécessaire à la médiation thérapeutique mise en place dans le cadre de l'atelier de “morpho-pictographie”. Dans cet atelier, les patientes sont invitées à travailler à partir de leur propre silhouette qu'elles détournent au sol et qu'elles décoorent ensuite de motifs et de symboles inspirés des collections. La représentation concrète de leur corps, la confrontation de l'image de leur féminité à celles d'autres civilisations sont à l'origine d'un travail psychique de prise de conscience de leur pathologie, relayée par le travail médical de l'équipe soignante.

Enfin l'atelier du “coffre à nuages” qui est un atelier d'écriture s'inscrit pleinement dans cette visée culturelle et thérapeutique puisque dire, revient souvent à se dire.

Le résultat de ces actions engagées a été révélé au public durant l'année 2006 à travers une importante exposition intitulée “Mémoire de Corps - Ados à corps perdu” autour du thème de l'anorexie réalisée au Musée d'Aquitaine avec la participation de tous les partenaires et le soutien financier du CCSO. Mettre en exposition de façon didactique et intelligible un tel sujet ne fut pas chose facile. Première hypothèque

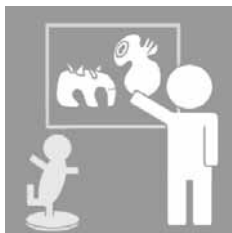
à lever : faire comprendre au public en quoi un tel projet sur l'adolescence et l'anorexie concernait le Musée d'Aquitaine qui explore ici, en effet, pour la première fois un domaine totalement étranger au monde des musées. Pourtant appréhendée dans sa dimension anthropologique, l'anorexie est une maladie aux accents culturels, étant liée aux représentations du corps qui dominent notre société. Cette exposition nous amenait donc à nous interroger sur nos valeurs collectives et la pression qu'exercent les sociétés sur les représentations du corps à travers les âges. D'où cette démarche, proposant un va-et-vient permanent entre les représentations de notre société et celles issues d'autres temps, d'autres civilisations à travers un ensemble cohérent mis en valeur par une scénographie à la fois belle et déroutante. Il apparaît ainsi clairement que le patrimoine permet à la fois d'expliquer, de comprendre et d'éclairer le monde contemporain.

Bien entendu, au-delà de l'approche ethnographique du sujet propre au Musée d'Aquitaine, cette exposition s'attachait, bien sûr, à présenter le point de vue des thérapeutes du Centre Abadie, non pas en expliquant les grandes théories de la psychiatrie mais le contact quotidien avec des adolescentes en souffrance.

Pour ce faire l'exposition abordait tour à tour les thèmes suivants : l'adolescence et ses caractéristiques, les activités médicales du Centre Abadie, la présentation des ateliers "Mémoire de corps", l'évolution des représentations féminines dans l'histoire, la question du rapport existant entre féminité et maternité, le diktat imposé au corps par les médias et la mode actuelle, l'émergence du complexe chez les individus, la médiatisation du corps, le comportement anorexique à l'adolescence, l'existence de protocoles de soins, la paix retrouvée. Le visiteur traversait successivement des espaces bien marqués : couloir d'hôpital reconstitué, vortex exprimant le voyage dans le temps, salle interactive, obsession du poids dans notre société symbolisée par un espace tout recouvert de balances, spirale aux abords tantôt montant, tantôt descendant faisant s'opposer le cercle vicieux de la maladie au cercle vertueux de la guérison, murs de témoignages, citations, jeux de miroirs etc.

Avec près de 200 objets exposés, cette exposition fut aussi l'occasion de présenter pour la première fois quelques trésors remarquables des civilisations égyptiennes, africaines et sud-américaines conservés dans les réserves des musées - Vénus préhistoriques, masques égyptiens, bijoux afghans, stèle précolombienne du XVe siècle notamment. A noter également les prêts du musée Goupil du musée des Beaux-Arts, de l'atelier de l'Arbre rose de l'hôpital Charles Perrens L'artiste contemporain Xavier Eygoneau qui mène un travail sur l'alimentation a su aussi exprimer parfaitement les réalités concrètes de la détresse des jeunes anorexiques face à la nourriture. Enfin de nombreux documents et objets personnels prêtés par les patientes ont permis aussi de compléter au fil des thèmes l'approche de ce sujet.

Cette exposition fut une immense rencontre d'univers complexes relevant tour à tour de l'histoire, de l'anthropologie, de l'art, de la psychiatrie et d'expériences vécues au motif de faire clairement apparaître les causes et les conséquences des maux liés à l'anorexie mentale dans notre société tout en faisant acte de prévention auprès des adolescents. La fréquentation, l'intérêt porté par les adolescents mais surtout la lecture émouvante du Livre d'Or témoigne de la réussite de cette expérience unique, véritable aventure humaine, qui place le musée au cœur d'enjeux nouveaux.



Texte issu du Dossier de presse du projet "Le Musée se découvre à l'hôpital", 23 octobre 2007. Reproduit avec l'aimable autorisation de Anne Riou, attachée culturelle au CHU d'Angers et de Anne-Pascal Marquet, responsable du service culturel pour les publics des musées d'Angers.

## "LE MUSÉE SE DÉCOUVRE À L'HÔPITAL"

A Angers, le monde de l'art pictural et celui du soin ont fait une belle rencontre. En effet, depuis un an, les musées d'Angers et le CHU mènent de concert un projet culturel : "Le Musée se découvre à l'hôpital".

Cette collaboration de près d'un an se concrétise par l'accrochage de 75 reproductions d'œuvres des collections du Musée au sein du département d'Endocrinologie-Diabétologie-Nutrition du CHU. Cette action innovante, unique en France, reflète le désir d'ouvrir le CHU d'Angers à la Cité.

Cette exposition, qui prend ses quartiers aussi bien dans les couloirs du service de soins que dans les chambres des patients, ou encore dans

les offices, a été inaugurée à l'occasion d'un vernissage qui s'est tenu le 23 octobre 2007 en présence de Monique Ramognino, conseillère déléguée aux bibliothèques, aux musées et au patrimoine de la ville d'Angers, de Patrick Le Nouëne conservateur en chef et directeur des musées d'Angers, de Yvonnick Morice, Directeur général du CHU et du Professeur Vincent Rohmer, chef du Département d'Endocrinologie-Diabétologie-Nutrition.

Ainsi ce seront plus de 12 000 personnes, par an, qui pourront admirer dans ce service de soins des œuvres les faisant voyager des natures mortes du 17<sup>ème</sup> siècle à l'art contemporain.



Merodack-Jeaneau, la danseuse jaune, 1912, huile sur toile, 2,55 x 0,93 cm

### UNE EXPOSITION PERMANENTE AU CHU D'ANGERS DE REPRODUCTIONS D'ŒUVRES DES MUSEES D'ANGERS

"Le musée se découvre à l'hôpital" est, pour les Musées d'Angers et le CHU, l'aboutissement d'une collaboration d'un an. Projet qui concrétise leur volonté commune de travailler ensemble. Avec cette action innovante et unique en France, les 2 établissements se retrouvent autour d'objectifs convergents : "favoriser l'accès à l'art pour un large public" pour les musées et "améliorer l'environnement des usagers du CHU à travers un projet culturel" pour l'établissement hospitalier.

Cette action qui a comme finalité l'exposition de reproductions d'œuvres des Musées au sein d'unités de soins du CHU permet aux patients de fréquenter "autrement" le musée tout en percevant différemment le site d'hospitalisation.

#### Les œuvres reproduites : des fenêtres sur le monde



Aujourd'hui, 75 reproductions d'œuvres des musées d'Angers sont accrochées dans les espaces d'accueil, les couloirs des unités, les offices et les chambres des patients. Ces œuvres, qui sensibilisent à l'art, sont autant de fenêtres ouvertes vers un ailleurs au-delà de l'hôpital. Paysages, scènes de genre, portraits, corps, peintures abstraites, ces œuvres qui ornent les murs questionnent aussi patients et visiteurs.

Les œuvres sélectionnées, par des membres du service de soins, proposent aux usagers et aux hospitaliers un parcours dans l'art. Tous les voyages sont permis, de l'art contemporain aux natures mortes du 17<sup>ème</sup> siècle, des paysages italiens aux bords de mer de l'Atlantique... Cette exposition est aussi l'occasion de découvrir ou redécouvrir des peintres de renommée internationale comme Jean-Dominique Ingres, Jean-Siméon Chardin, Maurice Denis, Bertrand Lavier ou encore Niele Toroni mais aussi des artistes attachés à la région comme François Morellet, Guillaume Bodinier, Alexis Mérodack-Jeaneau, Daniel Tremblay.

Niele Toroni, "Empreintes de pinceau n°50 répétées à intervalles réguliers de 30 cm"



Ces œuvres sont accrochées dans 3 unités. Chacune des unités a une identité artistique qui lui est propre :

- unité d'hospitalisation conventionnelle (20 lits) : Portraits et corps et Guillaume Bodinier, peintre angevin
- unité d'hospitalisation de semaine (18 lits) : L'art du 20e siècle de 1900 à 1955 et de 1955 à nos jours
- plateau ambulatoire (hospitalisation de jour - 8 places) et consultations. Alexis Mérodack-Jeaneau, peintre de la couleur

Lorenzo Lippi, "Allégorie de la Simulation"



L'original au musée

## Reproductions des oeuvres

Les reproductions des oeuvres ont été imprimées sur du vinyle satiné puis contre-collé sur du dibond. Les œuvres installées dans les espaces d'accueil ont été reproduites à partir d'un format 0,50 x 0,40 m.

Les reproductions des couloirs et espaces d'accueil sont accompagnés d'un cartel simple indiquant l'auteur, le titre, la date et la dimension de l'œuvre originale. Cette information est importante pour le visiteur, il peut alors imaginer la taille réelle de l'originale, est-ce un petit format, comme le tableau *Pêches et prunes* de Jean-Baptiste-Siméon Chardin (1699-1779) dont les dimensions sont 0,21 x 0,32 m, ou un grand format, tel que l'œuvre Bertrand Lavier (1949), *Rue du pont Louis Philippe* de 1,71 x 2,07 m.

L'original au Musée



## Une exposition permanente vue par plus de 12 000 personnes par an

Si l'accrochage de ces reproductions est un véritable cadeau fait aux patients et visiteurs du Département d'Endocrinologie-Diabétologie-Nutrition, à l'inverse le service offre à ces œuvres l'opportunité d'être contemplées par un large public. En effet ce sont plus de 11 000 patients\* qui côtoient chaque année ce département, 11 000 personnes auxquelles il convient d'ajouter les visiteurs et les hospitaliers.

## Un livret-catalogue pour en savoir plus

Pour accompagner cette exposition permanente, un livret-catalogue, présentant l'ensemble de la sélection, est proposé en consultation aux patients et au personnel afin d'apporter des clefs facilitant la compréhension des oeuvres choisies. Chacun peut opter pour une aventure immobile ou une déambulation savante, sachant que traverser la Maine pour aller voir les originaux au Musée est aussi un chemin possible...



Alexis Mérodack-Jeaneau en secteur de consultations



## UNE EQUIPE HOSPITALIERE QUI S'ENGAGE DANS UN VERITABLE PROJET CULTUREL

### Une restructuration de service qui s'ouvre vers un acte culturel

A l'origine de ce projet, on trouve la volonté du Département Endocrinologie-Diabétologie-Nutrition de mettre à profit la restructuration du service pour engager une réflexion autour de l'amélioration de l'environnement de soins et de travail.

Les espaces nouvellement rénovés, situés au 1er étage du bâtiment de l'Hôtel Dieu (19e siècle), offrent aujourd'hui aux patients et aux professionnels des lieux d'accueil et de travail lumineux et clairs. Il y avait donc là matière pour travailler l'atmosphère du service à travers la "décoration" des murs. Mais au-delà de simples touches de couleur, l'équipe a souhaité faire de ces chambres, de ces couloirs et même de ces offices des lieux où l'émotion picturale pourrait s'exprimer. Une émotion nouvelle là où bien souvent l'émotion inhérente à la maladie est exacerbée.



Cette réflexion a amené le service à se rapprocher des musées, lieu de découverte, lieu d'histoire de l'art, lieu d'esthétisme enfin lieu de plaisir et d'émotion s'il en est. En effet, les murs, nouvellement repeints en blanc, ne demandaient-ils pas qu'à recevoir des reproductions d'œuvres d'art ?

Les musées d'Angers, en proposant de réaliser des reproductions d'œuvres provenant de leurs collections, ont permis à l'art de rentrer dans des locaux consacrés aux soins où bien souvent aseptie et technicité priment sur la créativité. Le comité de sélection du Département Endocrinologie - Diabétologie - Nutrition a choisi, au travers de cette exposition, d'honorer 2 musées : le musée des Beaux-arts et le musée Jean-Lurçat et de la Tapisserie contemporaine qui voient une partie de leurs œuvres reproduites sur les murs du Département Endocrinologie-Diabétologie-Nutrition.

Le comité de sélection en visite au musée des Beaux-Arts



### Une réelle démarche culturelle

Le choix des œuvres a été confié à un comité de sélection composé de membres du département Endocrinologie-Diabétologie-Nutrition engagé dans un véritable processus culturel. Accompagné par le service culturel pour les publics des musées, le comité.

Le comité de sélection en visite au musée des Beaux-Arts - médecins, cadres de santé, infirmières, aides-soignantes, agents techniques et administratifs- a participé à plusieurs visites au musée des Beaux-arts pour l'éclairer dans son choix. Les critères de sélection se sont dessinés :

- choisir des œuvres en se laissant guider par sa sensibilité individuelle
- proposer des thèmes respectant les usagers du CHU en évitant les œuvres ayant trait à la souffrance
- sensibiliser les usagers à du XVIIe siècle à nos jours.

### Le comité de sélection :

- Pr. Vincent Rohmer, chef de département
- Pr. Patrice Rodien
- Dr Pierre-Henri Ducluzeau
- Dr Sandrine Laboureau
- Dr Agnès Sallé
- Françoise Lizé, cadre supérieur de pôle et coordonnatrice du projet
- Michèle Lacroix, cadre de santé
- Jean-Paul Fouchier, cadre de santé
- Anne Pascarel, agent hospitalier
- Maryline Trouillard, infirmière
- Monique Pauleau, aide-soignante
- Evelyne Provost aide-soignante
- Marie-Françoise Tortajada, secrétaire

Le pilotage du projet est conjointement assuré :

- pour les musées d'Angers par Anne-Pascal Marquet, responsable du Service culturel pour les publics de la Direction des musées,
- pour le CHU, par Françoise Lizé, cadre supérieur de santé du Pôle Maladies Métaboliques et Médecine Interne et Anne Riou, attachée culturelle au CHU.

## UN EXEMPLE DE PARTENARIAT ENTRE LA VILLE D'ANGERS ET LE CHU

La Ville d'Angers et le CHU souhaitent favoriser les échanges culturels entre leurs services. Il faut en effet rappeler que l'ouverture vers les structures culturelles municipales répond aux objectifs de la politique culturelle du CHU d'Angers. Dans la continuité, la Ville d'Angers met en œuvre avec détermination le principe de "toutes les cultures pour tous" et l'inscription du musée dans des lieux inattendus, répond à cette volonté et s'incarne dans ce projet.

A travers l'action "le musée se découvre à l'hôpital", il s'agit pour l'établissement hospitalier :

- D'améliorer le quotidien des patients à l'aide d'un projet prenant en compte l'esthétique et la cohérence visuelle du service tout en s'interrogeant sur la qualité de l'espace de travail,
- De créer une identité visuelle et une atmosphère propre à chacune des unités de soins du département "Endocrinologie-Diabétologie-Nutrition".

Quant aux musées d'Angers, cette opération leur permet de :

- Faciliter les allers retours entre le musée et des lieux inattendus tel que le CHU,
- Sensibiliser un public nouveau aux collections des musées mais aussi tout simplement aux Beaux-arts (peinture et sculpture).

Plus largement, cette action favorise des moments de plaisir autour de la découverte commune ou individuelle d'œuvres d'art, un moyen aussi de réconcilier savoir et émotion et de faire entrer dans le quotidien l'art par petites touches de la découverte commune ou individuelle d'œuvres d'art.

## UN FINANCEMENT QUI MET EN EXERGUE UN PARTENARIAT ELARGI

"Le Musée se découvre à l'hôpital" a pu voir le jour du fait de la volonté conjointe du CHU et des Musées d'Angers. D'un montant total de 10 000 ff, cette opération ne pouvait pas être prise en charge dans sa totalité par ces deux acteurs. Ainsi des contributions financières de plusieurs partenaires publics ou privés ont été sollicités.

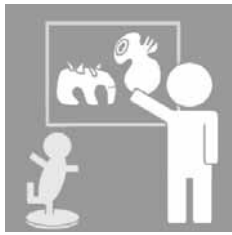
Ce projet innovant et de qualité a tout d'abord bénéficié du soutien de la Direction Régionale des Affaires Culturelles des Pays de la Loire et de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation. Ce soutien s'intègre dans le cadre d'une convention régionale "Culture à l'hôpital", signée en juillet 2005 entre ces 2 structures et la DRASS.

Cette opération s'est concrétisée également avec le concours de 3 autres structures :

- l'association Entr'Art, oeuvrant au développement des actions culturelles du CHU d'Angers
- la Caisse d'Épargne des Pays de la Loire, premier financeur du programme culturel du CHU depuis 2 ans à hauteur de 100 000 ff/an dans le cadre des Plans d'Économie Locale et Sociale.
- L'institut Lilly, association qui s'est fixée, depuis sa création une double mission : soutenir la recherche clinique et développer des programmes d'éducation et de formation.

Cette opération, d'un montant total de 12 000 euros, a été financée par l'ensemble de ces partenaires.





## CITÉ DES SCIENCES ET DE L'INDUSTRIE ACTION MENÉE AVEC L'INSTITUT DE CANCÉROLOGIE GUSTAVE ROUSSY (VILLEJUIF) DANS LA CITÉ DES ENFANTS "NOUVELLE GÉNÉRATION"

A l'occasion de l'ouverture de la nouvelle Cité des enfants (2 - 7 ans), la Cité a engagé un partenariat avec l'Institut de cancérologie Gustave Roussy à Villejuif (IGR).

Les objectifs étaient de :

- travailler dans la durée avec l'équipe médico-pédagogique et les familles, de manière à participer à l'évolution cognitive et psychologique des enfants.
- permettre aux enfants malades de s'ouvrir davantage sur le monde extérieur tout en se mêlant à d'autres enfants ;
- offrir un lieu où ils redécouvrent leur corps dans l'action et où ils peuvent revivre des « sensations oubliées » pendant la maladie ;
- proposer aux enfants ayant des séquelles motrices un espace entouré de professionnels leur permettant de prendre des initiatives motrices, de reprendre confiance en eux, mais aussi dans leurs rapports aux autres.

### Déroulement du test

De janvier à juin 2008, un petit groupe d'enfants de 3 et 6 ans atteints de tumeurs solides diverses ont été accompagnés une fois par mois à la Cité par leurs parents. Ces derniers ont bénéficié de visites en parallèle, ne rejoignant leur enfant que pour le dernier quart d'heure. Les parents ont également été encouragés à revenir en visite familiale à d'autres moments.

Ces enfants ont constitué un groupe noyau dur qui venait à la Cité des enfants et qui faisait relais auprès des autres enfants hospitalisés.

Entre les visites à la Cité, des séances de travail ont eu lieu à Villejuif, pendant lesquelles, à partir de photos, les enfants se remémorent leurs activités à la CSI, puis restituaient leur visite aux autres enfants. Des activités inspirées de celles qui faites à la Cité des enfants étaient alors proposées à l'aide de matériel pédagogique "bricolé" par l'équipe pédagogique.

### Bilan du test

#### Bilan des visites à la Cité des enfants

Quelque peu angoissés au début par la séparation, parents et enfants ont pu se détendre au fur et à mesure des six séances et apprécier pleinement les activités proposées. Progressivement les enfants ont retrouvé des sensations corporelles agréables, ils ont pris confiance en eux et en leurs capacités. Ceux qui avaient des séquelles motrices (troubles de l'équilibre, troubles visuels) ont appris à mieux appréhender le danger et à connaître leurs limites. Lors des dernières séances, les enfants ont pu se détacher de l'adulte et la plupart ont pris davantage d'initiatives motrices.

Les parents ont trouvé en ces sorties mensuelles de véritables enrichissements. Elles leur ont permis de s'octroyer un moment à eux, chose difficilement imaginable jusqu'alors et de retrouver le plaisir de sorties culturelles.

Au fil des séances, une détente et un réel plaisir se sont manifestés tant chez les parents que chez les enfants. Ces derniers ont d'ailleurs guidé dans la Cité des enfants leurs parents, frères et sœurs avec beaucoup d'enthousiasme le dernier jour.

Certains parents, rassurés quant aux capacités de leurs enfants, se sentent maintenant prêts à leur laisser une plus grande liberté (activités extrascolaires, inscription à la cantine etc.)

#### Bilan des séances "retour" à l'IGR

Pendant ces séances, les enfants du groupe de la Cité des enfants ont transmis aux enfants hospitalisés leurs expériences vécues. Ils ont pris conscience de leurs capacités et n'ont pas hésité à prendre la parole. Ces séances "retour" ont offert à tous les enfants un espace de découvertes et d'expériences corporelles et motrices : utiliser son odorat ou son toucher pour reconnaître des

objets, trouver son chemin dans un labyrinthe, faire des expériences avec l'eau... Chacun a expérimenté tout en s'amusant et les enfants hospitalisés ont pu découvrir des activités semblables à celles de la Cité des enfants. Ils se sont ainsi ouverts vers l'extérieur et vers un "après la maladie".

### Bilan global

Ce projet a offert un réel tremplin entre le monde de l'hôpital, de la maladie et le retour à une vie "normale". Il permet de mieux insérer l'hôpital dans la Cité, d'introduire de la perméabilité. "Ce n'est pas du soin, mais ça participe au soin en aidant à la réhabilitation de l'enfant."

### Perspectives

L'IGR et la Cité des sciences ont décidé de reconduire l'opération dès octobre 2008 avec un nouveau groupe et en y associant des enfants d'établissements similaires comme Robert Debré et Saint Louis. Le souhait est de toucher, à terme, les 32 services du même type qui travaillent en réseau avec l'IGR. En perspective également, l'extension de l'opération à la nouvelle Cité des enfants 5 - 12 ans à partir de la rentrée 2009.





danse

danse arts plastiques musées danse arts plastiques musées  
arts plastiques musées danse arts plastiques

musées danse mécénat danse

danse

arts plastiques musées

danse arts plastiques musées danse

arts plastiques musées

musées

danse arts plastiques musées danse

musées danse arts plastiques musées danse

arts plastiques

arts plastiques musées danse

danse arts plastiques musées danse

musées

musées danse arts plastiques musées danse

arts plastiques

arts plastiques musées

danse arts plastiques musées danse arts plastiques

arts plastiques

musées danse arts plastiques musées danse arts

plastiques musées danse arts plastiques musées

danse

danse arts plastiques musées danse arts plastiques

musées danse arts plastiques musées danse arts

plastiques musées danse arts plastiques musées

danse arts plastiques musées danse arts plastiques

musées

musées danse arts plastiques musées danse





Texte publié dans *Il suffit de passer le pont...*, Restitution du Groupe de réflexion Rhône-Alpes "Culture et hôpital", Publication réalisée par le Centre hospitalier Le Vinatier (La Ferme du Vinatier) sous la tutelle de la Direction régionale des affaires culturelles et de l'Agence régionale de l'hospitalisation de Rhône-Alpes, 2001. Reproduit avec l'aimable autorisation de Christian Ruby.

Publication en ligne sur le site Internet : <http://www.culture.gouv.fr/rhone-alpes/hopital/image/textpont.pdf>

## L'HÔPITAL RETOURNÉ PAR L'ART CONTEMPORAIN

**CHRISTIAN RUBY,**  
philosophe

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

De surcroît, s'agissant de la culture à l'hôpital (c'est-à-dire de questions qu'on se pose à son sujet, à propos d'un lieu qui n'a pas de légitimité traditionnelle à dispenser de la culture) et, plus particulièrement, de la part de l'art contemporain dans cette culture envisageable, il convient de prendre l'affaire au sérieux d'une "crise" qui affecte probablement, beaucoup plus que le seul hôpital. Une crise qui affecte la société contemporaine entière. Quelle crise ?

1 - Celle du renouvellement des finalités des institutions publiques au terme d'une longue période de mutations ; 2 - celle du statut à accorder à un service public "élargi" dans le cadre du nouveau rapport social ; 3 - celle de la formation des individus et des citoyens dans ce contexte ; 4 - et, pour finir brièvement, celle des pratiques culturelles.

Cela dit, quelle est véritablement la question posée ? On énonce ceci : la culture doit-elle être introduite à l'hôpital, l'art contemporain dans l'espace public et/ou les lieux publics ? Mais, cet énoncé, ce n'est pas encore la question. C'est peut-être la question que nous croyons nous poser, mais ce n'est pas nécessairement la question qui est posée. Car, la question, d'une certaine manière, serait plutôt à poser en aval : pourquoi donc nous demandons-nous si l'art (et l'art contemporain en particulier) doit être introduit dans l'hôpital ? Ce qui présuppose qu'on ait

constaté que l'art n'y avait pas sa place : ce qui est loin d'être établi. Ce qui présuppose encore qu'il doit y avoir sa place : ce qui n'est pas encore établi. Et cela présuppose enfin que l'art contemporain répond adéquatement à une certaine idée que l'on se fait de l'hôpital, ou de la culture à l'hôpital.

### Un problème réciproque

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

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

Seul le dépouillement de ces questions nous permettra en fin de parcours de revenir sur une série d'objets de délibération plus techniques, mais plus courants aussi : quelles missions pour l'hôpital (après l'enfermement, la

médicalisation), quelle place de l'art face à la division du travail hospitalière, quelles œuvres choisir : fixes, installations, interventions, performances, éphémères, durables, etc. ?

### Une réciprocité de problèmes

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

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

- D'un côté : un problème posé aux arts contemporains, celui de l'émiettement accru des lieux d'art. L'art contemporain, entre autres choses, ne cesse d'interroger les lieux de l'art, pour en déduire que l'art n'est pas voué "naturellement" à certains lieux, qu'on peut se battre pour requalifier des lieux, que si des lieux sont siglés comme tels, d'autres sont appelés ainsi sans en remplir la fonction, d'autres n'ont pas la fonction, mais servent à cela, etc.

- De l'autre : un problème posé aux hôpitaux, celui de l'hébergement de personnes qui ne souhaitent plus être minorées, qui veulent exister durant les séjours hospitaliers et pas seulement survivre ; des personnes qui désormais bénéficient socialement d'une formation plus ample que jadis, d'une scolarisation qui les rend plus sensibles à certaines situations, d'une compétence intellectuelle et d'une information que le seul fait de regarder la télévision toute la journée ne satisfait pas systématiquement.

Conjuguons ces deux indications. Il en résulte une succession de dynamiques à examiner : un non-lieu d'art ne peut devenir un lieu d'art qu'en se battant contre des habitudes, un art qui ne connaît rien à des situations extérieures à l'art doit se battre contre lui-même, un hôpital qui se croit préservé des évolutions sociales et des moeurs est un lieu mort (pas "de" mort), un hôpital qui se croirait situé (protégé) en dehors du champ de l'art devrait renoncer aussi à célébrer son architecture, un art qui ignorerait l'hôpital se séparerait de lui-même (puisque la médecine a été explorée par des oeuvres : de Rembrandt à Louise Bourgeois et Patrick Raynaud).

### Une époque d'investissement culturel

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

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

Ce règne de l'esthésique (avec un "s", selon une expression proche de l'étymologie et qui désigne la sensibilité comme point d'appui de ces politiques) a pour objectif de fabriquer de l'émotion en lieu et place de la responsabilisa-

tion politique, ou de l'action des citoyens. Il renvoie à une instrumentalisation de la culture et des arts, parce qu'il instaure une certaine relation à des oeuvres utilisées en public et surtout certaines relations entre les hommes en utilisant les oeuvres d'art et de culture. Ainsi la culture et les arts sont-ils devenus les instruments privilégiés de l'organisation de la coexistence des citoyens, même si ce n'est qu'une coexistence. Et en regardant autour de soi, chacun peut découvrir de nombreuses confirmations de l'existence de stratégies esthétiques et émotionnelles, ajustées, grâce auxquelles l'État fait fructifier les "passions" à son profit.

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

### La mutation des individus

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

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

Dorénavant les activités individuelles se régulent à partir de contiguïtés culturelles. Ce

mode de relation n'a plus à déployer uniment des critères universels. Il se contente de poser des règles momentanément communes (le temps) pour ceux qui pratiquent les mêmes activités. Une sorte de distribution très souple se dégage au sein de laquelle se confrontent sans cesse des engagements ponctuels qui décident des approbations, des soumissions à des exigences, des implications et l'horizon maintenu d'un espace de cohabitation.

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

### La culture et les arts

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

- l'aura des arts est reconnue par tous depuis longtemps ;

- les arts proposent une pléthore de sous-traitants à exploiter. L'accentuation de la division du travail augmente le nombre de personnes susceptibles de faire fonctionner le champ artistique et de développer son impact sur la cité ;
- les arts peuvent fabriquer du sentiment ;
- ils ont même une capacité à produire du multiple qui rassemble ;
- la diversité des pratiques artistiques s'associe à l'augmentation du nombre des oeuvres pour offrir des points d'ancrages à une infinité de projets. Les pratiques peuvent s'établir comme modèles de référence, notamment à partir du constat d'une coexistence intrinsèque entre oeuvres-auteurs-spectateurs.

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

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

## Les hypothèses de travail

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

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

1. L'hypothèse cynique : l'art à l'hôpital ? Pourquoi pas ? Mais, alors, transformons l'hôpital en grande boîte dans laquelle tout peut entrer, de façon indifférenciée, l'art autant qu'autre chose. L'hébergement devient "hôtel-

lerie" de luxe. Mais on aboutit à deux conséquences : l'art n'a pas de place précise, il est là, déposé, sans fonction particulière (au mieux décoratif). L'art est annulé. Je signale toutefois que l'hôpital, deuxième conséquence, est aussi annulé, car lorsque "tout" est introduit dans l'hôpital, les patients n'ont plus envie d'en sortir (et l'hôpital ne remplit pas plus sa fonction).

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

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

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

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

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

Existe-t-il d'autres hypothèses encore ? Sans doute. Peut-être est-il bon d'en évoquer une : celle qui consiste à affirmer que les pratiques de l'art contemporain permettraient de soumettre l'hôpital à une série d'interrogations salutaires, portant sur les rapports entre les

médecins et les patients, les membres du personnel et ces mêmes patients, bref les hiérarchies dans le cadre des hôpitaux.

## Comment faire le jeu de l'art ?

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

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

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

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



Texte publié dans les Actes du Colloque *Architecture - Hôpital - Art contemporain*, organisé par le Centre hospitalier régional universitaire (CHU) de Lille à l'Institut Gernez Rieux, les 25 et 26 novembre 2004. Reproduit avec l'aimable autorisation de Alain Cambier.

Publication en ligne sur le site Internet :

<http://www.culture.gouv.fr/culture/politique-culturelle/hopital/ActesColloqueLILLE.pdf>

## COMMENT L'ART REND L'ESPACE PLUS HOSPITALIER ?

**ALAIN CAMBIER**

*Docteur en philosophie, Professeur en Khâgne, auteur de Qu'est-ce qu'une ville ? éd. Vrin, collection "Chemins philosophiques", 2005 et Qu'est-ce que l'Etat ? éd. Vrin, coll. "Chemins philosophiques", 2004.*

### Préambule

Au risque d'apparaître provocateur, il s'agit ici d'aborder le paradoxe de l'inhospitalité de l'hôpital. Loin de nous l'idée que les personnels du milieu hospitalier accueilleraient mal les patients et leurs familles - chacun accordera que la plupart du temps leur professionnalisme et leur dévouement sont exemplaires -, mais pourtant l'hôpital en tant qu'institution instaure un espace spécifique qui est ressenti comme inhospitalier. Les raisons en sont diverses, mais elles conjuguent leurs effets. D'une part, l'hôpital apparaît comme une «hétérotopie de crise», un emplacement situé dans les marges de la société, parce qu'il concerne cette crise qui met hors jeu un individu et que l'on appelle la maladie. Personne ne «rentre» de gaieté de cœur à l'hôpital et chacun vit plutôt cette expérience comme une contrainte. D'autre part, cet espace qui se donne pour objectif de traiter cette crise qu'est la maladie, s'avère également inhospitalier du fait même de la rationalité médicale et administrative des moyens qu'il met en oeuvre pour accomplir sa tâche. Alors que l'institution de l'hôpital a relevé, à l'origine, d'un souci éthique fondé sur la foi religieuse, sa laïcisation moderne fut non seulement liée à sa prise en charge par l'Etat, mais aussi concomitante du pouvoir accordé à la raison pour maîtriser le monde. Michel Foucault a su pointer la relation entre l'avènement d'une conception abstraite et dominatrice de la raison dont l'initiateur fut Descartes et la construction de l'Hôpital général à Paris, en 1656 : elle inaugura, pour les fous, l'époque de l'intolérance et du «grand renfermement». Plus globalement, l'institution hospitalière a dû son essor au développement d'une rationalité technique certes efficiente, mais qui

entraîne nécessairement une neutralisation de la dimension axiologique, c'est-à-dire de la question des valeurs. L'hôpital est devenu ainsi un enjeu de la biopolitique prenant en charge la population et se servant du savoir comme d'un pouvoir qui se polarise sur la question de l'utilisation rationnelle des moyens, au détriment parfois de celle de la compatibilité des fins.

L'espace de l'hôpital apparaît la plupart du temps régi par une approche strictement statistique où interviennent comme paramètres le nombre de lits budgétaires (L), la moitié de la somme des admissions et des sorties (E), les journées d'hospitalisation (J), à partir de quoi il serait possible de déduire le taux d'occupation moyenne (Om) et de l'optimiser. Mais cette méthode qui se veut rationnelle peut produire des effets irrationnels, parce que le taux d'occupation d'un hôpital dépend aussi de facteurs non-mesurables : en particulier, la réputation de l'établissement. C'est pourquoi, la perception de l'espace de l'hôpital apparaît constituer un élément déterminant non seulement du point de vue de l'administrateur pour la gestion optimale d'un établissement, mais aussi et surtout pour le sentiment que le malade et les visiteurs vont éprouver vis-à-vis de la maladie et de sa prise en charge par le milieu hospitalier, et donc indirectement sur l'évolution même de la maladie. Nous voudrions montrer ici que l'hôpital ne peut sans dommage ignorer la dimension esthésiologique de l'espace, c'est-à-dire son lien primordial avec l'expérience sensible, et que le recours à l'art permet de la restituer en évitant de verser dans la sensiblerie et l'irrationnel. En un mot, il s'agit ici de réhabiliter la dimension esthétique du rapport à l'espace - fût-il celui de l'hôpital -, en rappelant que cette notion renvoie d'abord étymologiquement à la sensibilité, mais également à l'approche cognitive de l'art.

### La dimension esthésiologique de l'espace

Pour comprendre les enjeux liés à notre rapport à l'espace, il faut d'abord rappeler comment il se constitue primordialement, comment il se noue autour de notre sensibilité.

Comme le disait Henri Maldiney dans *L'Architecture au corps*, "Le corps est toujours au centre". L'espace n'est pas un réceptacle dans lequel notre corps se trouve, mais il est plutôt déployé par le corps lui-même. En ce sens, il n'est pas un milieu abstrait dans lequel les choses seraient disposées, mais un moyen par lequel nous disposons les choses alentour. Le corps sensori-moteur et proprioceptif se révèle spatialisant avant d'être spatialisé. L'expérience du temps et de l'espace s'effectue primordialement à travers l'expérience de notre corps propre. D'une part, le battement de notre cœur, l'alternance de la veille et du sommeil, les cycles de notre organisme, le rythme de la croissance d'un être vivant induisent déjà la mesure du temps ; mais de même, notre sentiment de la droite et de la gauche, notre sens du haut et du bas, de l'avant et de l'arrière nous permettent de nous situer dans l'espace, de nous ouvrir au monde à partir de cet espace différencié, qualifié qui n'a rien à voir avec celui de l'espace homogène et isotrope de la géométrie euclidienne.

L'esprit est chevillé au corps au sens où il est tributaire de lui pour pouvoir s'ouvrir au monde.

Ainsi, le corps humain est la mesure de toutes choses : il est le "mesurant universel". C'est par exemple en pouces, en pas, en coudées que d'antan l'on mesurait les distances. L'espace n'est pas un milieu indifférent, mais il se déploie à partir du rayonnement de notre corps propre qui fait de celui-là notre Umwelt, et non un simple milieu géographique, un milieu Umgebung. Le monde de chacun est l'amplification de son corps. Or, la maladie remet en question cette ouverture au monde articulée sur l'expérience kinesthésique de



notre être incarné. Un malaise, par exemple, n'est pas simplement une douleur localisée comme peut l'être une crampes, mais correspond au vacillement de tout l'être. En disant «je me sens mal», la victime du malaise s'aperçoit que la limite entre le psychique et l'organique s'évapore : l'unité psycho-physiologique se rappelle à nous. Le fait que la vie organique constitue le fondement de la conscience surgit au premier plan. Que le corps soit la condition de la conscience et du monde apparaît, dans ce moment de dessaisissement, comme une évidence incontournable. Plus fondamentalement, l'expérience de la douleur, dans la maladie, nous met en retrait du monde «Rien ne nous expulse du monde plus radicalement qu'une concentration exclusive sur la vie corporelle, concentration imposée... par l'extrémité d'une souffrance intolérable» Hannah Arendt, Condition de l'homme moderne. Avec la maladie, notre corps propre qui servait de point d'appui pour notre ouverture au monde nous fait défaut et notre être-au-monde lui-même apparaît en péril. L'individu est alors recroquevillé sur ce corps qui semble le trahir. Pour le corps souffrant, les horizons se rétrécissent et se ferment.

### Les paradoxes de l'hospitalisation

L'expérience de l'hospitalisation ne peut apparaître qu'ambivalente vis-à-vis du rapport que le patient entretient avec son corps. D'une part, elle correspond à une urgence qui vise à soigner le patient, à remédier au mal qui l'atteint ; mais d'autre part, les structures médicales qui se polarisent sur son cas, transforment son corps en objet d'investigation, de diagnostic et de pronostic. Le corps propre, c'est-à-dire le corps vécu subjectivement, est alors traité comme un corps-machine défectueux, présentant des dérèglement ou des dysfonctionnements. Dans le milieu hospitalier, le corps devient un objet de connaissances spécialisées et cloisonnées : l'anatomie, la physiologie, la biologie... Il est soumis à des stratégies,

pour cerner et objectiver le mal dont il souffre et qui vont de l'auscultation à l'IRM, en passant par le recours au stéthoscope, au kymographe de Ludwig, au sphygmographe d'Etienne Marey, aux prises de sang, aux biopsies, aux ponctions, à l'échographie, au scanner, etc. Il s'agit de transformer le symptôme en élément significatif et le voir en savoir. Le corps est susceptible également d'être l'objet de dilacérations partielles comme dans le cas de l'intervention chirurgicale. Il peut être amené à subir la pose de prothèses et d'organes artificiels ou allogènes. Ainsi, en raison même de la nécessité de traiter la maladie, le patient se voit livré à des mains expertes qui soucieuses d'établir l'étiologie la plus objective possible du mal et d'y remédier transforment radicalement son rapport au corps. En allemand, le corps peut être entendu comme Körper ou comme Leib, c'est-à-dire que la distinction est clairement établie entre le corps-objet et le corps-sujet, entre le corps que je possède et le corps que je suis. Alors que le corps-sujet, c'est-à-dire le corps que j'éprouve de l'intérieur et qui ne fait qu'un avec la conscience que j'ai de moi-même, ne peut jamais m'apparaître devant moi comme une chose parmi d'autres, mon corps objectivé dans ses mécanismes profonds m'est présenté sous une forme réifiée - à travers une radiographie, par exemple - sans que je puisse le reconnaître comme mien. Le transit à l'hôpital correspond, pour le patient, à une disqualification de l'expérience du corps propre et de son rapport perceptif au monde. L'épreuve de la maladie et de la douleur sont vécus sur le mode de la passivité : c'est une manière de sentir ou de ressentir ; en revanche, pour la médecine scientifique, faire une expérience revient à construire un dispositif technique destiné à vérifier une hypothèse, en exhibant des anomalies. Alors que le corps propre déploie son espace à partir de lui-même, le patient se retrouve dans un espace désormais abstrait, parce que normalisé, homogène,

neutralisé, aseptisé. Sa place dans l'espace compartimenté, segmenté de l'hôpital est commandée par la détermination de la pathologie en cause : service de cardiologie, ou de neurologie, etc. Alors que le corps propre est le sujet percevant dans lequel s'enracinent les significations familières, il se retrouve confronté à un univers de signes hermétiques relevant d'un code dont il n'a pas la clef et qui ne peut que lui sembler étranger. Déjà dans la maladie, le corps propre est mis à mal dans sa capacité à donner du sens, mais il semble bien qu'au sein de l'hôpital et en vue même de soigner la maladie, le dessaisissement du corps propre se retrouve accentué au point d'induire un sentiment accru de désorientation et de perte de soi-même. L'espace insolite de l'hôpital accroît le sentiment de déréliction.

### La réhabilitation de l'espace vécu par l'art

L'introduction de l'art dans l'hôpital n'a pas pour but de soigner la maladie - ceci est directement l'affaire des équipes médicales -, mais permet de pallier les effets pervers d'une trop grande rationalisation de cet espace si paradoxal qu'il induit un sentiment d'inquiétante étrangeté. Si l'art peut ici être pris pour un pharmakon, il remédie à une forme de mal être qui échappe aux catégories médicales et dont le traitement ne peut se trouver dans le Vidal : il s'agit du dépaysement produit lorsque l'homme est privé de son milieu autochtone. L'œuvre d'art n'est ni une panacée, ni un placebo, mais exerce plutôt le rôle de «reconstituant» : elle ne relève ni du curatif, ni du palliatif, mais plutôt du préventif. Car l'œuvre d'art restaure un espace existentiel concret et permet à chacun de s'orienter de nouveau. Avec l'œuvre d'art, nous retrouvons un espace qualifié : comme le corps propre, l'œuvre d'art déploie un espace à partir d'elle-même et vient remettre en question la conception d'un espace-réceptacle. En présence de l'œuvre d'art, l'espace se repolarise et rayonne à partir

d'elle, comme un centre attracteur qui introduit une courbure de l'horizon. A un espace organisé selon un principe analytique qui vise à séparer, segmenter et compartimenter, succède alors un espace dont les parties sont spontanément synthétisées autour de cette force attractive qu'est l'oeuvre : celle-ci surmonte l'espace éclaté dans lequel le patient se retrouve inséré. Tout comme le corps propre s'arrache à la dispersion - grâce au schéma corporel qui permet immédiatement à nos postures de se situer dans l'espace proche et de l'investir -, l'oeuvre d'art restaure à partir d'elle-même un environnement familier, un climat. Parce qu'elle se signifie d'abord, plutôt que de signifier quelque chose d'autre qu'elle-même, elle constitue un nouveau centre de gravité. Dans l'hôpital, elle vient rompre la monotonie des salles des pas perdus, mettre fin au caractère labyrinthique de l'organisation des services, pour inaugurer un espace rythmé désormais par elle et s'offrant à la sensibilité de chacun. L'ouverture qu'inaugure l'oeuvre d'art ne s'effectue pas vers un infini angoissant : si elle se déploie de manière centrifuge, donc en diastole, elle comporte néanmoins en retour un recueil en systole. Car il n'y a pas d'espace humain qui ne soit perçu sans un rythme et une tonalité affective spécifique. L'espace de l'hôpital est alors l'enjeu d'une tension nouvelle entre deux types d'art : d'une part, l'art médical comme technè qui se réclame d'une approche scientifique objectivante du pathologique - occultant par là même qu'il est avant tout une pratique stylisée -, et d'autre part, l'art au sens esthétique du terme qui promeut la dimension pathique de l'existence, parce qu'il fonde un langage vecteur d'émotions, de sentiments et d'affects. Cette tension s'approfondit, dans l'espace de l'hôpital, au coeur même de son architecture qui, relevant de cet art hybride de l'architecte, est le lieu de l'affrontement entre contraintes techniques et recherche esthétique. Dans la tension constante au sein de l'architecture entre bâtir

et habiter, l'irruption de l'oeuvre d'art n'équivaut pas seulement à un aménagement de l'espace architectural, mais à une véritable déconstruction - au moins symbolique - pour mieux l'habiter. Car habiter ne signifie pas simplement être logé. Etre logé, c'est être inséré, incrusté dans un espace objectif prêt : il s'agit d'une notion rythmique. En revanche, habiter veut dire organiser son monde autour d'un centre de référence, faire rayonner un espace de significations familières qui nous le rend complice, faire du lieu un espace de rencontre : or, la rencontre n'est jamais une relation de sujet à objet. Il n'y a de rencontre qu'entre deux visages qui se regardent : il peut s'agir du visage d'autrui comme du visage d'une oeuvre d'art. Parce qu'elle ne se réduit justement pas au statut d'objet, l'oeuvre d'art modifie radicalement notre rapport à l'espace : ainsi, est-elle capable de déconstruire un lieu de passage, de flux - une entrée d'hôpital - pour en faire un espace de rencontre. "Werk ist weg" disait Paul Klee, "Oeuvre est voie".

Entrer dans l'édifice n'équivaut plus alors à s'aventurer dans un univers glacial et hostile où le visiteur livré à sa grégaire solitude s'efforcerait d'atteindre péniblement la chambre du patient qui lui est cher, mais comme une véritable rencontre où il se sent authentiquement accueilli.

### **L'art fonde la communicabilité de l'expérience esthésiologique**

En fondant un espace de rencontre, l'oeuvre d'art présente en outre le mérite insigne de ne pas nous enfermer dans une expérience purement subjective de la sensibilité. Si le corps propre renvoie à une expérience intime de notre espace familier et nous fait prendre conscience du caractère incessible des moments de l'existence comme ceux de la maladie et de la mort, l'oeuvre d'art présente cette caractéristique de faire intervenir des formes symboliques qui, comme telles, sont nécessairement communicables ou donnent

lieu à une expérience qui peut être mise en commun. L'oeuvre d'art engage des formes qui déploient elles mêmes leur espace, qui sont autant de «tenseurs d'espace», mais qui en même temps instaurent un univers symbolique propice à la communicabilité. Si l'oeuvre d'art restaure un rapport familier avec le monde, elle le fait par la médiation de formes symboliques qui rendent possibles une expérience esthétique partagée de l'espace qu'elles déploient. Car si l'art peut être interprété comme expression, il ne se réduit pas à un "s'exprimer" égo-centré. Une oeuvre d'art ne nous invite pas à pénétrer dans l'intimité d'un artiste pour éprouver à notre tour ses états d'âme subjectifs, par une sorte de transmission immédiate et fusionnelle. En pénétrant dans l'espace des oeuvres et des formes esthétiques qu'elles mettent en jeu, un saut qualitatif se produit qui transcende le mythe de l'expression d'une intériorité forcément obscure et nébuleuse. Lorsque Matisse, par exemple, peint *La Raie verte*, en l'occurrence sa femme, il exprime plus un style que ses sentiments personnels envers son épouse.

Ce qui importe alors est l'usage que Matisse fait de la couleur lorsqu'il peint ce tableau en 1905 : non pas un usage purement idiosyncrasique lui permettant de s'exprimer, mais un usage symbolique lié à d'autres choix que ceux des impressionnistes, un «geste» qui laisse derrière lui une longue histoire ayant épuisé ses possibilités. Une oeuvre d'art nous fait toujours pénétrer d'abord dans le monde de l'art. C'est pourquoi, l'art exprime certes une sensibilité, mais sans pour autant se réduire à exprimer celle singulière de l'artiste avec laquelle il faudrait fusionner. Pour le dire comme Nelson Goodman, l'art exemplifie des prédicats, des concepts, des formes symboliques et fait de la sensibilité une expérience cognitive. Le recours au motif cruciforme - par Katsuhito Nishikawa au CHR de Lille- en est l'illustration : il exemplifie esthétiquement,

dans le hall, le symbole commun de ce qui prête secours (la croix rouge, la croix pharmaceutique, etc.), mais aussi celui du fil d'Ariane permettant de venir à bout de l'espace labyrinthique du Minotaure qui renvoie également à notre patrimoine culturel. En ce sens, l'art met au jour la dimension cognitive de la sensibilité elle-même : avec lui, les émotions ne sont plus de pures expériences privées. Il démontre que la sensibilité chez l'homme n'est jamais strictement immédiate et sauvage, mais toujours portée par des habitus culturels, par un langage symbolique. Tout comme l'expérience de la douleur et de la confrontation à la mort peut donner lieu à des manifestations très différentes selon les cultures, l'approfondissement et le renouvellement de l'expérience sensible de chacun s'avère tributaire des productions de l'art. La puissance de l'oeuvre d'art ne consiste pas en ce qu'un artiste exprime, à travers elle, une intimité censée receler une incertaine richesse secrète, mais en ce qu'elle démontre que la sensibilité est aussi une expérience de communicabilité. L'oeuvre d'art donc est un dispositif qui corrige les effets de désolation qu'induit un espace abstrait "anesthésié" : en ce sens, elle dilate notre ouverture au monde. Elle remédie à cette curieuse maladie dont parlait Wittgenstein et qu'il définissait comme "la cécité de l'aspect" : un individu souffrant d'une telle pathologie n'est capable de voir les objets qui l'entourent que de manière strictement univoque, sans dimension symbolique, et donc selon une sensibilité appauvrie. En revanche, le projet de Katsuhito Nishikawa permet de voir autrement l'entrée de cet hôpital de Lille dont l'architecture monumentale semble nécessairement opprimer celui qui s'y aventure. L'art substitue ici à une hétérotopie de crise une hétérotopie du "havre", et donc de l'apaisement. En outre, alors que l'approche médicale a tendance à traiter le corps comme une machine enrayée, une mécanique à réparer, la présence récurrente du végétal est là pour rappeler que notre réalité charnelle est

celle d'un biosystème lui-même ouvert sur la chair du monde.

### Conclusion

Parce que l'art est un langage, il rend donc non seulement l'expérience sensible communicable, mais il nous ouvre à des expériences de sensibilité nouvelles. C'est pourquoi, la présence de l'art dans l'espace de l'hôpital ne vient pas seulement réaménager le tête-à-tête du patient et de l'équipe médicale. Elle concerne également tous les visiteurs qui franchissent le seuil de cet espace, mais aussi tout le personnel qui travaille en milieu hospitalier. Ainsi transformer, grâce à l'art, l'espace abstrait de l'hôpital en espace qualifié et sensible n'apparaît pas seulement indiqué pour le patient, les personnels soignants et les visiteurs, mais aussi pour le personnel administratif. Car celui-ci, absorbé par ses préoccupations de gestion de l'établissement, soumis à l'application d'une ratio administrationis, souffre également, comme la plupart de nos contemporains, d'une "cécité de l'aspect", d'un appauvrissement de l'expérience du monde, d'un rétrécissement des horizons de son univers professionnel au point d'avoir occulté que l'espace de l'hôpital ne peut se réduire à un espace fonctionnel, mais qu'il demeure fondamentalement un espace d'existence où l'on vit et où l'on meurt. Tout comme la religion à l'origine de l'institution hospitalière avait bien compris que l'on ne pouvait se contenter de traiter le malade comme un corps-objet, l'impact de l'art à l'hôpital est l'indice que la santé ne se réduit pas à soigner une pathologie, mais est tributaire également du milieu dans lequel nous existons. Le milieu ne peut plus être considéré comme un espace indifférent dans lequel chacun se voit assigné une fonction, mais doit retrouver son sens originel : le milieu est au centre et le centre à partir duquel le sens se noue n'est autre que l'homme lui-même en relation avec les autres hommes, c'est-à-dire

un voisinage. Alors que, pour soutenir le malade, la religion incitait à nous recueillir et à effectuer un retour sur soi, sur son âme, l'art emprunte un chemin inverse mais parallèle : il nous initie à accueillir et à ouvrir notre horizon. Un horizon n'est pas un contenant, mais la frontière courbe et toujours reculée de ce qui constitue notre champ d'expérience. Ainsi, l'art redonne du sens à l'existence en dilatant notre espace familier. L'oeuvre d'art introduit dans l'espace une respiration, au sens où Rainer Maria Rilke l'entendait, dans l'un de ses sonnets à Orphée qu'il appelle Atmen - le premier de la deuxième section - : "Respirer, invisible poème, pur échange perpétuel contre mon être propre de tout l'espace du monde, contrepois dans lequel à moi-même, rythmiquement, j'advieus".

S'il est vrai que respirer révèle bien en quoi le destin de notre corps propre coïncide avec l'espace ouvert d'un monde, l'art donne une dimension spirituelle à ce qui n'est d'abord qu'une expérience organique vitale. En donnant un visage à l'espace, l'art ne fait pas seulement oeuvre esthétique, mais il transforme une architecture hospitalière austère et imposante, à la fois rigide et lâche, en une architecture esthétique et du même coup éthique, c'est-à-dire proprement humaine. La préoccupation de soigner l'homme comme un mécanisme ne suffit pas, mais suppose le souci éthique de prendre également en considération l'homme comme un être qui vit du sens qu'il accorde à ce qui l'entoure, c'est-à-dire un "existant".



## CHR : COMMISSION CULTURE CONFÉRENCE DES DIRECTEURS GÉNÉRAUX LE PROJET NISHIKAWA, UN PROJET ARTISTIQUE POUR L'HÔPITAL HURIEZ

FRANÇOISE DUBOIS,

Novembre 2003.

Intervention devant les directeurs

d'hôpitaux : question création/ hôpital.

### PRÉSENTATION

#### Contexte et circonstances

Premier centre hospitalier régional pensé et conçu selon un principe novateur dès 1930. Ce bâtiment inauguré en 1953 témoigne d'un esprit moderniste et d'un principe rationaliste éclairé puisqu'il relie dans le même périmètre un volume consacré à la faculté - lieu de connaissances- et un volume consacré à l'hôpital- lieu de la pratique des soins et de l'apprentissage des internes-

Le parti du maître d'œuvre ( l'architecte Walter) a souligné ces liens tant par le vis-à-vis traité de façon symétrique et frontal- les grands portails- que par les circulations - horizontalité des niveaux- qui convergent sur les tours ( blocs opératoires).

Outre le poids historique, l'hôpital a un poids symbolique. Dans les années 60, il représentait un équipement emblématique pour les habitants de cette région qui le désignaient par le vocable de cité.

La "cité" désignait en effet cet ensemble complexe.

#### Les mutations des années 80

La faculté de médecine migre et implante une nouvelle université de médecine au sud. L'ancienne faculté de médecine devient un centre de recherche et un lieu de congrès.

La direction de l'hôpital engage un programme de rénovation, modernisation qui a donné lieu à la mise en œuvre d'une étude puis d'un concours. L'équipe retenue ( agence Reichen et Robert) prendra le parti de regrouper l'ensemble des activités chirurgicales ainsi que l'imagerie médicale dans un seul bâtiment implanté à l'arrière d'Huriez, sur la façade sud. Ce parti pris rationnel déploie et concentre les

secteurs de la chirurgie, l'imagerie médicale et le service des urgences. Cette extension qui vient se greffer sur le bâtiment ancien permet de dégager dans celui-ci un programme d'extension des chambres et une amplification de l'espace d'accueil et de circulation. En 1998, l'équipe de direction- alors que l'extension est engagée depuis de nombreux mois- interroge le musée des beaux-arts de Lille. Celui-ci oriente la direction vers la DRAC Nord-Pas-de-Calais. C'est ainsi qu'en juillet 1998, un conservateur du musée des beaux-arts ( Madame Annie Castier), accompagne le conseiller afin d'y rencontrer l'équipe de direction et de prendre connaissance de la demande et du contexte.

Cette première rencontre permet d'appréhender l'ampleur et la complexité du projet de rénovation, modernisation proposé par l'équipe de maîtrise d'œuvre.

Elle permet de collecter les informations concernant les principales étapes du projet., de mesurer la volonté et la motivation de l'équipe de direction ainsi que le nombre des personnes concernées ( personnels et extérieurs).

J'ai pu exposer brièvement la procédure de commande publique et surtout le type de démarche qui permettait au Ministère d'accompagner l'hôpital dans cette initiative. Il faut ici insister sur le fait que la démarche de commande publique exige plusieurs préalables. Une ambition, certes, mais alimentée par :

- une exigence et
- une mobilisation continue sur un temps étendu.

Ces deux conditions trouvent leur expression dans la constitution d'un groupe de travail : groupe technique de réflexion qui réunit régulièrement les principaux interlocuteurs concernés par le projet, groupe enrichi ou complété de personnalités extérieures et qui aura pour principale mission d'élaborer collectivement

les bases d'une réflexion . Cette concertation passe par différents temps : elle a comme enjeux d'étudier la faisabilité d'un projet, c'est-à-dire de rechercher les conditions optimum de mise en œuvre d'un espace de questionnement susceptible d'offrir les bases d'un cahier des charges pour une étude artistique.

Les différents temps ou étapes de cette réflexion ont été les suivants :

- la formulation des attentes
- l'analyse, le diagnostic
- la collecte des données incontournables à même d'offrir les orientations d'un cahier des charges ( contraintes mais aussi contenus)
- la consultation de dossiers d'artistes, la découverte de démarches, la présentation d'œuvres qui passe par des échanges et des discussions.

Il n'y a pas de contexte neutre : il existe une histoire des lieux, une histoire sociale, une histoire de l'évolution des soins, une culture des équipes, une ambition du maître d'ouvrage, un parti architectural -voire une pensée de l'architecture hospitalière. A ces potentialités, s'ajoutent des freins : les habitudes, les rigidités, les cloisonnements, les a priori. Tous ces paramètres sont présents, il est bon de se donner du temps pour les voir s'exprimer, les appréhender, parvenir à une pertinence dans les formulations et une bonne adéquation entre la prise de risques et les enjeux culturels( espace, usages, fonctionnalité...).

Le groupe qui comprenait jusqu'à 11 personnes a avancé en 6 séances. Chacune donnait lieu à un compte-rendu co-rédigé. Et le plus souvent, un ordre du jour permettait de lister les tâches et les missions. Le compte-rendu était systématiquement relu en début de chaque séance.

### Les différents étapes

Dès la première séance, il est apparu nécessaire de sonder, de passer sur le grill la demande de l'hôpital : "l'implantation d'une œuvre d'art dans le hall d'accueil".

Cette demande avait plusieurs origines :

■ 1<sup>ère</sup> source : dans les documents de concours remis par les architectes, une galerie d'exposition était proposée dans les grandes ailes latérales. L'équipe de direction avait envisagé d'y présenter les anciens équipements et matériels : était-ce par un souci patrimonial ? Celui-ci était-il motivé par un souhait de mise en valeur de l'histoire ? Autre question : cette proposition de l'équipe de maîtrise d'œuvre était-elle circonstancielle (le temps de concours) et comment allait-elle être mise en oeuvre et évoluer ?

■ 2<sup>ème</sup> source : la lecture par l'équipe de la direction des circulaires "culture à l'hôpital", d'où l'interrogation faite auprès du musée des beaux-arts de Lille. Question : N'y avait-il pas contradiction entre ces deux origines ? Y avait-il réellement l'attente d'une oeuvre d'art ? N'avions-nous pas affaire à un désir d'embellissement ou à une attente plus basique et « globale » mais légitime d'un souci d'image. Quelles représentations les interlocuteurs avaient-ils de l'œuvre d'art ? (un objet décoratif ?, ornemental ?, monumental ?)

Il est intéressant d'être à même d'appréhender rapidement les types de représentation, les pré-supposés, voire les stéréotypes cachés derrière les multiples conceptions de l'art contemporain.

Il faut préciser que l'alimentation des discussions par la présentation de livres, catalogues, documents artistiques offrent des temps qui permettent de livrer de l'information mais aussi d'en collecter.

Dans la foulée de cette première séance, une deuxième question s'esquissait : le hall d'accueil retenu comme lieu d'implantation de

l'œuvre offrait-il les conditions idéales de mise en oeuvre d'une intervention artistique ?

Outre le fait que les hôpitaux dès les années 60 ont commencé à intégrer dans leur politique la notion d'accueil des personnes extérieures, et par conséquent ont porté attention dans les programmes à ces espaces d'accès de tous les publics dans l'hôpital. Outre la très haute fréquentation du hall, celui-ci dans sa nouvelle configuration hall ancien + extension, offrait-il les potentialités suffisantes pour inscrire un projet ? Si nous avons évoqué l'intérêt des documentations artistiques pour l'apport qu'elles offrent dans l'appréhension et la compréhension des multiples formes d'intervention et des partis pris artistiques réalisés par les créateurs dans l'architecture et l'espace public, le passage par l'analyse partagée et la lecture collective du lieu et des espaces destinés à accueillir le futur projet est incontournable.

Après une première visite du chantier, qui apparaissait assez confuse, nous avons décidé d'effectuer un reportage photographique sur l'ensemble de l'hôpital Huriez. Ces diapositives ont donné lieu à un temps de lecture et d'analyse du bâtiment. Cette étape a permis d'établir une plate-forme de références communes où les regards ont pu se croiser donnant lieu à des lectures enrichies, les regards internes et les regards extérieurs. (je précise ici que pour tout individu, la lecture des plans comme la visite d'un chantier sont des temps d'appréhension difficiles où l'expérience de l'expert -le maître d'œuvre- ne permet pas toujours à l'ensemble du groupe d'aller au bout d'une analyse partagée (compréhension) mais aussi des questions qu'elles soulèvent et qui appellent le recul et l'acuité des analyses). La séance sur diapositives a permis à chacun de participer à la lecture des espaces. Elle a fait évoluer la question initiale puisqu'un certain nombre de signes distinctifs et de caractéristiques des lieux ont été consignés quant aux spécificités du bâtiment perçues depuis le

point de vue d'un piéton qui y accède (accès par les porches, traversée de la cour...) jusqu'à la perception d'une personne située dans un étage et regardant vers l'extérieur. Cette expérience du déplacement et de la mobilité a permis de mettre en mouvement les réflexions et de formuler les premiers éléments d'un cahier des charges. Quelque part, le groupe s'est dégagé des contingences ou de la prégnance du chantier pour endosser le rôle d'un acteur qui accède à l'hôpital, le perçoit, le découvre et le ressent.

### Visionnement des diapositives du site

Les orientations définies par le groupe de travail insistent sur la qualification positive. C'est le point de vue du visiteur, du patient qui est privilégié (mettre en valeur, contribuer, renforcer, apaiser, homogénéiser, faciliter, favoriser sont des préconisations qui constituent les fondements de la commande).

Progressivement, le groupe a arrêté une zone d'intervention maximum comme un chantier possible pour l'intervention artistique. Nous avons donc retenu la grande cour d'honneur jardin, le grand hall et son extension ainsi que les ailes latérales. Face à l'ampleur de ce programme, nous avons convenu que peut-être, il serait difficile de trouver l'artiste à même d'apporter une réponse sur la globalité.



Texte du Dr Richard Rechtman et d'Éléonore Espargillière issus de la Revue *Semaine* n°105, éditions Analogues, septembre 2006.

Texte d'Éléonore Espargillière consultable en ligne sur le site Internet :

[http://www.barbara-noiret.com/texte\\_verriere\\_2006.html](http://www.barbara-noiret.com/texte_verriere_2006.html)

Reproduit avec l'aimable autorisation de Barbara Noiret, Éléonore Espargillière et Dr Richard Rechtman.

## ÉTAT DES LIEUX, PROJET RÉALISÉ À L'INSTITUT MARCEL RIVIÈRE, CENTRE PSYCHIATRIQUE DE LA VERRIÈRE, LE MESNIL-SAINT-DENIS

**ELÉONORE ESPARGILLIÈRE,**  
critique d'art.

Barbara Noiret s'était déjà confrontée à la psychiatrie en acceptant de réaliser l'illustration de couverture d'un numéro de la revue *l'Evolution psychiatrique* (1). Mais là, elle va beaucoup plus loin. Elle s'immerge directement dans l'univers psychiatrique, parcourt ces fameux lieux, autrefois dits de la déraison, mais où l'on ne trouve plus aujourd'hui qu'une souffrance simplement humaine. Elle les observe, les transforme, les redéploie vers de nouvelles dimensions. En un mot, elle les habite pour les faire exister autrement, comme jamais ils n'avaient pu se laisser surprendre. L'exotisme de la folie a heureusement disparu de nos représentations contemporaines, mais son altérité reste encore trop souvent suspecte. Or, pour nous autres cliniciens et soignants, l'art est sans doute l'instrument le plus puissant pour démasquer cette trompeuse altérité des hommes et des femmes qui font, ou ont fait, l'expérience de la maladie mentale. En acceptant sans réserve d'ouvrir notre univers à une artiste, nous acceptons aussi le principe d'être mis à contribution et de devenir ses objets. Le résultat dépasse nos espérances, car en nous renvoyant une autre image du lieu que l'on croyait "posséder", Barbara Noiret nous offre l'étrange sentiment de faire sur nous-même l'expérience de l'altérité. Pour cela déjà, et pour l'œuvre qu'elle a réalisée à l'Institut Marcel Rivière, nous la remercions très chaleureusement.

Dr Richard Rechtman, Médecin-chef  
d'Etablissement de l'Institut Marcel Rivière

(1) *Evolution psychiatrique* (2003) Volume 68, numéro 4, Pages 493-718

Au gré de visites régulières rendues à l'hôpital psychiatrique de l'Institut Marcel Rivière pendant deux ans, Barbara Noiret en a appris les secrets et les recoins, fixé les altérations, éprouvé les usages. Cet établissement immense, divisé en modules distincts, présente les aspects les plus divers, des bâtiments restaurés, nets et clos sur la vie des patients aux friches en constante évolution, au gré des nécessités de stockage du matériel. Chacun de ces espaces renferme une histoire feuilletée, parfois illisible, d'occupations successives amalgamées et contradictoires, dont elle a tenté de dégager certaines lignes en réveillant quelques épisodes choisis. Ses interventions, des plus minimales aux plus résolument indiscrettes, ouvrent dans ces enceintes habituellement réservées aux seuls membres du personnel un accès critique et poétique à leur histoire.

### Zone pavillonnaire



Des bâtiments qui lui ont été ouverts, le plus chargé et le plus emblématique est sans doute le Pavillon, dit A3, ancien lieu de résidence pour les patients, dont le plan symétrique (deux suites de chambres desservies par deux couloirs que différencient leur couleur et leur exposition) laisse une impression de miroir inversé. L'artiste y a vu s'entasser, puis disparaître les meubles et équipements divers au gré de leur dégradation par les patients, et des rénovations et recyclages successifs. La configuration des chambres, quoiqu'altérée, est encore visible. Son regard s'est porté sur les paysages très différents que les occupants de chaque chambre pouvaient regarder par leurs fenêtres, et l'un de ces cadrages dû aux nécessités de la construction est devenu le centre d'une brève fiction offerte à celui qui aura parcouru toute la longueur du couloir (in)hospitalier.



D'autres pièces de ce pavillon accueilleront les traces d'interventions antérieures, dont une, nocturne, a imposé au lieu réel autant d'agencements intérieurs qu'il a contenu, sans doute, d'imaginaires et d'univers en la personne de chaque habitant. Le film **Panorama**, tourné depuis l'extérieur du pavillon, associe à la succession d'images rétroprojetées le son distant mais tenace d'un train qui passe, le rythme des images évoque celui des vitres du train, des visions fugitives de ses passagers. Ce travail entamé dans l'idée de faire jouer une illusion d'optique rend peut-être mieux encore la pluralité des expériences vécues à cet endroit que ne l'eut fait un documentaire à vocation objective. C'est ce paradoxe que Barbara Noiret invite le spectateur à traverser le temps d'une promenade initiatique. Le regard extérieur de l'artiste invitée à



explorer un ensemble architectural consacré à la thérapeutique agit comme un révélateur de ce que les lieux renferment et, loin d'en trahir la mémoire au profit de quelque fantaisie, le travail exposé sur place isole et éclaire ses reliefs les plus ténus, les plus proches de l'expérience intérieure que les patients n'ont confiés qu'aux soignants.

En retrait dans l'obscurité d'une salle déserte, le spectateur est placé face à deux états différents d'un même jardin que séparent deux baies vitrées installées en angle droit. Cette édition de posters est un clin d'œil aux papiers peints des années 80, étalant les couleurs éclatantes d'une « forêt en automne », ou « au printemps », que l'on rencontre souvent dans les salles d'attente des cabinets médicaux.



## L'art culinaire

L'art culinaire se joue en amont de la dégustation et s'étend bien au-delà des conventions du luxe. A rebours des poncifs en la matière, ces clichés montrés dans le contexte même de la prise de vue, rendent compte d'un périple effectué dans la cuisine, collective, du restaurant. La question du goût y laisse place, dans le champ du regard, à la disproportion des quantités. Chaque instrument, chaque étape de l'élaboration du repas est prévue pour de nombreuses bouches à nourrir, l'espace, en conséquence, implique l'étalement des activités du cuisinier sur une surface assez vaste pour contenir cette abondance. L'appareillage métallique démultiplie des lieux déjà gigantesques, des outils déjà énormes. L'échelle des personnages parfois présents entre ce cadre et son reflet mesure la réalité d'une activité considérable et humble qui consiste à alimenter les autres. Contrepoint de cette représentation d'un art culinaire sécurisé, aseptisé dans des parois d'inoc qui le réfléchissent, les vues de détail proposent d'en anoblir le résultat, proche, dans les cadrages intimes, des vanités de la peinture classique. Les courbes chaudes du métal et l'ordre méticuleux des morceaux à préparer rappellent au spectateur que l'ordinaire de cette réalité -les cuisines de collectivités- peut lui aussi receler le raffinement et la recherche.



La vidéo «**Verrière**» rend compte d'une performance réalisée pendant le déjeuner des patients et des soignants au restaurant. Elle a été réalisée en collaboration avec Régis Bouchet-Merelli et Dominique Larcher, de la compagnie de danse contemporaine K-Denza. Seules quelques minutes ont été retenues de la performance pour créer cette vidéo, structurée autour des mouvements des corps en lien avec l'architecture. L'enregistrement de la chorégraphie est rythmé par le bruit ambiant du repas (assiettes, couverts, discussions...). La performance a été conçue en relation avec le contexte historique et architectural du restaurant : la salle dans laquelle elle se déroule était réservée au repas des soignants dans les années 60. Cette pièce carrée est séparée par de grandes baies vitrées d'une autre salle de plus grandes dimensions, où déjeunaient les patients. A l'époque, ces baies vitrées servaient pour l'observation et le diagnostic des patients pendant le déjeuner. Aujourd'hui ces pratiques ne sont plus en usage, mais les soignants déjeunent dans cette même salle et les patients dans l'autre. L'objectif de la performance était que tous déjeunent dans la même partie du restaurant ; que l'espace à la fois ouvert et fermé par les verrières devienne un lieu de performance, où les objets perdent leur fonction : les tables sont assemblées - désassemblées, pour former un «plateau de danse», les chaises ne servent plus à s'asseoir. Une tentative de perturber l'espace du repas, les habitudes de chacun.» Barbara Noiret



## Théâtre des illusions

Sur le grand écran de projection du théâtre, une silhouette indécise suit une trajectoire connue d'elle seule dans les salles en ruine d'un château désaffecté. La succession de ses entrées, traversées, sorties, de scènes ni tout à fait identiques, ni tout à fait différentes, entraîne le témoin dans une marotte d'enfant hypnotique, inquiétante, qui louche vers le jeu vidéo sans tout à fait en épouser les conventions. Aucun objet n'est donné à cette quête inlassable et cyclique, aucun prétexte, parce que le franchissement répété des obstacles suffit à constituer l'aventure.



## Le château, appellation d'origine contrôlée

### L'escalier d'honneur

Le Château sis à la lisière du Parc de la Verrière a conservé sa façade et ses huis d'origine, certaines de ses boiseries, son escalier ; le dessin, aussi, du jardin à la Française qu'encadrent ses ailes. Pour le reste, ses grands volumes ont été réaffectés sans méprise possible aux fréquents séjours de groupes de travail, séminaires, conférences, brainstormings. L'équipement, on ne peut plus complet, est pensé pour optimiser les conditions de vie en autarcie à l'intérieur de cet écrin. Les lambris percés de portes invisibles des salons de réception cachent pléthore d'appareils son et vidéo. D'impeccables chambres d'hôtel occupent tous les niveaux supérieurs. Les anciens aménagement des tours, au premier étage, ont laissé place à un bureau et une petite salle de sport moquettée et propre. Au rez-de-chaussée, les mêmes pièces rondes sont encore en état, à ceci près qu'un bizarre évier en inox détonne sur les ors sombres du chêne et des reliures en cuir de la bibliothèque.



Dans ce cadre aseptisé, Barbara Noiret a choisi de travailler dans un respect scrupuleux des contraintes qui lui étaient imposées : pour les parties d'époque, ne rien altérer, pour les autres, ne rien déranger. Les installations in situ qu'elle met en place sont pourtant très présentes et mettent d'autant mieux en lumière l'étrangeté de ce lieu partagé entre deux époques qu'elles en accusent la juxtaposition. **L'escalier d'honneur** reste agrémenté des cadres qui y sont accrochés depuis la réouverture du site, dont elle ne modifie que le contenu, avec un humour consommé.



Une des tours (**bar des habitudes**), un peu calfeutrée, reçoit la projection vibratile d'images symétriques, comparables et troublantes, d'espaces jumeaux réaménagés, qui démultiplient jusqu'à l'absurde les déclinaisons du même volume. La lumière des diapositives se fond dans la matière du bois, les volumes contenus dans les images sont indexés sur ceux des lambris, les épousent, les suivent ou s'y déforment.



La grande salle de **Conférence** voit défilier une série d'autres salles de conférence inoccupées, dont la succession d'abord régulière comme une visite de routine, devient inquiétante pour qui s'y attarde.



# **POUR VOUS AIDER DANS VOS DEMARCHES**

---





## INTERVENTIONS ARTISTIQUES ET CULTURELLES : CE QU'IL FAUT SAVOIR

### 1. L'INTERVENTION DE L'ARTISTE

#### L'ARTISTE

Le droit ne donne pas de définition de l'artiste. L'artiste, qu'il soit amateur ou professionnel, est celui qui fait oeuvre d'art, en ce sens qu'il fournit une prestation originale unique. L'artiste auteur d'une oeuvre de l'esprit et l'artiste interprète sont protégés par le code de la propriété littéraire et artistique qui codifie la loi sur le droit d'auteur et les droits voisins.

#### LA NOTION D'ARTISTE PARTENAIRE

Il n'existe pas de définition juridique de l'artiste intervenant. Il est néanmoins possible de considérer que les artistes intervenants sont des artistes professionnels, des étudiants diplômés des écoles supérieures d'art ou encore des artistes formés dans des centres de formation d'intervenants : centres de formation des plasticiens intervenants (CFPI) et centres de formations des musiciens intervenants (CFMI).

Un artiste est dit artiste partenaire ou intervenant lorsqu'il est fait appel à lui en sa qualité d'artiste pour une intervention ponctuelle pour des publics qui ne sont pas les publics habituels de l'activité artistique, la personne morale ou physique qui le sollicite n'étant pas habituellement un employeur culturel (milieu scolaire, universitaire, hospitalier, carcéral...)

#### LES COMPÉTENCES ATTENDUES

Afin de s'assurer le concours d'artistes dont la professionnalité est avérée, et en application de la loi du 06.01.1988, l'arrêté du 10.05.1989 précise que les artistes intervenants doivent justifier de la possession d'un diplôme reconnu et/ou de l'exercice effectif d'activités professionnelles, par la présentation de leurs travaux, réalisations ou publications sous forme d'un dossier.

L'usage montre que, d'une manière générale, la qualification de l'artiste partenaire par les directions régionales des affaires culturelles repose sur trois critères : le diplôme, la production et la diffusion. Ces critères peuvent être retenus indifféremment suivant les attentes spécifiques des porteurs de projets.

#### LES SITUATIONS D'INTERVENTION

L'artiste peut intervenir :

- en tant que créateur, lorsque le fruit de son travail individuel ou collectif aboutit à une oeuvre sur laquelle il peut exercer ses droits moraux et patrimoniaux (résidence de création, atelier d'écriture, production audiovisuelle)
- dans des situations de diffusion : présentation ou exposition d'oeuvres déjà existantes dans un cadre non professionnel (lecture publique, représentation d'un spectacle, exposition temporaire)
- en tant que formateur, lorsqu'il collabore à des enseignements ou activités artistiques ou culturelles à des fins d'initiation ou d'apprentissage auprès de personnes. Il est alors dans une situation de transmission de son art et de son savoir-faire professionnel (ateliers en milieu scolaire, carcéral ou hospitalier...). Ces trois situations ont des incidences déterminantes sur le régime social et fiscal de l'intervenant, donc sur le type de rémunération (salaire, honoraire...).

## 2. LA PROPRIÉTÉ LITTÉRAIRE ET ARTISTIQUE DES OEUVRES PRODUITES

Le principe de la protection du droit d'auteur est posé par l'article L111-1 du code de la propriété intellectuelle (CPI). L'auteur d'une oeuvre de l'esprit jouit sur cette oeuvre, du seul fait de sa création, d'un droit de propriété exclusif et opposable à tous. Ce droit comporte des attributs d'ordre intellectuel et moral ainsi que des attributs d'ordre patrimonial. L'ensemble de ces droits figure dans la première partie du code de la propriété intellectuelle.

Plusieurs contributions peuvent participer à la réalisation d'une oeuvre. L'oeuvre peut être alors qualifiée d'oeuvre collective, d'oeuvre de collaboration ou d'oeuvre composite.

### • L'oeuvre de collaboration

C'est l'oeuvre à la création de laquelle ont concouru plusieurs personnes physiques. Elle correspond au cas où les participants font un apport créatif dans une communauté d'inspiration (une chanson, paroles et musique par exemple). Elle est la propriété commune des coauteurs qui peuvent exploiter séparément leur contribution, sans porter préjudice à l'exploitation de l'oeuvre commune.

### • L'oeuvre collective

C'est l'oeuvre créée sur l'initiative d'une personne physique ou morale qui l'édite, la publie et la divulgue sous sa direction et son nom (qui assume la conception, la réalisation) et dans laquelle la contribution personnelle des divers auteurs participants à son élaboration se fond dans l'ensemble en vue duquel elle est conçue sans qu'il soit possible d'attribuer à chacun d'eux un droit distinct sur l'ensemble réalisé (une encyclopédie par exemple). Elle est la propriété de la personne physique ou morale sous le nom de laquelle elle est divulguée.

### • L'oeuvre composite ou dérivée

C'est l'oeuvre nouvelle à laquelle est incorporée une oeuvre préexistante sans la collaboration de l'auteur de cette dernière (incorporation d'une musique dans une création par exemple). Elle est la propriété de l'auteur qui l'a réalisée, sous réserve des droits de l'auteur de l'oeuvre préexistante. Pour faciliter la gestion de leurs droits, les auteurs et les artistes interprètes adhèrent à des sociétés de gestion collective du droit d'auteur et des droits voisins.

## 3. RÉMUNÉRATION DES INTERVENTIONS ARTISTIQUES ET CULTURELLES

### QUI RÉMUNÈRE LES INTERVENTIONS ?

La prise en charge de l'intervenant est assurée :

- soit par les structures culturelles (celles qui interviennent dans le cadre d'une action en partenariat rémunèrent directement les intervenants à partir de subventions allouées par les directions régionales des affaires culturelles) ;
- soit par l'établissement hospitalier ;
- soit par une association ayant en charge la coordination du projet.

### SALARIAT ET AUTRES RÉGIMES

L'intervention des artistes en tant que formateurs, qu'ils soient artistes du spectacle ou artistes auteurs, s'exerce d'une manière générale dans le cadre d'une relation salariale relevant du régime général. En effet, dès qu'une intervention s'effectue selon des horaires fixés à l'avance, elle s'inscrit dans ce que l'administration définit comme un service organisé.

Cependant, selon les domaines concernés et le type d'intervention, des situations variables peuvent être envisagées.



## RÉMUNÉRER LES ARTISTES-AUTEURS INDÉPENDANTS (GRAPHISTE, PLASTICIEN, PHOTOGRAPHE...)

### LE STATUT

Les artistes-auteurs indépendants bénéficient d'un régime de protection sociale spécifique. Pour les artistes plasticiens, les graphistes, c'est la Maison des artistes qui est chargée du recouvrement des cotisations liées à ce régime spécifique.

Pour les photographes, auteurs d'œuvres d'art dramatique (etc.), c'est l'AGESSA (Association pour la gestion de la sécurité sociale des auteurs) qui est compétente pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale.

La nature de l'activité de l'artiste détermine son type de rémunération et son statut. Il faut considérer quelles sont les activités artistiques qui sont concrètement demandées à un artiste :

#### Production d'œuvres : Rémunération en note de cession de droit d'auteur

Pour un artiste, un premier type d'activités est de créer des œuvres, de les vendre, d'en tirer des droits d'auteur par la cession des droits. Dans ce type d'activité, nous sommes au cœur du régime de sécurité sociale spécifique des artistes plasticiens institué en 1975 : l'AGESSA. L'AGESSA est un régime d'assurance sociale, assurant la gestion du régime des artistes auteurs, qui va gérer les droits des auteurs d'œuvres littéraires, musicales, de théâtre et la photographie, l'illustration et les œuvres littéraires.

En principe, la perception d'honoraires est liée à l'exécution d'une prestation libre, c'est-à-dire lorsque l'artiste exerce librement son activité quant au temps, au lieu, au motif et au type de réalisation. Ce peut être le cas lorsqu'une commande d'œuvre est passée à l'artiste par un établissement dans le cadre d'une résidence par exemple. L'intervenant libre, devra être assujéti au régime des travailleurs indépendants, ce qui implique une triple démarche :

- à l'Union de recouvrement de la sécurité sociale et des allocations familiales (Urssaf) pour les cotisations personnelles d'allocations familiales, la contribution sociale généralisée (CSG) et la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) ;
- à la caisse d'assurance maladie des travailleurs non salariés pour ce qui concerne les risques de maladie et la maternité ;
- auprès d'un organisme conventionné gérant le risque vieillesse (branche des professions libérales).

#### Animation : Rémunération en salaire

Un deuxième type d'activité peut être celui de donner des conférences ou d'animer des ateliers, dès lors que cette activité présente un caractère régulier et constant, ne relèvent pas de la Maison des artistes mais du régime général des travailleurs salariés. La structure employeur

devra se charger de la déclaration préalable à l'embauche, de la rédaction d'un contrat de travail, de l'édition de fiches de salaires, du paiement des charges patronales et des précomptes des cotisations salariales dues au titre du régime général des travailleurs salariés. Lorsque les formations représentent moins de 30 jours par année et par organisme de formation ou d'enseignement, les intervenants salariés bénéficient d'une assiette forfaitaire de cotisations (arrêtés du 28.12.1987 et du 07.06.1990). Selon l'instruction du ministère de l'Emploi et de la Solidarité du 02.04.1998, les artistes auteurs affiliés à la Maison des artistes sont autorisés à déclarer dans ce régime les revenus issus d'une activité accessoire exercée en toute indépendance et qui ne présentent pas de caractère de régularité.

> La volonté des services fiscaux et de l'URSSAF est de bien faire le partage entre des activités d'une nature différente. Vous invitez un artiste en résidence. Si au terme de cette résidence, l'œuvre créée est vendue, la rémunération est une rémunération de vente d'œuvres. S'il y a une exploitation des droits, c'est une rémunération au titre des droits d'auteur qui relève également de la Maison des Artistes. Si, à l'occasion de cette résidence, l'artiste donne des conférences, il est considéré comme salarié. Il y a un certain nombre de facilités administratives instaurées par l'URSSAF afin de rémunérer dans les règles un artiste intervenant. Il existe par ailleurs une exception dans le cas des activités dites annexes. Dès lors qu'un artiste donne des cours dans son atelier et reçoit une rémunération directe de la part des élèves et dans la limite d'un montant de 4176 euros dans l'année (4243 euros en 2005), ce montant peut être à titre dérogatoire inclus dans le calcul de son bénéfice non commercial.

#### QUELLES SONT LES ACTIVITÉS ARTISTIQUES RELEVANT DE LA MAISON DES ARTISTES ?

La Maison des artistes est, avec l'AGESSA, l'un des deux organismes agréés par l'Etat pour la gestion des assurances sociales des artistes-auteurs. Elle est chargée du recouvrement des cotisations sociales dues sur les revenus artistiques perçus par les auteurs d'œuvres graphiques et plastiques : peintres, sculpteurs, graveurs, dessinateurs textiles, graphistes, illustrateurs autres que les illustrateurs d'écrits littéraires et scientifiques, auteurs de tapisseries ou textiles muraux, de mosaïques et de vitraux.

La Maison des Artistes  
90, avenue de Flandre  
75943 Paris Cedex 19  
Tél. 01 53 35 83 63 / Fax 01 44 89 94 43  
[www.maisondesartistes.org](http://www.maisondesartistes.org)

## QUELLES SONT LES ACTIVITÉS ARTISTIQUES RELEVANT DE L'AGESSA ?

L'AGESSA est, avec la Maison des artistes, l'un des deux organismes agréés par l'Etat pour la gestion des assurances sociales de certains artistes-auteurs. L'AGESSA est chargée du recouvrement des cotisations sociales dues sur les revenus artistiques perçus par les artistes-auteurs qui ne relèvent pas de la Maison des artistes, notamment les photographes, les illustrateurs d'écrits littéraires et scientifiques, les auteurs de logiciels et les auteurs d'œuvres audiovisuelles.

### AGESSA

Association pour la Gestion de la Sécurité Sociale des Auteurs  
21 bis, rue de Bruxelles  
75009 Paris  
Tél. 01 48 78 25 00  
www.agemssa.org

## LA DÉCLARATION DES REVENUS ARTISTIQUES PAR LE DIFFUSEUR QUI ACHÈTE OU UTILISE L'ŒUVRE

Contrairement à ce qui se pratique pour les autres travailleurs indépendants, c'est en principe à la structure (appelée diffuseur) de verser à la Maison des artistes ou à l'AGESSA :

- les cotisations retenues sur la rémunération versée à l'artiste-auteur (précompte)
- et sa contribution diffuseur.

Toute personne physique ou morale (y compris l'Etat, les établissements publics, les collectivités territoriales) qui procède à la diffusion ou à l'exploitation commerciale d'œuvre originale, que cette activité soit exercée à titre principal ou à titre accessoire.

En général, il s'agit des entreprises ou autres organismes qui utilisent une œuvre de création, acquièrent le droit de la diffuser, la vendre, la commercialiser et qui rémunèrent l'artiste-auteur au titre de la cession de ses droits de reproduction et de représentation sur son œuvre. Il peut également s'agir de l'achat d'une œuvre d'art.

Sont donc concernés, les organismes qui :

- achètent une œuvre d'art ;

**Nb** > La cession à titre commercial de la propriété matérielle de l'objet qui sert de support (ex. : la toile d'un tableau) n'entraîne pas pour autant la cession des droits d'exploitation sur l'œuvre au bénéfice de l'acheteur.

- versent des "honoraires de création" ;

**Nb** > Il s'agit de la rémunération versée en contrepartie de la conception et de la réalisation de l'œuvre, par exemple pour les prises de vue pour des photos).

- versent des "droits d'auteur".

**Nb** > Il s'agit de la rémunération versée en contrepartie de la cession des droits patrimoniaux de l'artiste sur la propriété immatérielle de ses œuvres (ex. : droits de reproduction d'un dessin, d'une photo...).

Le précompte est l'obligation pour une personne qui rémunère un artiste en droit d'auteur de retenir les cotisations à la source et de les reverser à l'AGESSA ou la Maison des artistes. Cette rémunération va

être "précomptée" afin d'être reversée au régime d'assurance sociale afin d'alimenter les prestations qui sont ainsi attribuées à ceux qui en ont besoin. Ce précompte correspond à environ 15%. Le précompte est toujours à l'initiative de la personne qui rémunère l'artiste ou l'auteur. L'administrateur du centre d'art estime au regard des trois critères si l'auteur relève bien d'un régime d'assurance des artistes auteurs ; à savoir : est-ce qu'il exerce une activité indépendance, est-ce qu'il exerce une activité d'auteur et est-ce une rémunération qualifiée de droit d'auteur ? Si ces trois conditions sont remplies, le diffuseur prélève à la source trois cotisations : la CSG, la CRDS, l'assurance maladie. Il reverse ces trois cotisations prélevées à la source à l'organisme agréé et complète sa contribution par sa part employeur dont le taux est fixé à 1%. Si l'artiste fournit à l'administrateur une copie de son formulaire S2062, alors ce dernier n'a pas besoin de précompter.

## FAUT-IL ÉTABLIR UN CONTRAT ?

Pour protéger l'auteur, les cessions de droits d'auteur sont soumises à des règles strictes (articles L. 122-7, L. 131-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle).

Ainsi, la cession doit obligatoirement faire l'objet d'un contrat écrit.

Ce contrat devra délimiter le domaine d'exploitation des droits cédés (article L.131-3 du code de la propriété intellectuelle) : son étendue géographique, sa destination (supports qui seront utilisés), son lieu, sa durée.

**Nb** > La cession globale des œuvres futures c'est-à-dire la cession de droits sur des œuvres non encore créées est nulle (article L.131-1 du code de la propriété intellectuelle).

Le contrat doit prévoir une rémunération en contrepartie de la cession des droits.

Le principe est celui de la rémunération proportionnelle aux recettes provenant de la vente ou de l'exploitation (pourcentage sur le prix de vente public de l'œuvre).

Cependant, la rémunération peut être forfaitaire lorsqu'il est impossible de fixer une rémunération proportionnelle en raison des conditions d'exploitation de l'œuvre (la base de calcul de la participation proportionnelle ne peut être pratiquement déterminée ou les moyens d'en contrôler l'application font défaut...).

**Nb** > La cession des droits d'auteur peut être réalisée à titre gratuit ; néanmoins, le formalisme prévu à l'article L. 131-3 du code de la propriété intellectuelle devra être respecté. Celle-ci devra donc faire l'objet d'un contrat écrit précisant que l'artiste cède à titre gratuit son droit de reproduction et/ou son droit de représentation et mentionnant la destination de la cession, les supports qui seront utilisés, l'étendue géographique et la durée.

## LE MONTANT DE LA RÉMUNÉRATION

Le taux horaire proposé pour l'intervention d'un artiste comprend la préparation, la concertation et le temps d'intervention effective. Le montant de la rémunération est fixé en négociation avec l'artiste. Les pratiques indiquent que l'artiste perçoit un salaire net compris dans une fourchette de 38 à 53 euros de l'heure. Un étudiant, dès qu'il est diplômé, est rémunéré de la même manière que les autres artistes professionnels.

## EXEMPLE PRÉCIS D'UNE “RÉSIDENCE D'ARTISTE” ?

La notion de résidence artistique recouvre des réalités, des durées et des contenus très différents d'une résidence à l'autre et d'un secteur artistique à l'autre. On peut distinguer trois grands types de résidences en fonction du but premier qu'elles s'assignent :

- offrir un lieu de recherche consacré à un ou des projets spécifiques ;
- fournir la matière à une exposition ou un événement consacré aux oeuvres qui auront été créées pendant le séjour des artistes ;
- organiser des actions de sensibilisation.

La plupart des résidences d'artistes conjuguent souvent ces trois axes. Certaines résidences laissent l'artiste libre de créer une oeuvre de son choix. Dans d'autres cas, l'artiste est invité à travailler sur un thème, une problématique ou intégrer son oeuvre dans un programme prédéfini. Plus rarement, le projet est fixé d'un commun accord entre l'artiste et la structure accueillante.

Certaines résidences sont dédiées à une forme d'expression artistique, tandis que d'autres encouragent tous types de disciplines, voire la rencontre entre plusieurs d'entre elles. Les conditions de sélection des artistes sont elles aussi variables d'une résidence à l'autre (examen sur dossier de candidature, audition, jury de sélection...). Les résidences reposent en règle générale sur un principe d'échange : l'artiste dispose d'un logement et/ou d'un lieu de travail en contrepartie desquels il lui est demandé de s'investir dans les projets de la résidence et de participer à divers événements. Cependant, il importe de veiller à un équilibre entre le temps que l'artiste consacre à la création et le temps où il est invité à participer à des activités annexes.

### Contrat

Quel que soit le projet artistique et culturel de la résidence, il est important de définir les objectifs et les modalités du séjour. Un contrat précisera les obligations respectives de l'artiste accueilli et de la structure accueillante : objectifs, définition du projet et des actions attendues de l'artiste, expositions, production d'une ou de plusieurs oeuvres, animation de conférences ou d'actions de sensibilisation, édition d'un catalogue, acquisition d'oeuvre(s) et les modalités du séjour (durée, conditions d'accueil, moyens techniques, logistiques, humains et financiers proposés par la structure accueillante).

Si certains artistes se voient offrir une parfaite liberté de création par la résidence qui les accueille, d'autres sont soumis à plus ou moins de contraintes au point qu'il peut parfois exister un véritable lien de subordination entre l'artiste et la structure accueillante.

Ce peut être le cas, notamment, lorsque l'oeuvre ou les oeuvres doivent répondre à un thème spécifique ou s'inscrire dans un projet précis, la structure accueillante supervisant et accompagnant le travail de l'artiste en lui donnant un certain nombre de directives. L'existence d'un lien de subordination impose la conclusion d'un contrat de travail. Ce lien de subordination se rencontrera plus généralement dans le cadre des prestations annexes qui sont demandées à l'artiste : c'est le cas pour l'animation d'ateliers. Ces prestations doivent être rémunérées en salaires, sauf si elles sont ponctuelles et dans le prolongement de l'activité artistique. Le fait que la contrepartie prévue à l'exécution de la prestation de l'artiste ne consiste qu'en la fourniture d'un avantage en nature, comme la mise à disposition d'un logement et d'un atelier, n'est pas incompatible avec l'existence d'un contrat de travail.

### Pour en savoir plus :

CNAP  
Centre National des Arts Plastiques  
Tour Atlantique - 1, place des Pyramides  
92911 Paris La Défense cedex  
Tél. 01 46 93 06 50  
[www.cnap.fr](http://www.cnap.fr)

Le Centre national des arts plastiques (CNAP) est un établissement public, sous tutelle du Ministère de la Culture et de la Communication, dont la mission est “de soutenir et promouvoir la création contemporaine” dans tous les domaines liés aux arts visuels : peinture, sculpture, photographie, installation, vidéo, multimédia, design, etc. L'espace “Ressources” du site Internet du Centre national des arts plastiques répond notamment aux questions relatives au droit d'auteur, à la fiscalité ou au régime de la sécurité sociale ainsi que les conditions d'exercice professionnel des artistes.



## RÉMUNÉRER LES ARTISTES, DANSEURS ET TECHNICIENS DU SPECTACLE VIVANT ET ENREGISTRÉ

### LE STATUT

Sauf lorsqu'il exerce son activité dans des conditions impliquant son inscription au registre du commerce, l'artiste se trouve dans une situation de salarié, quelle que soit la durée de son contrat. La structure employeur devra se charger de la déclaration préalable à l'embauche, de la rédaction d'un contrat de travail, de l'édition de fiches de salaires, du paiement des charges patronales et des précomptes des cotisations salariales dues au titre du régime général des travailleurs salariés. Les détenteurs d'une Licence d'entrepreneur du spectacle (employeur dont l'activité principale est le spectacle vivant) engagent les artistes interprètes, permanents ou intermittents, sur des contrats à durée déterminée, dits "d'usage".

Pour les employeurs dont l'activité principale n'est pas le spectacle : toutes ces formalités doivent être effectuées par le Guso (guichet unique du spectacle occasionnel) qu'il appartient donc à tout employeur d'artistes dont l'activité principale n'est pas le spectacle de contacter au 0810 863 342 ou [www.guso.com.fr](http://www.guso.com.fr).

Tous les artistes du spectacle vivant et enregistré, ainsi que les techniciens en général, sont considérés comme salariés. L'article L762-1 du code du travail institue une présomption simple de salariat entre une personne physique ou morale qui s'assure, moyennant rémunération, le concours d'un artiste du spectacle en vue de sa production et l'artiste, qu'il soit notamment artiste lyrique, comédien, danseur, artiste de variétés, musicien, chef d'orchestre, arrangeur-orchestrateur ou, pour l'exécution matérielle de sa conception, metteur en scène, scénariste ou réalisateur.

Ainsi, lorsque les artistes du spectacle vivant sont produits dans le cadre de l'organisation d'un spectacle, ils bénéficient de la présomption de salariat et les règles d'emploi sont celles des salariés. Ils perçoivent un cachet assimilé à un salaire et peuvent bénéficier d'indemnités de chômage, compte tenu des annexes 8 et 10 du règlement de l'assurance chômage relatives aux intermittents du spectacle. Dans la limite de 55h sur une période de 11 mois, les heures de formation artistique dispensées par des artistes s'incorporent dans les 507h ou 43 cachets permettant l'ouverture de droits aux allocations chômage.

### > LE GUICHET UNIQUE POUR LE SPECTACLE OCCASIONNEL : L'EMPLOI OCCASIONNEL D'ARTISTES ET DE TECHNICIENS DU SPECTACLE

Les organisateurs non professionnels du spectacle sont tenus d'effectuer les formalités à l'embauche et à l'emploi d'artistes, ouvriers et techniciens du spectacle, sous contrat à durée déterminée et de verser les contributions sociales dues auprès du guichet unique du spectacle occasionnel (GUSO).

#### Les employeurs concernés

Les organisateurs de spectacles vivants, dès lors que le spectacle ne constitue pas leur activité principale ou leur objet, ont l'obligation depuis le 1er janvier 2004 d'utiliser le guichet unique et ce, quel que soit le nombre de représentations annuelles.

Ainsi relèvent du GUSO :

- les groupements d'artistes amateurs bénévoles faisant occasionnellement appel à un ou plusieurs artistes du spectacle percevant une rémunération ;
- les structures, bien que titulaires d'une licence d'entrepreneur de spectacles, n'ayant pas pour activité principale ou pour objet l'organisation de spectacle vivant ;
- l'État, les collectivités locales et leurs établissements publics, lorsque ces derniers n'ont pas pour activité principale ou pour objet le spectacle.



En revanche sont exclus du GUSO :

- les parc de loisirs ou d'attraction ;
- le secteur du spectacle enregistré (audiovisuel, cinéma) ;
- les entreprises dont l'activité principale est le spectacle.

L'activité principale est définie, le cas échéant par le GUSO à partir du code NAF. En cas d'activités multiples et de litige sur la nature de l'activité principale que le code NAF ne permettrait pas de régler, l'activité principale est appréciée en comparant la masse salariale annuelle des intermittents déclarée l'année précédente au centre de recouvrement, à la masse salariale déclarée l'année précédente.

#### **Les salariés concernés**

L'activité salariée doit être exercée par :

- des artistes du spectacle visés à l'article L. 7121-2 du Code du travail (ancien L.762-1 al.3), engagés sur un contrat à durée déterminée, quelle que soit sa durée ;
- des techniciens engagés par un contrat à durée déterminée, quelle que soit sa durée, qui occupent des fonctions figurant en annexe à l'annexe VIII du règlement Unédic.

#### **La déclaration et le paiement des cotisations et contributions sociales**

Le guichet unique permet aux employeurs concernés de remplir les obligations légales (déclarations et paiement de l'ensemble des cotisations et contributions), auxquelles ils sont tenus à l'égard des organismes de protection sociale suivants :

- l'AFDAS pour la formation professionnelle ;
- l'Assédic pour l'assurance chômage ;
- Audiens pour la retraite complémentaire et la prévoyance ;
- la Caisse des congés spectacles pour les congés payés ;
- le Centre médical de la Bourse pour le service de santé au travail ;
- l'Urssaf pour la sécurité sociale.

S'agissant des déclarations obligatoires liées à l'embauche et à l'emploi, le guichet unique permet aux employeurs de satisfaire aux obligations suivantes :

- déclaration nominative préalable à l'embauche ;
- déclaration annuelle des salaires (DADS) ;
- immatriculation de l'employeur auprès de l'URSSAF ;
- immatriculation du salarié au régime général de Sécurité sociale ;
- bordereau récapitulatif des cotisations (BRC) ;
- affiliation du salarié au régime d'assurance chômage ;
- déclaration au régime d'assurance des rémunérations versées au salarié ;
- affiliation et déclaration auprès de la caisse de congés spectacles ;
- affiliation, adhésion et déclaration auprès des institutions de retraite complémentaire ;
- déclaration auprès des services médicaux du travail ;
- déclaration requise pour l'application des dispositions relatives à la formation professionnelle.

En pratique, l'employeur adresse au GUSO, au plus tard le dernier jour ouvrable avant le début du contrat, le premier volet de la déclaration unique et simplifiée permettant de satisfaire à l'obligation de déclaration préalable à l'embauche.

Au plus tard dans les deux jours suivant l'embauche, l'employeur remet au salarié le feuillet permettant de satisfaire aux obligations relatives au contrat de travail à durée déterminée.

Au terme du contrat, il remet au salarié les feuillets permettant aux salariés de satisfaire aux obligations suivantes : certificat de travail, certificat justificatif des droits à congé, attestation Assédic.

Au plus tard le 15<sup>ème</sup> jour suivant le terme du contrat de travail, l'employeur adresse à l'organisme le feuillet du second volet prévu à cet effet. Cet envoi doit être accompagné du versement des cotisations et contributions sociales dont l'employeur est redevable au titre de l'emploi de ce salarié.

Les taux et assiettes applicables sont ceux en vigueur au dernier jour du contrat de travail.

Mention d'un numéro d'objet

Quel que soit le dispositif d'embauche utilisé, il appartient à l'employeur, préalablement au démarrage de toute nouvelle activité relevant des annexes VIII et X (spectacle, production...), de demander un numéro d'objet sur le site [www.assedic.fr](http://www.assedic.fr) - espace employeur. Une fois ce numéro attribué et notifié à l'employeur, tous les salariés intermittents embauchés dans le cadre de ce même spectacle ou production sont gérés sous ce numéro d'objet. Il doit être mentionné sur les bulletins de paie des artistes et techniciens concernés par cette activité, ainsi que sur les contrats de travail chaque fois que cela est possible. Ce numéro est accordé par employeur et par spectacle au fur et à mesure des demandes.

#### **Pour en savoir plus :**

CND - Centre National de la Danse  
DEPARTEMENT RESSOURCES PROFESSIONNELLES

1, rue Victor-Hugo 93507 Pantin - France

Tél. : 01 41 83 98 98 / [www.cnd.fr](http://www.cnd.fr)

Le Centre national de la danse, établissement public créé en novembre 1998 à l'initiative du Ministère de la culture et de la communication, est une institution unique en France et dans le monde dont l'action est fondée sur une circulation permanente entre accès à la culture chorégraphique, création et diffusion des oeuvres et pédagogie.

Au sein du Centre national de la danse, le DEPARTEMENT RESSOURCES PROFESSIONNELLES a pour vocation d'informer et d'accompagner les professionnels du secteur chorégraphique dans l'exercice de leur métier. Il s'adresse aussi bien aux individus (danseurs, chorégraphes, professeurs de danse, administrateurs...) qu'aux structures (compagnies, lieux de création et de diffusion, lieux de formation ou écoles de danse, relais culturels...). Il développe sa mission autour de quatre grands axes : Vie professionnelle, Emploi / métier / orientation, Droit et Santé.

"L'Espace Métiers" du site Internet du CND permet de consulter des ressources documentaires autour de ces quatre grands axes. Il permet notamment de consulter en ligne le répertoire des compagnies chorégraphiques françaises.

#### **Exemples de documents et fiches pratiques mis en ligne sur leur site Internet :**

- Structures musique et danse dans les régions et départements

[www.cnd.fr/information\\_professionnelle/viepro/relaisculturels/relais-info/file](http://www.cnd.fr/information_professionnelle/viepro/relaisculturels/relais-info/file)

- Le régime d'assurance chômage des intermittents du spectacle - fiche pratique

[www.cnd.fr/information\\_professionnelle/juridique/droit-travail/chomage/file](http://www.cnd.fr/information_professionnelle/juridique/droit-travail/chomage/file)

- Embaucher dans le secteur de la danse

[www.cnd.fr/information\\_professionnelle/juridique/droit-travail/embaucher-secteur-danse/file](http://www.cnd.fr/information_professionnelle/juridique/droit-travail/embaucher-secteur-danse/file)

- Le contrat de cession de droits d'exploitation d'un spectacle

[www.cnd.fr/information\\_professionnelle/juridique/reglement\\_spectacles/contrat-cession-droits-exploitation/file](http://www.cnd.fr/information_professionnelle/juridique/reglement_spectacles/contrat-cession-droits-exploitation/file)

- La convention de résidence

[www.cnd.fr/information\\_professionnelle/juridique/reglement\\_spectacles/convention-residence/file](http://www.cnd.fr/information_professionnelle/juridique/reglement_spectacles/convention-residence/file)



Source : <http://www.cnap.fr/>

## LES FONDS RÉGIONAUX D'ART CONTEMPORAIN (FRAC)

Nés au début des années 80, dans le cadre de la politique de décentralisation mise en place par l'État, les FRAC sont aujourd'hui présents dans toutes les régions de France métropolitaine, ainsi qu'en Martinique et à la Réunion. Ils sont devenus le symbole de la décentralisation culturelle et sont exemplaires d'un partenariat entre l'État et les régions.

Chaque FRAC a pour vocation de mettre sur pied un fonds d'œuvres contemporaines reflétant l'identité d'un projet culturel proposé par son directeur.

Ils ont été conçus à l'origine comme des fonds d'acquisition, destinés à rattraper le retard que connaissait la France en matière d'art contemporain. Dans certaines régions, les FRAC sont devenus le moteur essentiel de la diffusion de l'art contemporain, l'exemple de Picardie étant le plus significatif, le FRAC jouant un rôle de centre d'art dans une région qui en est dépourvue.

Dans d'autres régions, on a vu naître, aux côtés du mode classique de l'achat aux galeries et aux artistes, des propositions originales d'acquisition comme en Pays de la Loire, avec la mise sur pied d'ateliers de recherche et de création, regroupant des artistes venant de France ou de l'étranger et dont le travail peut être acquis à la fin de leur séjour.

Le principe de mobilité des collections des FRAC les définit comme des acteurs essentiels d'une politique d'aménagement culturel du territoire visant à réduire les disparités géographiques, sociales et culturelles, conduisant à la découverte de l'art contemporain des publics les plus larges possible.

Grâce à l'engagement des acteurs culturels en région et à l'implication des élus locaux, la plupart des FRAC développent désormais une activité régulière d'initiatives à caractère

pédagogique, qui amènent le grand public à fréquenter, directement et régulièrement, des œuvres d'art avec par exemple une politique de prêt dynamique, l'organisation d'expositions en milieu scolaire et universitaire ainsi qu'au sein des lieux de vie des collectivités locales.

### Les Frac de seconde génération

En apportant aux Fonds régionaux d'art contemporain un soutien régulier depuis le début des années 80 l'État les a consolidés et a favorisé, en collaboration avec certaines collectivités locales, la création de nouveaux lieux et de nouvelles expériences.

En effet, les FRAC se sont dotés progressivement au cours de ces années de locaux appropriés à leurs missions. A l'exception du FRAC Alsace implanté à Sélestat, la plupart sont situés dans les capitales de Région ou à leur périphérie comme le FRAC Haute-Normandie inauguré en 98 à Sotteville-lès-Rouen, de nouveaux locaux pour le FRAC Pays de la Loire à Carquefou à 12 km de Nantes ont été inaugurés en septembre 2000.

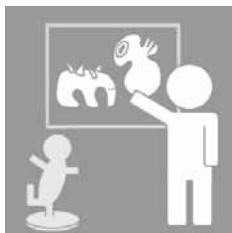
### Objectifs

Le développement, depuis 1995, d'une politique contractuelle avec les collectivités territoriales, à travers l'élaboration de conventions triennales d'objectifs (elles concernent aujourd'hui 11 FRAC sur 22) se poursuit en s'appuyant sur la charte des missions de service public et la circulaire du 28 février 2002.

En effet, la diversification des missions des FRAC, ainsi que l'accroissement de leurs collections, ont conduit à revoir la circulaire du 3 septembre 1982 afin de préciser le cadre de leurs actions à travers un projet d'établissement articulé d'une part autour de la collection et de sa diffusion à l'ensemble des publics et d'autre part de conditions de fonc-

tionnement adéquats tant au niveau des lieux que des personnels. Cette circulaire du 28 février 2002 introduit aussi la notion de FRAC de seconde génération, et préconise l'adoption du nouveau statut d'établissement public de coopération culturelle afin de donner aux collections la meilleure protection juridique possible. Cette préconisation est introduite également dans la Directive nationale d'orientation (DNO) 2002-2005.

Dans les années à venir, l'effort portera essentiellement sur l'offre de services aux différents publics, les collaborations avec d'autres institutions de promotion de l'art contemporain mais aussi avec d'autres structures artistiques culturelles (médiathèques, scènes nationales...) ou de formation (rectorat, établissements scolaires et universitaires) ainsi que l'ensemble des collectivités territoriales. Il importe également de réaffirmer les initiatives internationales.



## LA LOI DU 04 JANVIER 2002 POUR LES MUSÉES DE FRANCE

Cette loi fixe quatre grands objectifs :

### 1 redéfinir le rôle et la position du musée face aux attentes de la société, en tant qu'acteur au service du développement et de la démocratisation culturels.

Le texte précise en effet que les musées de France ont pour mission de conserver des collections reconnues d'intérêt public, destinées à être exposées au public, dans le cadre d'une mission de service public ou du moins d'utilité publique. L'objectif de démocratisation culturelle est inscrit au cœur de la loi à travers la notion d'accessibilité au public le plus large et d'égal accès de tous à la culture, l'affirmation nette des missions non seulement patrimoniales mais d'éducation et de diffusion, et l'obligation d'inscrire la politique tarifaire dans le cadre d'une politique culturelle.

### 2 harmoniser le statut des musées reconnus par l'Etat, et, fédérer, dans le respect de leurs spécificités, les différents musées de France.

Il s'agit en effet du premier texte de loi interministériel et interdisciplinaire qui s'applique à l'ensemble des musées et muséums reconnus par l'Etat, quelle qu'en soit la tutelle administrative. Il définit, dans le respect des spécificités des statuts et des collections, un corpus minimum de règles communes afin de garantir ce qui est fondamental (la protection des collections, l'accessibilité au public, etc.), afin de mettre un terme à des disparités injustifiées, notamment entre "musées de France" de droit public et de droit privé. Le Haut Conseil des musées de France sera évidemment un organe fédérateur essentiel dans le nouveau dispositif créé par la loi : sa composition devrait refléter en effet les différentes familles thématiques de musées et les diverses catégories de responsables.

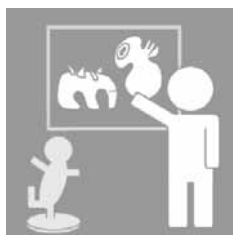
### 3 améliorer la protection des collections. Le texte affirme l'inaliénabilité des collections dans le respect du principe de la domanialité publique.

Plus contraignant que l'état de droit actuel, il soumet la possibilité de déclassement d'objets des collections d'un musée de France relevant d'une personne morale de droit public à l'avis conforme c'est à dire à l'autorisation d'une commission scientifique dont la composition et le fonctionnement seront fixés par décret et exclue les objets provenant de dons et de legs, et ceux acquis avec l'aide de l'Etat. Il prévoit par ailleurs, la possibilité en cas de mise en péril, du transfert provisoire de tout ou partie des collections d'un musée de France. S'agissant des musées relevant des personnes morales de droit privé, il pose le principe de l'insaisissabilité et de l'imprescriptibilité de leurs collections, et de l'inaliénabilité de celles-ci pour ce qui concerne les objets acquis avec l'aide de l'Etat ou de collectivités publiques. Il leur donne par ailleurs accès au bénéfice du droit de préemption pour l'enrichissement de leurs collections.

### 4 intégrer et approfondir la logique de décentralisation.

Dans le respect de la liberté d'organisation et de la liberté de choix des personnes morales propriétaires de musées, le texte précise pour la première fois la règle du jeu applicable aux relations entre l'Etat et les collectivités locales ; il limite le contrôle de l'Etat aux seuls musées que leurs propriétaires auront souhaité soumettre au statut prévu par la loi, c'est à dire aux seuls musées qui auront demandé et obtenu l'appellation "musée de France". Plus que la notion de contrôle scientifique et technique, il met en avant la mission de conseil qui incombe à l'Etat. Il organise le transfert de la propriété aux collectivités territoriales des dépôts de l'Etat antérieurs à 1910, soit plusieurs dizaines de milliers d'œuvres. Il s'inscrit dans la logique de la loi sur la coopération intercommunale, notamment en organisant la possibilité de cession de tout ou partie des collections d'un musée entre personnes publiques. Enfin, la présence, au sein du Haut Conseil des Musées de France institué par cette loi, de représentants des collectivités territoriales, est la garantie d'un débat démocratique entre l'Etat et ses partenaires en matière de musées.

Enfin, le projet de loi est complété par des **dispositions fiscales** inspirées par les conclusions d'un rapport de l'Inspection générale des finances établi à la demande du Gouvernement. C'est ainsi que les entreprises soumises à l'impôt sur les sociétés pourront bénéficier d'une réduction de cet impôt égale à 90% des versements effectués en faveur de l'achat pour les musées de France de trésors nationaux ayant fait l'objet d'un refus de certificat d'exportation, et ce dans la limite de 50% du montant de l'impôt dû. A l'instar du système de la dation, cette mesure de grande portée devrait largement concourir à la protection du patrimoine national et à l'enrichissement des collections publiques.



## LERÔLE DES CONSEILLERS - MUSÉES

Le conseiller pour les musées, placé sous l'autorité du directeur régional des affaires culturelles, met en œuvre au plan régional la politique de l'État dans le domaine des musées. Il contribue aux actions transversales et territoriales de la Direction régionale des affaires culturelles (DRAC) et exerce ses fonctions en liaison avec les différents services de la Direction des musées de France (DMF).

### Statut des conseillers pour les musées :

Les conseillers pour les musées sont choisis parmi les fonctionnaires de catégorie A, notamment les conservateurs du patrimoine, ou les agents publics du ministère de la Culture et de la communication de niveau équivalent. Ces derniers doivent justifier des conditions requises aux 2ème et 3ème alinéas de l'article 11 du décret n° 2002-628 du 25 avril 2002 pris en application de la loi sur les musées de France, pour exercer la responsabilité scientifique des collections des musées de France.

### Mise en œuvre de la politique du ministère de la culture en région : principes d'action

Pour l'ensemble de leur champ de compétences, les conseillers pour les musées dressent un état des lieux aussi exhaustif que possible du patrimoine muséographique de la région et procèdent à son actualisation. Ils évaluent les activités des musées de France de la région, et s'assurent de la façon dont ils remplissent leurs missions au regard du code du patrimoine. Ils exercent une expertise de premier niveau et rédigent des avis sur les projets et les activités des musées de France.

Ils exercent un rôle d'impulsion pour l'élaboration des politiques en matière de musées et assurent un rôle de conseil, d'expertise et d'information auprès des établissements.

Les conseillers pour les musées sont chargés de mettre en œuvre les dispositions relatives aux musées de France figurant au livre IV du code du patrimoine. Ils contribuent à l'exercice du contrôle scientifique et technique de l'Etat, notamment dans les domaines suivants :

- appellation musée de France ;
- commissions régionales ou interrégionales compétentes en matière d'acquisition et de restauration ;
- mise en œuvre de la procédure de péril des collections ;
- contrôle de la qualification des personnels appartenant aux musées (personnels scientifiques, personnels des services des publics) ou intervenant pour les musées (restaurateurs) ;
- développement des services des publics et encouragement des réseaux entre les musées de France.
- élaboration et mise en œuvre des conventions prévues par le code du patrimoine.
- travaux d'équipement

Les conseillers pour les musées assurent un rôle d'interface entre les différents acteurs publics ou privés des politiques patrimoniales et culturelles.

Ils favorisent le partenariat avec les collectivités publiques et veillent à l'insertion des musées dans les politiques culturelles territoriales dans un souci d'équilibre et de rayonnement.

Ils contribuent à la constitution et au développement de réseaux, ainsi qu'à la mutualisation des moyens pour permettre aux musées de mettre en œuvre leurs activités dans une optique de cohérence et de partenariat.

Ils sont les interlocuteurs privilégiés des conservateurs dans le cadre de la mise en œuvre des politiques régionales relatives aux missions des musées de France.

Ils partagent leur expertise et mènent leur action en collaboration avec les autres conseillers et services de la DRAC, dans un souci de transversalité et d'intégration des musées à la politique d'aménagement du territoire. Ils peuvent être chargés de projets au sein de la DRAC (suivi d'un territoire, d'une politique interministérielle) ; ils encouragent le travail en réseau.

Ils impulsent avec les partenaires publics en région une politique de formation et incitent à la création d'emplois scientifiques et culturels dans les musées.

### Textes de référence :

- Code du patrimoine (partie musées) ;
- Article 11 du décret n° 2002-628 du 25 avril 2002 ( sur les qualifications) ;
- Décret n° 96-750 du 20 avril 1996 sur la CRDOA ;
- Décret n°2004-1430 sur les missions des DRAC
- Article L 410-3 du Code du patrimoine (financement et conseil pour tous les musées).



# BIO/BIBLIOGRAPHIE

---





## BIOGRAPHIE DES INTERVENANTS

### JEAN CLAUDE AMEISEN

Jean-Claude Ameisen est médecin et chercheur, professeur d'immunologie à l'Université Paris Diderot/Faculté de médecine Xavier Bichat, président du Comité d'éthique de l'Inserm, membre du Comité Consultatif National d'Éthique et de la Commission française pour l'Unesco. Il a écrit *La Sculpture du vivant. Le suicide cellulaire ou la mort créatrice* (Seuil) ; *Dans la lumière et les ombres, Darwin et le bouleversement du monde* (Fayard/Seuil) et, avec F. Arnold, *Les couleurs de l'oubli* (L'Atelier).

### LUC BABOULET

Luc Baboulet est architecte et chercheur. Il enseigne l'architecture (projet et théorie/histoire) à l'École d'architecture de la ville et des territoires à Marne-la-Vallée, dont il dirige également l'équipe de recherche (Observatoire de la Condition Suburbaine). Il a publié dans diverses revues (*Vacarme, Communications, Le Moniteur-Architecture*) des articles sur l'architecture, en s'intéressant à la manière dont celle-ci, parce qu'elle constitue des milieux et des territoires, conditionne l'expérience du corps. Il a été commissaire de l'exposition "Le Paris de Maisons" au Pavillon de L'arsenal, à Paris (2004). Il également traduit et présente l'ouvrage tout récent de Reyner Bahnam, *Los Angeles, l'architecture des quatre écologies*, paru tout récemment aux éditions Parenthèses (octobre 2008).

### CHRISTIAN BLOCK

Titulaire d'un DEA de l'Université de Bordeaux III, Christian Block est médiéviste de formation. Actuellement, attaché de Conservation au musée d'Aquitaine qui porte sur l'histoire de Bordeaux et sa région de la préhistoire au XXe siècle, il y exerce trois fonctions distinctes : Direction du Service des Animations, responsable des collections du XVIIIe siècle en cours de restructuration et direction du Centre Jean Moulin consacré à la Seconde Guerre Mondiale.

### AUORE DESPRÉS

Docteur en esthétique de la danse de l'Université Paris 8, Aurore Després a inscrit sa recherche sur le "Travail des sensations dans la pratique de la danse contemporaine" (Publication ANRT.2000). Enseignante en histoire et en esthétique de la danse de l'université Lyon II, Nice, Besançon et au CNR de Lyon, elle est actuellement enseignante-chercheur en danse de l'Université de Franche-Comté, membre du Centre de Recherche Jacques Petit et intervient dans diverses structures pour des conférences.

Dernières publications : *Corps Parfait-Corps Défait. Réflexion autour de la pièce chorégraphique "Heil Tanz !" de Caterina Sagna* (2008) et *EntreTemps... dans une chambre d'hôpital* (2008) in "Danse et Santé : du corps intime au corps social", sous la direction de Sylvie Fortin, de l'Université Québec à Montréal, 2008.

### DANIEL DOBBELS

Daniel Dobbels est chorégraphe, écrivain, philosophe, chroniqueur radio et de presse écrite. Il est entré dans le monde de la danse dans les années 1970, d'abord comme danseur puis comme chorégraphe, tout en créant la revue *Empreintes, écrits sur la danse* dès 1977. En 2000, il décide de monter sa propre compagnie De l'Entre-Deux avec la danseuse Brigitte Asselineau comme complice artistique. En 2006, il crée *L'insensible déchirure*, pour 7 danseurs, sur le thème de la Shoah. En 2007, il crée *L'épanchement d'Echo* avec l'ensemble de musique 2e2m et L'écharpe Grise, commande de la SACD. De ces pièces se dégage "un langage atypique, concentrant et étirant le temps, créant un espace pour la douceur, la lenteur et le cheminement intérieur." (Michel Vincenot). En mars 2009, Daniel Dobbels créera au Théâtre de Vitry dans le cadre de la Biennale de danse du Val de Marne, une pièce pour 4 interprètes *Danser, de peur...* dans laquelle il questionne : A quelle condition danser (composer, écrire, peindre...) quand le moindre des énon-

cés politiques humilie par sa vulgarité, sa brutalité, son schématisme ou son cynisme avéré ? Ses derniers ouvrages parus : *Un art indécomposable*, Editions Micadanses, 2007, *Le silence des mimes blancs*, Edition La maison d'à côté, 2006, *Des gestes non mortels*, Editions Micadanses, 2006, *L'art des mimes dans l'histoire des mimes*, Edition, La maison d'à côté, 2006.

### FRANÇOISE DUBOIS

Épisodes universitaires : l'histoire de l'art (Lille III) puis les sciences de la communication (Grenoble III), enfin, le Centre de Formation National d'Avignon (aujourd'hui disparu mais devenu DESS de projet culture de Grenoble). Deux travaux universitaires ont compté pour Françoise Dubois, un travail de maîtrise en filmologie sur le cinéma de Mizoguchi, *Les amants crucifiés : le désir et la loi* et un mémoire de DESS qui portait sur "l'image et le lieu". Son parcours professionnel est ponctué de passages et d'étapes : en école d'Art (chargée de cours) en école d'architecture (agent technique recherche) puis, à partir de 1988, en tant que conseiller en direction régionale des affaires culturelles : en champagne Ardenne (conseiller aux arts plastiques, puis arts plastiques et musées) puis en Nord pas de Calais, (conseiller aux arts plastiques et au cinéma et audiovisuel, puis à partir de 1999 spécifiquement aux arts plastiques). Au fil du temps, ses centres d'intérêt recherchent à croiser des faisceaux qui traversent les pratiques du territoire, les conditions de production qui relient pratiques artistiques, lieux et personnes.

### PHILIPPE LE MOAL

Parallèlement à des études en mathématiques, il travaille le mime et la danse. Après une brève expérience d'interprète (*les Comédiens Mimes de Paris, Red Notes*, notamment, et de chorégraphe (*Le Gestuaire Danse Théâtre*), il travaille comme administrateur de compagnie de danse et collabore avec Odile Duboc pour la dramaturgie d'"Insurrection" (1989).

Diplômé de l'Institut d'étude politique de Grenoble (spécialité direction de projets culturels), il développe une recherche personnelle en histoire et en esthétique de la danse et réalise de nombreuses missions d'étude pour le Ministère de la culture dont "Profession danseur", "La recherche en danse", "La danse à l'épreuve de la mémoire". Directeur d'ouvrage du *Dictionnaire de la danse* publié par les éditions Larousse (1ère édition en 1999, 2nde édition en 2008), il rejoint l'Inspection de la création et des enseignements artistiques (spécialité danse) en 2000 et en devient le coordinateur en 2007.

#### FRANÇOISE LIZÉ

Après avoir exercé 9 ans comme infirmière dans différentes structures en France et en Algérie, Françoise Lizé a repris des études de management et est aujourd'hui cadre supérieur de santé au Chu D'Angers, responsable du pôle des maladies métaboliques. Elle a été 5 ans expert visiteur pour la Haute Autorité en Santé.

#### MICHEL MAFFESOLI

Professeur à l'Université Paris V - Sorbonne, le sociologue Michel Maffesoli a construit une oeuvre autour de la question du lien social communautaire, de la prévalence de l'imaginaire et de la vie quotidienne dans les sociétés contemporaines. Directeur de la revue internationale de sciences humaines et sociales, *Sociétés*, il est également secrétaire général du Centre de recherche sur l'imaginaire et directeur du Centre d'études sur l'actuel et le quotidien (CEAQ). Ce laboratoire de recherche s'intéresse principalement aux nouvelles formes de socialité et à l'imaginaire sous ses formes multiples. Michel Maffesoli a d'ailleurs publié de nombreux livres et articles sur le rapport qu'entretiennent nos sociétés à la question de la temporalité, dont *L'Instant éternel. Le retour du tragique dans les sociétés postmodernes* (Denoël, 2000). Son dernier ouvrage : *Iconologies : nos idol@trie postmodernes* (Albin Michel, 2008).

#### ANNE-PASCAL MARQUET

Enseignante d'arts plastiques de formation et attachée de conservation, Anne-Pascal Marquet est aujourd'hui responsable du Service culturel pour les publics des musées d'Angers. Après 6 années à l'éducation nationale, elle sera Conseillère pour l'éducation artistique et culturelle en Drac Bourgogne pendant 3 ans. En octobre 2002, elle crée le service des publics des musées d'Angers. Depuis, elle définit et met en œuvre la politique des publics pour les 4 musées d'art de la ville en conciliant le savoir et le plaisir au musée et en privilégiant les passerelles avec les autres pratiques artistiques.

#### BERNARD MENAUT

Bernard Menaut s'est formé à travers les techniques de la danse classique, moderne, contemporaine, la danse-contact, l'improvisation, certaines pratiques orientales, la méthode Feldenkrais... Il crée sa propre compagnie en 1986 (Groupe Bernard Menaut) et présente jusqu'en 1992 une dizaine de créations chorégraphiques (*Bio-dégradable à + ou - 98%* ; *Blanc Limé...*). De 1996 à 2002, il crée en coréalisation avec François Lejault, sept vidéos danse qui font partie du répertoire de la compagnie. En 1999, il revient à la chorégraphie, spontanée cette fois-ci ! avec les premières "Aventures extra-chorégraphiques" (événements / danse improvisée ou danse et musique improvisées en milieu urbain). Bernard Menaut partage aujourd'hui son activité entre les créations "Danse", les créations "Danse-image" (événements et/ou installations), la réalisation vidéo et l'enseignement. ([www.groupebernardmenaut.fr](http://www.groupebernardmenaut.fr))

#### ANNE NARDIN

Anne Nardin est conservatrice en chef du patrimoine. Après quatre années passées au Musée d'art moderne de Lille Métropole (1990-1994), elle a rejoint le secteur des musées de société et dirige depuis 1995 le Musée de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (l'AP-HP est le CHU d'Ile-de-France).

#### JULIE NIOCHE

Diplômée du Conservatoire National Supérieur de Musique et de Danse à Paris en 1995, interprète pour plusieurs compagnies puis codirectrice de l'association Fin novembre de 1996 à 2006, Julie Nioche débute en 2000 un cursus universitaire en psychologie puis une formation en ostéopathie dans le but de croiser ses questionnements d'ordre artistiques, esthétiques et sociaux autour du corps. En 2007, elle crée A.I.M.E. - Association d'Individus en Mouvements Engagés, en collaboration avec Isabelle Ginot, Gabrielle Mallet, Michel Repellin et Stéphanie Gressin, pour accompagner l'ensemble de ses projets, développer son questionnement sur le "territoire" de la danse et le transfert du savoir-faire de cette méthode au sein de la société. Artiste se tenant entre plusieurs mondes et plusieurs réalités; la création contemporaine, le monde médical et social, la recherche universitaire et l'éducation, partout où la place du corps devrait être centrale, Julie Nioche ancre ses projets artistiques dans ces différents environnements, à la recherche d'une autre façon de considérer l'espace du sensible dans notre quotidien. De l'installation (X), aux pièces chorégraphiques (XX *with ALICE, Les Sisyphes, H2O-NaCl-CaCO3, Héroïnes, Matter*), en passant par des séminaires de recherches (ÉTUDES à la Ménagerie de Verre, au département danse de l'université Paris VIII) et l'organisation d'évènement comme BODYWORKS (festival à Gand), chaque proposition valorise l'hybridation des sources et des savoirs et est au carrefour de plusieurs champs d'exploration et de plusieurs imaginaires.

#### BARBARA NOIRET

Née en 1976, Barbara Noiret a participé à différents projets d'expositions et de résidences dans plusieurs centres d'art contemporain : *Statics* à l'Espace Croisé de Roubaix (2007) sur les liens entre la danse et les arts plastiques, le centre culturel français d'Izmir (2007), le Domaine de Chamarande (2005/ 2006), le Domaine de Kerguéhennec (2000). Concernant d'autres interventions, l'Institut Marcel Rivière, hôpital psychiatrique situé à la

Verrière (78), a mis à sa disposition un pavillon en friche entre 2005 et 2007. Son projet a consisté à travailler dans les différents espaces de l'hôpital et en relation avec les patients et soignants. Dans le cadre de ce projet, elle a obtenu en 2005 l'aide individuelle à la création de la DRAC Ile-de-France. Dans la logique de ses précédents travaux consacrés à l'éphémère, l'exposition issue de sa réflexion autour des différents espaces - le pavillon en friche, les cuisines, le restaurant, le théâtre, le château du début XVIème siècle - a duré une journée et s'est accompagnée d'une édition (revue Semaine n°105). La galerie Frédéric Giroux représente son travail depuis 2004. Elle y a réalisée une exposition personnelle en 2005 et a participé à plusieurs expositions collectives et foires d'art contemporain : FIAC (Paris,) Artbrussels (Bruxelles), Artissima (Turin). ([www.barbara-noiret.com](http://www.barbara-noiret.com)).

**GENEVIÈVE PERNIN**

Geneviève Pernin est interprète depuis 22 ans pour plusieurs compagnies de danse contemporaine (Paul les oiseaux, Florence Girardon, Odile Cazes, Pascaline Richtarch, Odile Duboc...), elle mène depuis 6 ans un travail personnel autour de la notion de l'intime ; le cadre de ses recherches durant les quatre premières années a été l'Hôpital Général de Lons-le-Saunier où elle a proposé aux patients de venir danser dans leur chambre, rien que pour eux. Provoquer la rencontre sur la base d'un dialogue de corps à corps. La danse qu'elle donne à voir est une composition instantanée de mouvements chorégraphiés dans l'instant même. Elle se sert du public pour construire cette danse, comme le peintre de son modèle, cette danse qui n'est créée que pour eux. Il lui est important aussi de proposer de la danse dans des lieux qui ne sont pas faits pour cela, devant des spectateurs qui ne le sont que le temps que dure la danse. Créations personnelles : *Si vous avez 5mn, je viens danser rien que pour vous* en tournée depuis 2003, *J'ose la pose*, un parcours en 2005 et *Sous les couches et les couches de peinture, le pigment de la peau* en 2006.

**LAURE SANTORI**

Laure Santori est aujourd'hui coordonnatrice du Pôle Recherche et Développement au CHU de Nîmes et en charge plus directement de la Direction Communication et des Partenariats. De 2002 à 2007, elle a été directrice de l'Hôpital St Roch, au sein du CHU de Nice, dans l'équipe de Jean-Jacques Romatet, et en lien avec Julie Leuteurtre, médiateur culturel. C'est dans ce cadre qu'elle a pu accompagner la mise en œuvre sur le terrain d'un certain nombre de projets culturels : concert du Nouvel An avec l'Orchestre Philharmonique de la Ville de Nice, atelier d'écriture, et des projets directement menés avec des artistes locaux.

**MARIE-CLAIRE SELLIER**

Marie-Claire Sellier est enseignante de culture générale à l'Ecole Supérieure d'Art et de Design (Esad) d'Amiens après avoir exercé à Grenoble et, plus loin avant, à Reims après un DEA d'Esthétique et sciences de l'art qui portait sur "Les mutations et les interférences entre les arts plastiques et la scénographie dans les années 60". Elle publie des textes dans différentes revues d'art et catalogues. Elle est commissaire d'exposition ("La peau est ce qu'il y a de plus profond..." - Musée de Valenciennes, 2006, "Economie de moyens", "Des certitudes, sans doute..." - La galerie Teinturerie d'Amiens, 2008). Par ailleurs, elle est psychanalyste.

**NIEKE SWENNEN**

Nieke Swennen grandit entre la rigueur des Flandres catholiques et le chaos d'une famille confrontée à la maladie mentale. De cette oscillation entre ordre et désordre, naît chez elle un farouche désir de comprendre l'humain. Contrariée dans son envie de devenir danseuse, elle mène des études universitaires en psychologie clinique. La psychiatrie en milieu institutionnel la place face à des corps abîmés contrastant avec l'humanité des personnes aux prises avec la folie. Ce choc lui impose de travailler avec ces corps meurtris dans les lieux qui les abritent. Loin des dogmes techniques, elle développe sa méthode de travail faite d'intuitions et guidée par les corps. Par ses mises en scène, elle

réaffirme la nécessité de laisser vivre la vulnérabilité de la condition humaine.

**FRANÇOIS VEYRUNES**

Après une maîtrise d'informatique et une passion pour le ski Alpin qui le mène en Equipe de France Universitaire, c'est au CNDC - Centre National de Danse Contemporaine à Angers (1984/85) - puis à New York (1985/86) que François Veyrunes approfondit sa formation de danseur en suivant les enseignements de Mirjam Berns, Trisha Brown, Merce Cunningham, Emmy Devine, Robert Kovitch, Karen Levy, Janet Panetta. Pendant trois ans (1986/1989), il est danseur interprète chez Christiane Blaise, Annie Delichères et Mirjam Berns. Après une première pièce, *Martine, Martine* (1988) il crée à vingt-huit ans son propre groupe, la Compagnie 47/49 François Veyrunes.

**JEAN-FRANÇOIS VIAUD**

Médecin endocrinologue, ancien Chef de clinique assistant des hôpitaux dans le service de Médecine interne et psychosomatique du Professeur Moreau au Centre Abadie à Bordeaux (1996-1999). Travaille depuis sa création en 2001 dans l'Unité des Troubles des Conduites Alimentaires du Centre Jean Abadie fondée par le Docteur Xavier Pommereau, et soigne de nombreuses patientes anorexiques ou boulimiques.

**FRANÇOISE WASSERMAN**

Ethnologue de formation et conservatrice générale du patrimoine, Françoise Wasserman a été présidente de l'association Muséologie Nouvelle et Expérimentation Sociale, elle a piloté de nombreuses recherche en muséologie et publié des ouvrages sur ces thématiques. Elle fut à l'origine de la création de l'écomusée de Fresnes, première structure de ce genre en banlieue parisienne où elle a organisé de nombreuses expositions temporaires sur des thèmes de société et d'anthropologie contemporaine. Elle est aujourd'hui chef du département des publics à la Direction des musées de France.

## BIBLIOGRAPHIE

LES REPRÉSENTATIONS DU CORPS  
DANS L'ART ET LES SOCIÉTÉS

## CORPS ET ART

## DE LA "REPRÉSENTATION DU CORPS" DANS L'ART...

- ARDENNE, Paul, *L'image corps : figures de l'humain dans l'art du XXe siècle*, Paris, Ed. du Regard, 2001.
- ARIS, Alejandro, *Art et médecine*, Paris, Ed. Mengès, 2002.
- BARBILLON, Claire, *Les canons du corps humain au XIXe siècle : l'art et la règle*, Paris, Ed. Odile Jacob, 2004.
- BARBILLON, Claire, *Moi ! Autoportraits du XXe siècle* ; catalogue de l'exposition présentée à Paris, Musée du Luxembourg, du 31 mars au 25 juillet 2004, Milan : Skira. Paris, Musée du Luxembourg, 2004.
- LANEYRIE-DAGEN, Nadeije, *L'invention du corps : la représentation de l'homme du Moyen âge à la fin du XIXe siècle*, Paris, Ed. Flammarion, 2006.
- Sous la dir. de PEARL, Lydie, BAUDRY, Patrick et LACHAUD, Jean-Marc, *Corps, art et société : chimères et utopies*, Paris, Ed. L'Harmattan, 1998.

## ...A LA MISE EN SCÈNE DU "CORPS" COMME OEUVRE D'ART

- BAQUE, Dominique, BARTELIK, Marek, *Orlan : refiguration self-hybridations : série précolombienne*, Paris, Ed. Al Dante, 2001.
- BARON, Denis, *Corps et artifices : de Cronenberg à Zpira*, Paris, Ed. L'Harmattan, 2007.
- CAUX, Jacqueline, *Anna Halprin : à l'origine de la performance* ; exposition, Lyon, au musée d'Art contemporain de Lyon, du 8 mars au 14 mai 2006, Paris, Ed. du Panama, 2006.
- DOBBELS, Daniel, "Danse et arts plastiques : au bord des épreuves", in *Io. Revue internationale de psychanalyse*, Ed. Erès, 1994.
- EBLE, Bruno, *Le miroir sans reflet : considérations autour de l'oeuvre de Bruce Nauman*, Paris, Ed. L'Harmattan, 2001.
- GOLDBERG, RoseLee, *Performances : l'art en action*, Paris, Ed. Thames & Hudson, 1999.
- HEUZE, Stéphanie, *Changer le corps ?*, Paris, Ed. La Musardine, 2000.
- SIBONY, Daniel, *Le corps et sa danse*, Paris, Ed. Seuil, 2005.
- WEBER, Pascale, *Le corps à l'épreuve de l'installation-projection*, Paris, Ed. L'Harmattan, 2003.

## CORPS ET SOCIÉTÉS

- ANDRIEU, Bernard, *Le corps dispersé : une histoire du corps au XXe siècle*, Paris, Ed. L'Harmattan, 1993.
- Sous la direction de CORBIN, Alain, COURTINE, Jean-Jacques, VIGARELLO, Georges, *Histoire du Corps*, 3 tomes, Paris, Ed. du Seuil, 2005.
- Sous la direction de FORTIN, Sylvie, *Danse et santé : du corps intime au corps social*, Québec, Ed. Presse de l'université du Québec, 2008.
- LE BRETON, David, *Anthropologie du corps et modernité*, Paris, Ed. PUF, Coll. Quadrige, 2008.
- LE BRETON, David, *Anthropologie de la douleur*, Paris, Ed. Métailié, 2004.
- LE BRETON, David, *La peau et la trace. Sur les blessures de soi*, Paris, Ed. Métailié, 2003.
- LHERMITTE, Jean, *L'Image de notre corps*, Paris, Ed. L'Harmattan, 1998.
- LORIN, Claude, *Un nouveau regard sur l'anorexie : la danse comme solution possible*, Paris, Ed. L'Harmattan, 2007.
- MAFFESOLI, Michel, *Aux creux des apparences, pour une éthique de l'esthétique*, Paris, Ed. Plon, 1990.
- Sous la direction de MARZANO, Michela, *Dictionnaire du corps*, Paris, Ed. PUF, 2007.
- MARZANO-PARISOLI, Michela, *Penser le corps*, Paris, Ed. Presses universitaires de France, 2002.
- PIETERS, Corinne et DUPONT, Bernard-Marie, *Image, philosophie et médecine. Le corps en regards*, Paris, Ed. Ellipses, 2000.
- PIGEAUD, Jackie, *Poétique du corps, Aux origines de la médecine*, Ed. L'Ane d'Or, Les Belles Lettres, Paris, 2008.
- Le catalogue d'exposition *Signes du Corps - Exposition*, Musée Dapper, Paris, 23 septembre 2004-3 avril 2005 du Musée Dapper, Paris, Ed. Dapper, 2004.

# CONTACTS

---



## CONTACTS NATIONAUX

---

### **Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative**

Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins  
14 avenue Duquesne 75350 Paris 07 SP

**DANIÈLE WOHLGEMUTH**

T. 01 40 56 46 32 / [daniele.wohlgemuth@sante.gouv.fr](mailto:daniele.wohlgemuth@sante.gouv.fr)

### **Ministère de la Culture et de la Communication**

Délégation au développement et aux affaires internationales (DDAI)

Mission pour le développement des publics  
182, rue Saint-Honoré 75033 Paris Cedex 01

**XAVIER COLLAL**

T. 01 40 15 78 11 / [xavier.collal@culture.gouv.fr](mailto:xavier.collal@culture.gouv.fr)

Direction de la musique, de la danse, du théâtre et des spectacles (DMDTS)

57, rue Saint Dominique 75007 Paris Cedex 01

(à partir du 8 Décembre 2008 : 62, rue Beaubourg 75003 PARIS)

**ANNE MINOT**

T. 01 40 15 89 26 / [anne.minot@culture.gouv.fr](mailto:anne.minot@culture.gouv.fr)

**EMMA BOCKOR**

T. 01 40 15 88 29 / [emma.bockor@culture.gouv.fr](mailto:emma.bockor@culture.gouv.fr)

Direction des musées de France (DMF)

6, rue des Pyramides 75041 Paris Cedex 01

**DIDIER GORCE**

T. 01 40 15 35 81 / [didier.gorce@culture.gouv.fr](mailto:didier.gorce@culture.gouv.fr)

Direction des Arts plastiques (DAP)

3, rue de Valois 75033 Paris Cedex 01

**MICHÈLE VILLEGER**

T. 01 40 15 75 17 / [michele.villeger@culture.gouv.fr](mailto:michele.villeger@culture.gouv.fr)

### **Kyrnéa international**

80, rue du Faubourg Saint-Denis 75010 Paris

T. 01 47 70 71 71 / [contact@kyrnea.com](mailto:contact@kyrnea.com)

## CONTACTS RESPONSABLES DE LA CULTURE A L'HOPITAL DANS LES ARH

### ARH d'Alsace

Mme Dominique THIRION  
22 rue de l'Université  
BP 90 119  
67003 STRASBOURG Cedex  
03 90 22 98 22  
dominique.thirion@sante.gouv.fr

### ARH d'Aquitaine

Mme Anne-marie de BELLEVILLE  
103 bis, rue de Belleville  
B.P 905  
33061 BORDEAUX Cedex  
05 57 01 69 70  
anne-marie.de-belleville@arh-aquitaine.fr

### ARH d'Auvergne

Mme Carine CORNILLON  
Centre Beaulieu  
21, boulevard Berthelot  
63407 CHAMALIERES CEDEX  
04 73 31 94 94  
carine.cornillon@sante.gouv.fr

### ARH de Bourgogne

Mr Bruno FRANCOIS  
Hôtel Bouchu d'Esterno  
1rue Monge  
21000 DIJON  
06 287 00 287 / 03 80 50 86 07  
bruno.francois@sante.gouv.fr

### ARH de Bretagne

M. Pierre BERTRAND  
7 boulevard Solférino  
CS 61201 -35012 RENNES Cedex  
02 99 78 59 40  
p.bertrand@arh-bretagne.fr

### ARH du Centre

Mr Jean Marie SICARD  
31 avenue de Paris  
BP 1429  
45004 ORLEANS Cedex 1  
02 38 81 20 33  
jean-marie.SICARD@sante.gouv.fr

### ARH de Champagne-Ardennes

Mme Mylène MARTHELY  
Parc Tersièrre du Mont Bernard  
4, rue Dom Pérignon - BP 43  
51006 CHALONS EN CHAMPAGNE Cedex  
03 26 21 81 62  
mylene.marthely@sante.gouv.fr

### ARH de Corse

Mme Marie-Pia ANDREANI  
19 avenue de l'Impératrice Eugénie  
BP 108  
20000 AJACCIO  
04 95 51 61 98  
marie-pia.andreani@sante.gouv.fr

### ARH de Franche-Comté

Mme Claire GENETY  
3 avenue Louise Michel - bâtiment la city  
25041 BESANCON Cedex  
03 81 61 40 50  
c.genety@arh-fc.gouv.fr

### ARH de Guadeloupe

Mme Nicole BROQUIN  
Immeuble SEMAG  
Grand camp  
97142 Les Abymes  
05 90 21 55 93  
nicole.BROQUIN@sante.gouv.fr

### ARH de Guyane

Mme Edmée PANELLE  
16 rue Schoelcher  
B.P 696  
97336 CAYENNE CEDEX  
05 94 25 49 89  
Edmee.PANELLE@sante.gouv.fr

### ARH d'Ile de France

Mme Judith HUSSON  
21/23 rue des Ardennes  
75019 PARIS  
01 40 05 22 27  
judith.husson@sante.gouv.fr

### ARH de Languedoc-Roussillon

Mme Nathalie RAYNAL  
1350, avenue Albert Einstein  
Immeuble Le Phénix - Parc du Millénaire  
34000 MONTPELLIER  
04 67 99 86 40  
nathalie.raynal@arh-languedocroussillon.fr

### ARH du Limousin

Mme Martine LEVEQUE  
4, avenue de la Révolution  
87000 LIMOGES  
05 55 31 96 73  
mleveque.arhlimousin@wanadoo.fr

### ARH de Lorraine

Mme Béatrice MAGI  
Immeuble "Les Thiers"  
B.P 382 4 rue Ripoux  
54007 NANCY Cedex  
03 83 36 86 64  
beatrice.magi@sante.gouv.fr

### ARH de Martinique

Mme Jeanne-Marie GERCE  
Village de Rivière  
Rue Pietonne - B.P 690  
97264 FORT DE FRANCE Cedex  
05 96 42 77 55  
ARH972-SECRETARIAT-DIRECTION@sante.gouv.fr

### ARH de Midi-Pyrénées

Mme Valérie HANNON  
14, Place Saint-Etienne  
BP 41524  
31015 TOULOUSE Cedex 06  
05 62 26 86 40  
valerie.hannon@arhmip.fr

### ARH de Nord-Pas-de-Calais

Mr Nicolas BRULÉ  
2, rue de Tenremonde  
59800 LILLE Cedex  
03 20 06 70 39  
nicolas.brule@arh5962.fr

### ARH de Basse-Normandie

Mme Isabelle AUBE  
Espace Claude Monet - 2 place Jean Nouzille  
14053 CAEN Cedex 4  
02 31 53 17 90  
i.aube@sih-bessin.fr

### ARH de Haute-Normandie

Mr Jean-Louis MIGLIERINA  
38 bis, rue Verte  
76000 ROUEN  
02 32 76 11 03  
jean-louis.miglierina@sante.gouv.fr

### ARH des Pays de Loire

Maritxu MOLLARD-BLANZACO  
11, rue Lafayette  
44000 NANTES  
02 40 20 64 10  
maritxu.mollard-blanzaco@arh44.sante.gouv.fr

### ARH de Picardie

Mme Laurence VANDENDRIESSCHE  
6, rue des Hautes Cornes  
80000 AMIENS  
03 22 22 33 36  
l.vandendriessche@arhpicardie.net

### ARH de Poitou-Charentes

...  
Téléport 4 - Asterama 2 - B.P 90203  
86962 Futuroscope CHASSENEUIL Cedex  
05 49 49 61 84  
arh-poitou-charentes@sante.gouv.fr

### ARH de Provence-Alpes-Côte d'Azur

M. Jean Clause HUSSON  
141, avenue du Prado  
13008 MARSEILLE  
04 91 29 92 53  
jchusson@arh-paca.com

### ARH de Rhône-Alpes

Mme Carine DELANOE-VIEUX  
95 boulevard Pinel  
69677 BRON  
04 37 91 55 71  
hi.culture@ch-le-vinatier.fr

### ARH de Réunion

Mme Suzanne COSIALS  
139 rue Jean Chotel  
BP 2030  
97488 SAINT DENIS Cedex  
02 62 97 93 60  
suzanne.cosials@sante.gouv.fr

*La liste des ARH est à consulter sur le site du Ministère de la Santé et des Solidarités.*



## CONTACTS LISTE DES DRAC ET DES CORRESPONDANTS "CULTURE À HÔPITAL"

### ALSACE

Palais du Rhin  
2, place de la République  
67082 Strasbourg Cedex  
T. : 03 88 15 57 00 - F. : 03 88 75 60 95  
Site Internet : [www.alsace.culture.gouv.fr](http://www.alsace.culture.gouv.fr)

Astrid KUHN  
[astrid.kuhn@culture.gouv.fr](mailto:astrid.kuhn@culture.gouv.fr)  
T. : 03 88 15 57 70

### AQUITAINE

54, rue Magendie  
3074 Bordeaux Cedex  
T. : 05 57 95 02 02 - F. : 05 57 95 01 25

Michel BONNAMY  
[michel.bonnamy@culture.gouv.fr](mailto:michel.bonnamy@culture.gouv.fr)  
T. : 05 57 95 01 79

### AUVERGNE

Hôtel de Chazerat  
4, rue Pascal - BP 378  
63010 Clermont-Ferrand Cedex 1  
T. : 04 73 41 27 00 - F. : 04 73 41 27 69  
Site Internet : [www.culture.fr/auvergne/drac-auvergne.htm](http://www.culture.fr/auvergne/drac-auvergne.htm)

*En attente de nomination*

### BOURGOGNE

Hôtel Chartraire de Montigny  
39/41, rue Vannerie  
21000 Dijon  
T. : 03 80 68 50 50 - F. : 03 80 68 50 99  
Site Internet : [www.culture.gouv.fr/bourgogne/](http://www.culture.gouv.fr/bourgogne/)

Christine DIFFEMBACH  
[christine.diffembach@culture.gouv.fr](mailto:christine.diffembach@culture.gouv.fr)  
T. : 03 80 68 50 63

### BRETAGNE

Hôtel de Blossac  
6, rue du Chapitre - CS 24405  
35044 Rennes Cedex  
T. : 02 99 29 67 67 - F. : 02 99 29 67 99  
Site Internet : [www.culture.gouv.fr/bretagne/](http://www.culture.gouv.fr/bretagne/)

Annie ELIOT  
[annie.eliot@culture.gouv.fr](mailto:annie.eliot@culture.gouv.fr)  
T. : 02 99 29 67 67

### CENTRE

6 rue de la Manufacture  
45043 Orléans Cedex 1  
T. : 02 38 78 85 00 - F. : 02 38 78 85 99  
Site Internet : [www.draccentre.culture.gouv.fr](http://www.draccentre.culture.gouv.fr)

Elisabeth DELAHAYE  
[elisabeth.delahaye@culture.gouv.fr](mailto:elisabeth.delahaye@culture.gouv.fr)  
tel: 02 38 78 85 04

### CHAMPAGNE ARDENNE

3, rue du Faubourg Saint-Antoine  
51037 Châlons-en-Champagne Cedex  
T. : 03 26 70 36 50 - F. : 03 26 70 43 71  
Site internet : [www.culture.gouv.fr/champagne-ardenne](http://www.culture.gouv.fr/champagne-ardenne)

Dominique BONY  
[dominique.bony@culture.gouv.fr](mailto:dominique.bony@culture.gouv.fr)  
tel: 03 26 70 36 65

### CORSE

19, Cours Napoléon - BP 301  
20181 Ajaccio cedex 1  
T. : 04 95 51 52 15 - F. : 04 95 21 20 69  
Site Internet : [www.corse.culture.gouv.fr](http://www.corse.culture.gouv.fr)

Valérie PAOLI  
[valerie.paoli@culture.gouv.fr](mailto:valerie.paoli@culture.gouv.fr)  
T. : 04 95 51 52 15

### FRANCHE COMTE

7 rue Charles Nodier  
25043 Besançon cedex  
T. : 03 81 65 72 00 - F. : 03 81 65 72 72  
Site Internet : [www.franche-comte.culture.gouv.fr](http://www.franche-comte.culture.gouv.fr)

Philippe LABLANCHE  
[philippe.lablanche@culture.gouv.fr](mailto:philippe.lablanche@culture.gouv.fr)  
T. : 03 81 65 72 78

### GUADELOUPE

22, rue Perrinon  
97100 Basse-Terre Cedex  
T. : 05 90 41 14 80 - F. : 05 90 41 14 60

Marie BEAUPRE  
[marie.beaupre@culture.gouv.fr](mailto:marie.beaupre@culture.gouv.fr)  
T. : 05 90 41 14 59

### GUYANE

95, avenue du Général de Gaulle - BP 11  
97321 Cayenne cedex  
T. : 05 94 25 54 00 - F. : 05 94 25 54 10  
internet : [www.guyane.culture.gouv.fr](http://www.guyane.culture.gouv.fr)

Fabrice DELAROA  
[fabrice.delaroa@culture.gouv.fr](mailto:fabrice.delaroa@culture.gouv.fr)  
T. : 05 94 25 54 13

### ILE DE FRANCE

98, rue de Charonne  
75011 Paris  
T. : 01 56 06 50 00 - F. : 01 56 06 52 48  
Site Internet : [www.culture.fr/culture/regions/dracs/idf/](http://www.culture.fr/culture/regions/dracs/idf/)

Emmanuelle SCHWEIG  
[emmanuelle.schweig@culture.gouv.fr](mailto:emmanuelle.schweig@culture.gouv.fr)  
T. : 01 56 06 51 01

## CONTACTS

### LISTE DES DRAC ET DES CORRESPONDANTS "CULTURE À HÔPITAL"

#### LANGUEDOC ROUSSILLON

Hôtel de Grave  
5, rue Salle-l'Evêque  
34967 Montpellier Cedex 02  
T. : 04 67 02 32 00 - F. : 04 67 02 32 04  
Site internet : [www.culture.gouv.fr/l-r](http://www.culture.gouv.fr/l-r)

Jean-Pierre BESOMBES-VAILHE  
[jean-pierre.besombes-vailhe@culture.gouv.fr](mailto:jean-pierre.besombes-vailhe@culture.gouv.fr)  
T. : 04 67 02 32 55

#### LIMOUSIN

6, rue Haute de la Comédie  
87036 Limoges Cedex  
T. : 05 55 45 66 00 - F. : 05 55 45 66 01

Marie-Hélène VIRONDEAU  
[marie-helene.virondeau@culture.gouv.dre](mailto:marie-helene.virondeau@culture.gouv.dre)  
T. : 05 55 45 66 67

#### LORRAINE

6, place de Chambre  
57045 Metz Cedex 1  
T. : 03 87 56 41 00 - F. : 03 87 75 28 28  
Site Internet :  
[www.culture.gouv.fr/dracs/lorraine/drac\\_gen.htm](http://www.culture.gouv.fr/dracs/lorraine/drac_gen.htm)

Sylvie OGNIER  
[sylvie.ognier@culture.gouv.fr](mailto:sylvie.ognier@culture.gouv.fr)  
T. : 03 87 56 41 41

#### MARTINIQUE

54 Rue Professeur Raymond Garcin  
97200 Fort de France  
T. : 05 96 60 05 36 - F. : 05 96 64 27 84

Dominique DAESCHLER  
[dominique.daeschler@culture.gouv.fr](mailto:dominique.daeschler@culture.gouv.fr)  
T. : 05 96 60 87 58

#### MIDI PYRENEES

32 rue de la Dalbade - BP 811  
31080 Toulouse Cedex 6  
T. : 05 67 73 20 27 - F. : 05 61 23 12 71

Pascal ANDURAND  
[pascal.andurand@culture.gouv.fr](mailto:pascal.andurand@culture.gouv.fr)  
T. : 05 67 73 20 38

#### NORD PAS DE CALAIS

Hôtel Scrive  
3, rue du Lombard  
59041 Lille Cedex  
T. : 03 20 06 87 58 - F. : 03 28 36 62 23

Odile CHOPIN  
[odile.chopin@culture.gouv.fr](mailto:odile.chopin@culture.gouv.fr)  
T. : 03 28 36 61 92

Eric LE MOAL  
[eric.le-moal@culture.gouv.fr](mailto:eric.le-moal@culture.gouv.fr)  
T. : 03 28 36 61 93

#### BASSE-NORMANDIE

13 bis rue Saint Ouen  
14052 Caen Cedex 04  
T. : 02 31 38 39 40 - F. : 02 31 23 84 65

Catherine REFLE  
[catherine.refle@culture.gouv.fr](mailto:catherine.refle@culture.gouv.fr)  
T. : 02 31 38 39 67

#### HAUTE NORMANDIE

Cité administrative  
2, rue Saint-Sever  
76032 Rouen Cedex  
T. : 02 35 63 61 60 - F. : 02 35 72 84 60  
Site Internet : [www.haute-normandie.culture.gouv.fr](http://www.haute-normandie.culture.gouv.fr)

Elizabeth LADRAT  
[elizabeth.ladrat@culture.gouv.fr](mailto:elizabeth.ladrat@culture.gouv.fr)  
T. : 02 35 63 77 51

Paul GERNIGON  
[paul.gernigon@culture.gouv.fr](mailto:paul.gernigon@culture.gouv.fr)  
T. : 02 35 63 77 56

#### PAYS DE LA LOIRE

1, rue Stanislas Baudry - BP 63518  
44035 Nantes Cedex 1  
T. : 02 40 14 23 00 - F. : 02 40 14 23 01  
Site internet : [www.culture.gouv.fr/pays-de-la-loire](http://www.culture.gouv.fr/pays-de-la-loire)

*En attente de nomination*

#### PICARDIE

5, rue Henri Daussy  
80044 Amiens Cedex 1  
T. : 03 22 97 33 00 - F. : 03 22 97 33 56  
Site internet : [www.culture.gouv.fr/picardie](http://www.culture.gouv.fr/picardie)

Christine DOGNY  
[christine.dogny@culture.gouv.fr](mailto:christine.dogny@culture.gouv.fr)  
T. : 03 22 97 33 75

#### POITOU CHARENTES

Hôtel de Rochefort  
102, Grand'Rue - BP 553  
86020 Poitiers  
T. : 05 49 36 30 30 - télécopie : 05 49 88 32 02  
Site internet : <http://www.poitou-charentes.culture.gouv.fr>

Anne-Marie BROCHARD  
[anne-marie.brochard@culture.gouv.fr](mailto:anne-marie.brochard@culture.gouv.fr)  
T. : 05 49 36 30 01

#### PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR

23, boulevard du Roi René  
13617 Aix-en-Provence Cedex 1  
T. : 04 42 16 19 00 - F. : 04 42 38 03 22  
Site internet : [www.culture.gouv.fr/culture/paca/](http://www.culture.gouv.fr/culture/paca/)

Patricia VALUE-LYNCH  
[patricia.value-lynch@culture.gouv.fr](mailto:patricia.value-lynch@culture.gouv.fr)  
T. : 04 42 16 14 06

#### REUNION

23, rue Labourdonnais - BP 224  
97464 Saint-Denis Cedex  
T. : 02 62 21 91 71 - F. : 02 62 41 61 93

Guilene TACOUN  
[guilene.tacoun@culture.gouv.fr](mailto:guilene.tacoun@culture.gouv.fr)  
T. : 0 262 21 91 47

#### RHONE-ALPES

Le Grenier d'abondance  
6, quai Saint-Vincent  
69283 Lyon Cedex 01  
T. : 04 72 00 44 00 - F. : 04 72 00 43 30  
Site Internet : [www.culture.gouv.fr/rhone-alpes](http://www.culture.gouv.fr/rhone-alpes)

Benoit GUILLEMONT  
[benoit.guillemont@culture.gouv.fr](mailto:benoit.guillemont@culture.gouv.fr)  
T. : 04 72 00 44 81

*Vous pouvez consulter les organigrammes nominatifs des DRAC sur le site du Ministère de la Culture et de la Communication*  
[www.culture.gouv.fr/culture/regions/drac-liste.htm](http://www.culture.gouv.fr/culture/regions/drac-liste.htm)

# ANNEXES

---



## CIRCULAIRE N°DHOS/P2/2004/236 DU 24 MAI 2004

### MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE

Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

Sous-direction des professions Paramédicales et des personnels hospitaliers

Bureau des professions paramédicales, des statuts et des personnels hospitaliers (P2)

Personne chargée du dossier : Lineda Chertioua / Tel : 01.40.56.43.88 / lineda.chertioua@sante.gouv.fr

### LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE

à

Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (pour information)

Mesdames et Messieurs les préfets de région

Directions régionales des affaires sanitaires et sociales (pour mise en oeuvre)

Mesdames et Messieurs les préfets de département

Directions départementales des affaires sanitaires et sociales (pour mise en oeuvre)

Mesdames et Messieurs les directeurs de la santé et du développement social (pour mise en oeuvre)

**CIRCULAIRE N°DHOS/P2/2004/236 du 24 mai 2004 relative à la mise en oeuvre du décret (n° 2003-1270 du 23 décembre 2003) portant modification de dispositions statutaires relatives au corps des adjoints techniques et modifiant le décret( n° 91-868 du 5 septembre 1991) portant statuts particuliers des personnels techniques de la fonction publique hospitalière**

Date d'application : immédiate

NOR : SANH0430354C (texte non paru au journal officiel)

Grille de classement : SP 3 335

### Résumé :

Les adjoints techniques hospitaliers deviennent les techniciens supérieurs hospitaliers ;

La liste des spécialités est élargie ;

Le recrutement est exclusivement au niveau Bac + 2 ;

Le corps des techniciens supérieurs hospitaliers est classé en C.I.I ;

### Textes de référence :

Décret n° 91-868 du 5 septembre 1991 modifié portant statuts particuliers des personnels techniques de la fonction hospitalière modifié,

Décret n° 91-869 du 5 septembre 1991 relatif au classement indiciaire des personnels techniques de la fonction publique hospitalière modifié,

Arrêté du 5 septembre 1991 relatif à l'échelonnement indiciaire des personnels techniques de la fonction publique hospitalière modifié,

Arrêté du 23 décembre 2003 abrogeant l'arrêté du 10 juin 1992 fixant la liste des titres ou diplômes exigés pour le recrutement par voie de concours sur titres d'adjoints techniques,

Arrêté du 23 décembre 2003 fixant la composition du jury et les modalités d'organisation du concours interne, du concours réservé et de l'examen professionnel permettant l'accès au corps des techniciens supérieurs hospitaliers et modifiant l'arrêté du 17 mars 1995 fixant la composition du concours sur épreuves et de l'examen professionnel permettant l'accès au corps des adjoints techniques hospitaliers,

Arrêté du 23 décembre 2003 modifiant l'arrêté du 17 mars 1995 fixant la composition du jury et les modalités d'organisation du concours sur titres permettant l'accès au corps des adjoints techniques hospitaliers,

Décret n° 2003-1355 du 30 décembre 2003 modifiant le décret n° 91-871 du 5 septembre relatif à l'attribution d'une indemnité forfaitaire technique aux adjoints techniques de la fonction hospitalière.

Textes abrogés ou modifiés : néant

CIRCULAIRE N°DHOS/P2/2004/236 DU 24 MAI 2004

Les décrets et arrêtés du 23 décembre 2003 modifient les dispositions statutaires relatives au corps des techniciens supérieurs hospitaliers et le classent désormais en Classement Indiciaire Intermédiaire (IB 322-638). Le décret n° 2003-1355 du 30 décembre 2003 concerne, quant à lui, le montant de l'indemnité forfaitaire technique dont le plafond est rehaussé.

Afin de faciliter leur mise en oeuvre, la présente circulaire a pour objet de commenter ces dispositions et notamment les points importants suivants :

- 1/ Les spécialités dans lesquelles peuvent être ouverts les concours d'accès au corps des techniciens supérieurs,
- 2/ Les 3 modalités d'accès à ce corps,
- 3/ La revalorisation des grilles de rémunération,
- 4/ La modernisation du régime indemnitaire,
- 5/ Dispositions diverses

**1. La liste des spécialités au titre desquelles les 3 concours peuvent être ouverts a été élargie**

L'élargissement de la gamme des activités à de nouvelles fonctions et qualifications permet de proposer une évolution de carrière diversifiée pour certains personnels hospitaliers et de prendre en compte les activités hospitalières qui se sont développées ces dernières années.

L'article 10 du décret n° 91-868 précité liste les domaines dans lesquels les techniciens supérieurs peuvent désormais exercer leurs fonctions ; A cet égard, il importe d'apporter les commentaires suivants :

**1-1** Pour certains domaines ou branches, il convient d'énumérer les principales options dans lesquelles peuvent être ouverts les concours de recrutement dans le corps des techniciens supérieurs :

OPTIONS POUR LES SPÉCIALITÉS RELEVANT DU DOMAINE DE LA GESTION TECHNIQUE :

- bâtiment, construction et aménagement du bâtiment,
- travaux publics,
- Voirie, Réseaux Divers,
- gestion thermique et climatique
- fluides,
- courants faibles
- électronique,
- électrotechnique, génie électrique,
- mécanique et automatismes industriels,
- équipement technique, maîtrise de l'énergie,
- maintenance des véhicules,
- maintenance électronique,

OPTIONS POUR LES SPÉCIALITÉS DU DOMAINE DE LA GESTION LOGISTIQUE :

- hôtellerie,
- restauration,
- blanchisserie,
- transport,
- logistique d'approvisionnement,
- espaces verts.

OPTIONS POUR LES SPÉCIALITÉS DU DOMAINE DE L'HYGIÈNE, SÉCURITÉ ET ENVIRONNEMENT, PRÉVENTION ET GESTION DES RISQUES :

- traitement de l'eau,
- sécurité (le technicien supérieur sera chargé d'activités relatives à la prévention et à la sécurité des personnes et des biens, la lutte contre l'incendie, la protection du patrimoine, des lieux, des équipements et installations),
- traitement des déchets,
- hygiène, propreté, environnement,
- prévention et gestion des risques.

OPTIONS POUR LES SPÉCIALITÉS DU DOMAINE DE L'INFORMATIQUE, DES TÉLÉCOMMUNICATIONS ET DES SYSTÈMES D'INFORMATION :

- études et développement informatique,
- production et exploitation informatique,
- réseaux et télécommunications,
- conception et réalisation des systèmes d'information,
- conception de sites et administration de serveurs Web.

OPTIONS POUR LES SPÉCIALITÉS DU DOMAINE DES TECHNIQUES D'ORGANISATION :

- étude et économie de la construction (organisation et suivi économique des chantiers),
- études et audits internes (appui technique au management, méthodes d'analyse, d'organisation et d'évaluation, audit informatique, audit social,&.).

OPTIONS POUR LES SPÉCIALITÉS DU DOMAINE DES TECHNIQUES DE LA COMMUNICATION ET DES ACTIVITÉS ARTISTIQUES :

- communication graphique,
- produits d'information et mise à disposition de ressources (il s'agit en l'occurrence, pour le technicien supérieur d'apporter ses compétences pour réaliser et diffuser des produits d'information et des catalogues de ressources auprès des professionnels et du public),
- traitement de l'image, photographie,
- audiovisuel (matériels de montage image et son, matériels et supports de son, exploitation des équipements audiovisuels),
- communication visuelle (par exemple à l'occasion du développement de chaînes de télévision internes),
- techniques des activités artistiques (appui technique à la mise en place d'activités culturelles et artistiques en milieu hospitalier, à destination des publics reçus dans les établissements visés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986)

## CIRCULAIRE N°DHOS/P2/2004/236 DU 24 MAI 2004

**1-2** Pour d'autres domaines, leur libellé suffit à ouvrir un concours et il n'est pas nécessaire d'indiquer d'options particulières. Il s'agit, en l'occurrence, des spécialités suivantes :

- techniques biomédicales,
- dessin,
- qualité et accréditation : apport de compétences techniques et managériales pour accompagner la mise en place d'une démarche qualité et le processus d'accréditation (plan d'actions, enjeux, exigences internes et externes, identification des outils et méthodes d'évaluation spécifiques).

Il convient de préciser que des combinaisons logiques d'options sont possibles (ex : transport et logistique ; espaces verts et V.R.D ou travaux et V.R.D&). En effet, l'évolution des titres et diplômes délivrés par le ministre chargé de l'Education Nationale et de l'Enseignement Supérieur induit parfois des questionnements portant sur la compatibilité des titres possédés par le candidat avec la nature des options retenues. Il convient alors, dans la mesure où ces derniers ne seraient pas suffisamment explicites, de recueillir des informations complémentaires sur le contenu du programme enseigné avant de confirmer ou d'infirmier la validité des candidatures considérées.

Les domaines ou branches peuvent comporter d'autres options définies par l'établissement concerné dans la mesure où elles répondent aux besoins spécifiques hospitaliers et que les titres ou diplômes exigés correspondants sont conformes aux dispositions de l'article 10 du décret n° 91-868 du 5 septembre 1991 modifié.

## **2. Accès au corps des techniciens supérieurs de la fonction publique hospitalière :**

Les nouvelles dispositions prévoient désormais 3 types de concours permettant l'accès au corps des techniciens supérieurs : le concours externe sur titres, le concours interne et le concours réservé (sur épreuves).

Je vous rappelle les dispositions de l'article 19-I du décret n° 91-868 modifié qui fixent les modalités d'organisation du concours de techniciens supérieurs qu'il convient d'articuler avec les dispositions de l'article 19 VII du même décret. C'est ainsi que dès lors qu'un seul poste est à pourvoir, l'établissement organisateur détermine le mode de recrutement (externe, interne, concours réservé).

Au-delà, les postes doivent être répartis par référence à un pourcentage. Ceci conduira nécessairement à des nombres qui ne sont pas entiers. Dans ce cas, l'application systématique d'une règle d'arrondis n'est pas envisageable dans la mesure où il convient de garantir un équilibre entre les concours externes et internes. C'est ainsi que, quelles que soient les fractions restantes lors de la répartition des postes, 40 % au moins d'entre eux devront être ouverts au concours interne.

La 3<sup>ème</sup> voie de recrutement (concours réservé) qui n'est pas subordonnée à la possession d'un des titres et diplômes visés à l'article 12-1° /a) du décret n° 91-868 du 5 septembre 1991 modifié, correspond à l'application de l'article 29-3° de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée par la loi du 3 janvier 2001 qui conduit à ajouter un nouveau mode de recrutement des techniciens supérieurs. Il s'agit d'un mode de recrutement supplémentaire réservé aux candidats justifiant de l'exercice pendant une durée de 4 ans au moins d'une ou plusieurs activités qui doivent correspondre à l'un des domaines ou branches énumérés à l'article 10 du décret du 5 septembre 1991 précité.

Pour le concours réservé, il convient de souligner deux points :  
**1/** L'article 2 du décret modificatif (n° 2003-1270 du 23 décembre 2003) prévoit des dispositions transitoires permettant un recrutement plus important par la voie du concours réservé lors des 3 premiers concours organisés à compter de la date de publication de ce décret modificatif. Cette disposition est destinée à faciliter l'accès à la fonction publique hospitalière de bénéficiaires d'un contrat dit "contrat emploi jeune", conclu en application de la loi n° 97-940 du 16 octobre 1997 relative au développement d'activités pour l'emploi des jeunes.

**2/** Un décret à paraître portant modification du décret n° 98-392 du 20 mai 1998 fixant les dispositions statutaires communes applicables aux corps de fonctionnaires de la catégorie B de la fonction publique hospitalière, définira les modalités de reprise d'ancienneté applicables aux lauréats issus du concours réservé justifiant de l'exercice pendant une durée de quatre ans au moins d'une ou plusieurs activités professionnelles, d'un ou plusieurs mandats de membre d'une assemblée élue d'une collectivité territoriale ou d'une ou plusieurs activités accomplies en qualité de responsable d'une association.

Le statut particulier des techniciens supérieurs élargit la gamme des activités qui permettent de mieux répondre aux besoins des établissements publics de santé. La prise

## CIRCULAIRE N°DHOS/P2/2004/236 DU 24 MAI 2004

en compte de ces évolutions et les nouveaux métiers pouvant être exercés permettent d'ouvrir des perspectives de carrière aux personnels relevant des filières technique, ouvrière et administrative. C'est ainsi que désormais les adjoints des cadres et secrétaires médicaux auront également accès à ce corps sur la base d'une liste d'aptitude après leur réussite à un examen professionnel (article 12-2°/a) du décret n° 91-868 du 5 septembre 1991 modifié.

Par ailleurs, il convient de préciser les dispositions concernant le concours interne pour lequel, l'article 3 du décret 2003-1270 du 23 décembre 2003 modifie le décret du 5 septembre 1991 précité. Cet article prévoit que 50 % des postes mis au concours interne doivent être réservés aux agents chefs et dessinateurs justifiant de 4 ans de services effectifs. Pour la mise en oeuvre de ce concours, c'est l'arrêté du 29 octobre 2001 fixant des dispositions dérogatoires qui s'applique pour le recrutement de ces agents dans le corps des techniciens supérieurs. Néanmoins, dès lors qu'aucun agent -chef ni dessinateur remplissant les conditions ne se présente à ce concours, les postes considérés peuvent être offerts au concours interne qui sera alors organisé conformément aux dispositions de l'arrêté du 17 mars 1995 modifié cité en référence.

### 3. revalorisation indiciaire

Le classement du corps des techniciens supérieurs dans le C.I.I. concerne l'ensemble des personnes titulaires et stagiaires appartenant au corps des adjoints techniques. La revalorisation indiciaire sera réalisée dans la nouvelle grille indiciaire, à échelon égal avec maintien de l'ancienneté acquise. Cette revalorisation sera appliquée à l'ensemble des personnels concernés à la date de publication du décret et arrêté indiciaires modificatifs.

### 4. modernisation du régime indemnitaire des techniciens supérieurs

Dans le cadre du protocole signé le 14 mars 2001 (filiales professionnelles de la F.P.H), il était prévu de réaliser un bilan du régime indemnitaire spécifique applicable aux adjoints techniques afin d'envisager sa modernisation. Ce régime indemnitaire avait prévu une indemnité forfaitaire technique d'un taux plafond de 30 % du traitement brut mensuel du bénéficiaire.

Désormais pour les techniciens supérieurs, le décret n° 2003-1355 du 30 décembre 2003 porte le taux plafond

de l'indemnité forfaitaire technique (I.F.T) à 40 % du traitement budgétaire brut mensuel indiciaire du bénéficiaire. Cette disposition permet de préciser que cette indemnité est calculée sur le seul traitement brut indiciaire avant retenues pour pensions et sécurité sociale, à l'exclusion de toute prime, indemnité et N.B.I.

Le montant mensuel de l' I.F.T est arrêté par l'autorité investie du pouvoir de nomination en fonction de la valeur professionnelle de l'agent. Il s'agit là d'un critère objectif qui prend en compte les éléments d'appréciation et de notation de l'agent concerné. En outre, en application du code de la santé publique, il est rappelé que le comité technique d'établissement ( C.T.E) doit être consulté sur les critères de répartition de certaines primes et indemnités : à ce titre, l'article R 714-18-1 indique que le C.T.E est consulté sur les critères de répartition de la prime forfaitaire technique.

### 5. dispositions diverses

Désormais, s'agissant de l'avancement de grade, le quota affecté au grade de technicien supérieur principal est porté à 30 % au lieu de 25. Ainsi, un nombre plus important de techniciens supérieurs remplissant les conditions requises pourra accéder au grade de technicien supérieur chef auquel aucun quota n'est affecté.

Enfin, Il importe de rappeler que la computation départementale permettant la nomination de techniciens supérieurs au choix, conformément aux dispositions de l'article 12-2°, tient compte de l'ensemble des titularisations intervenues et ce, quel que soit le mode de recrutement prévu à l'article 12.

\*\*\*\*\*

Je vous remercie d'adresser sans délai la présente circulaire à l'ensemble des directeurs des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 et vous remercie de communiquer à mes services toute difficulté qui pourrait être rencontrée dans la mise en oeuvre de ces mesures (Sous-Direction des professions paramédicales et des personnels hospitaliers -bureau P2).

\*\*\*\*\*

POUR LE MINISTRE ET PAR DÉLÉGATION  
LE DIRECTEUR DE L'HOSPITALISATION  
ET DE L'ORGANISATION DES SOINS

EDOUARD COUTY



**DÉCRET N° 2003-1270 DU 23 DÉCEMBRE 2003 PORTANT MODIFICATION DE DISPOSITIONS STATUTAIRES RELATIVES AU CORPS DES ADJOINTS TECHNIQUES ET MODIFIANT LE DÉCRET N° 91-868 DU 5 SEPTEMBRE 1991 PORTANT STATUTS PARTICULIERS DES PERSONNELS TECHNIQUES DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE**

**NOR: SANH0324678D**

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées,

Vu la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires ;

Vu la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;

Vu le décret n° 91-868 du 5 septembre 1991 modifié portant statuts particuliers des personnels techniques de la fonction publique hospitalière ;

Vu le décret n° 93-101 du 19 janvier 1993 modifié relatif à l'accès des ressortissants des autres Etats membres de la Communauté européenne ou d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen à certains corps de la fonction publique hospitalière ;

Vu le décret n° 94-616 du 21 juillet 1994 relatif à l'assimilation, pour l'accès aux concours ou examens de la fonction publique hospitalière, de titres ou diplômes délivrés dans d'autres Etats membres de la Communauté européenne ou dans un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ;

Vu le décret n° 2002-616 du 26 avril 2002 pris en application des articles L. 335-6 du code de l'éducation et L. 900-1 du code du travail relatif au répertoire national des certifications professionnelles ;

Vu l'avis du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière en date du 7 octobre 2003 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

**ARTICLE 1**

Le décret du 5 septembre 1991 susvisé est ainsi modifié :

**I. - Les articles 10 et 11 sont remplacés par les dispositions suivantes :**

“Art. 10. - Les techniciens supérieurs participent sous l'autorité du chef d'établissement ou, le cas échéant, de l'ingénieur auprès duquel ils sont affectés à la préparation et au contrôle de l'exécution des opérations techniques ou scientifiques.

“Ils collaborent à l'élaboration des projets de travaux neufs et d'entretien, peuvent être investis de la gestion technique d'une partie de service et chargés du fonctionnement, de l'entretien, de la maintenance et du contrôle de certains matériels de haute technicité.

“Ils exercent leurs fonctions, selon leur spécialité, dans les domaines de la gestion technique et de la logistique, des techniques biomédicales, du dessin, de l'hygiène, de la sécurité et de l'environnement, de la prévention et de la gestion des risques, de la qualité et de l'accréditation, de l'informatique, des télécommunications et des systèmes d'information, des techniques d'organisation, des techniques de la communication et des activités artistiques ainsi que dans

tout autre domaine à caractère technique et scientifique entrant dans les missions des établissements mentionnés à l'article 2 du titre IV du statut général des fonctionnaires.

“Les techniciens supérieurs hospitaliers chefs et les techniciens principaux hospitaliers sont chargés de l'encadrement de personnels ou, sous l'autorité d'un supérieur hiérarchique, de la gestion d'une section de service, d'un service technique, de missions transversales, d'études ou de projets.

“Les techniciens supérieurs hospitaliers peuvent se voir confier l'encadrement de personnels dans les domaines de leur compétence.

“Pendant la durée du stage prévu à l'article 20 du présent décret, les techniciens supérieurs reçoivent une formation d'adaptation à leur emploi dont la durée et le contenu sont fixés par arrêté du ministre chargé de la santé.

“Art. 11. - Le corps des techniciens supérieurs comprend trois grades : technicien supérieur hospitalier comptant treize échelons, technicien supérieur principal hospitalier comptant huit échelons, technicien supérieur hospitalier chef comptant huit échelons.”

## DÉCRET N° 2003-1270 DU 23 DÉCEMBRE 2003 PORTANT MODIFICATION DE DISPOSITIONS STATUTAIRES RELATIVES AU CORPS DES ADJOINTS TECHNIQUES ET MODIFIANT LE DÉCRET N° 91-868 DU 5 SEPTEMBRE 1991 PORTANT STATUTS PARTICULIERS DES PERSONNELS TECHNIQUES DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE

NOR: SANH0324678D

### II. - L'article 12 est remplacé par les dispositions suivantes :

"Art. 12. - Les techniciens supérieurs hospitaliers sont recrutés :

"1° En application de l'article 29 du titre IV du statut général des fonctionnaires :

"a) Pour 40 % des postes à pourvoir, par concours externe sur titres ouvert aux titulaires d'un diplôme sanctionnant un premier cycle d'études supérieures, d'un titre ou diplôme homologué au niveau III ou d'une certification inscrite au répertoire national des certifications professionnelles délivrée dans l'une ou plusieurs des spécialités énumérées au troisième alinéa de l'article 10 du présent décret.

"Ce concours est également ouvert aux candidats titulaires d'un diplôme délivré dans un autre Etat membre de la Communauté européenne ou dans un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen et dont l'assimilation, pour l'application du présent décret, avec l'un des diplômes prévus à l'alinéa précédent aura été reconnue par la commission prévue par le décret du 21 juillet 1994 susvisé.

"b) Pour 40 % des postes à pourvoir, par concours interne ouvert aux fonctionnaires et agents publics ainsi qu'aux agents en fonctions dans une organisation internationale intergouvernementale à la date de clôture des inscriptions, comptant au moins quatre ans de services publics au 1er janvier de l'année au titre de laquelle est organisé le concours.

"c) Pour 20 % des postes à pourvoir, par un concours réservé ouvert aux candidats justifiant de l'exercice, pendant une durée de quatre ans au moins, d'une ou de plusieurs activités professionnelles, d'un ou plusieurs mandats de membre d'une assemblée élue d'une collectivité territoriale ou d'une ou de plusieurs activités accomplies en qualité de responsable d'une association. Ces activités doivent correspondre à des fonctions portant sur des projets techniques ou de travaux accomplis dans les domaines énumérés au troisième alinéa de l'article 10 du présent décret.

"Les emplois offerts aux trois concours qui n'auraient pas été pourvus par la nomination des candidats à l'un des concours peuvent être attribués par le jury au concours externe et au concours interne. Ce report ne peut avoir pour conséquence que le nombre des emplois offerts à l'un de ces concours soit supérieur aux deux tiers du nombre total de places offertes aux trois concours.

"Les concours mentionnés aux a, b et c ci-dessus sont ouverts dans l'une ou plusieurs des spécialités énumérées au troisième alinéa de l'article 10 du présent décret.

"2° En application du 1° de l'article 35 du titre IV du statut général des fonctionnaires, dans la limite du tiers du nombre des titularisations prononcées au titre du présent article, par examen professionnel ouvert :

"a) Aux adjoints des cadres, secrétaires médicaux et agents chefs des établissements mentionnés à l'article 1er ci-dessus ;

"b) Aux contremaîtres, maîtres ouvriers et dessinateurs desdits établissements justifiant de neuf années au moins de services effectifs dans l'un ou plusieurs de ces corps."

### III. - L'article 13 est remplacé par les dispositions suivantes :

"Art. 13. - L'ancienneté moyenne pour accéder à l'échelon supérieur de chacun des grades du corps est fixée ainsi qu'il suit :

Vous pouvez consulter le tableau dans le JO n° 300 du 28/12/2003 page 22361 à 22362

### IV. - Au dernier alinéa de l'article 14, le mot : "25 %" est remplacé par le mot : "30 %".

### V. - L'article 19 est modifié comme suit :

Au premier alinéa du VII, le nombre : "12" est supprimé.

## DÉCRET N° 2003-1270 DU 23 DÉCEMBRE 2003 PORTANT MODIFICATION DE DISPOSITIONS STATUTAIRES RELATIVES AU CORPS DES ADJOINTS TECHNIQUES ET MODIFIANT LE DÉCRET N° 91-868 DU 5 SEPTEMBRE 1991 PORTANT STATUTS PARTICULIERS DES PERSONNELS TECHNIQUES DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE

NOR: SANH0324678D

Le deuxième alinéa du VII est remplacé par les dispositions suivantes :

“Lorsqu’il n’existe qu’un emploi à pourvoir, cet emploi est indifféremment pourvu soit en application du a ou du b des articles 5, 6, 12 et 17 ci-dessus, soit en application du c de l’article 12.”

### VI. - La première phrase du 3° du II de l’article 20 est modifiée comme suit :

“Les agents nommés dans le corps des adjoints techniques à la suite d’un concours et qui ont eu auparavant soit la qualité d’agent non titulaire, soit la qualité d’agent d’une organisation internationale intergouvernementale sont classés, lors de leur titularisation.”

(Le reste sans changement.)

### VII. - La première phrase du I de l’article 23 est remplacée par les dispositions suivantes :

“Peuvent être détachés dans l’un des corps mentionnés à l’article 1er ci-dessus, à équivalence de grade et à indice égal ou immédiatement supérieur, les fonctionnaires appartenant à un corps, cadre d’emploi ou emploi classé dans la même catégorie et dont l’indice terminal du grade le plus élevé est au moins égal à l’indice terminal du corps d’accueil.”

### ARTICLE 2

Par dérogation aux dispositions de l’article 12 du décret du 5 septembre 1991 susvisé, le nombre de postes mis aux concours réservés prévus au c du 1° de ce même article 12 peut être porté à 35 % au plus du nombre des postes à pourvoir pour les trois premiers concours organisés à compter de la date de publication du présent décret, sans que cette proportion ne modifie la répartition des postes offerts entre les concours externe et interne.

### ARTICLE 3

Pour une période de quatre ans à compter de la publication du présent décret, le concours interne

prévu au b du 1° de l’article 12 du décret du 5 septembre 1991 susvisé est réservé, pour 50 % des postes offerts à ce concours, aux fonctionnaires relevant des corps d’agents chefs et dessinateurs justifiant de quatre années au moins de services effectifs.

### ARTICLE 4

Dans les textes réglementaires relatifs à la fonction publique hospitalière, les mots : “adjoint technique”, “adjoint technique de classe normale”, “adjoint technique de classe supérieure” et “adjoint technique de classe exceptionnelle” sont respectivement remplacés par les mots : “technicien supérieur”, “technicien supérieur hospitalier”, “technicien supérieur hospitalier principal” et “technicien supérieur hospitalier chef”.

### ARTICLE 5

Le ministre de l’économie, des finances et de l’industrie, le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, le ministre de la fonction publique, de la réforme de l’Etat et de l’aménagement du territoire et le ministre délégué au budget et à la réforme budgétaire sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l’exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 23 décembre 2003.

*Par le Premier ministre : Jean-Pierre Raffarin*

*Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, Jean-François Mattei*

*Le ministre de l’économie, des finances et de l’industrie, Francis Mer*

*Le ministre de la fonction publique, de la réforme de l’Etat et de l’aménagement du territoire, Jean-Paul Delevoye*

*Le ministre délégué au budget et à la réforme budgétaire, Alain Lambert*

**DÉCRET N° 2003-1271 DU 23 DÉCEMBRE 2003 MODIFIANT LE DÉCRET N° 91-869 DU 5 SEPTEMBRE 1991 RELATIF AU CLASSEMENT INDICIAIRE DES PERSONNELS TECHNIQUES DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE**

**NOR: SANH0324679D**

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées,

Vu la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires;

Vu la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;

Vu le décret n° 91-868 du 5 septembre 1991 modifié portant statuts particuliers des personnels techniques de la fonction publique hospitalière ;

Vu le décret n° 91-869 du 5 septembre 1991 modifié relatif au classement indiciaire des personnels techniques de la fonction publique hospitalière ;

Vu l'avis du Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière en date du 7 octobre 2003,

Décrète :

**ARTICLE 1**

L'article 2 du décret n° 91-869 du 5 septembre 1991 susvisé est ainsi rédigé :

“Art. 2. - Le classement indiciaire applicable au corps des techniciens supérieurs est fixé comme suit :

“Indices bruts :

“Technicien supérieur hospitalier : 322-558.

“Technicien supérieur hospitalier principal : 391-593.

“Technicien supérieur hospitalier chef : 422-638.”

**ARTICLE 2**

Le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, le ministre de la fonction publique, de la réforme de l'Etat et de l'aménagement du territoire et le ministre délégué au budget et à la réforme budgétaire sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 23 décembre 2003.

*Par le Premier ministre : Jean-Pierre Raffarin,*

*Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, Jean-François Mattei,*

*Le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, Francis Mer,*

*Le ministre de la fonction publique, de la réforme de l'Etat et de l'aménagement du territoire, Jean-Paul Delevoye,*

*Le ministre délégué au budget et à la réforme budgétaire, Alain Lambert.*

## ARRÊTÉ DU 23 DÉCEMBRE 2003 MODIFIANT L'ARRÊTÉ DU 5 SEPTEMBRE 1991 RELATIF À L'ÉCHELONNEMENT INDICIAIRE DES PERSONNELS TECHNIQUES DE LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE

**NOR: SANH0324680A**

Le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, le ministre de la fonction publique, de la réforme de l'Etat et de l'aménagement du territoire et le ministre délégué au budget et à la réforme budgétaire,

Vu la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ;

Vu le décret n° 91-868 du 5 septembre 1991 portant statuts particuliers des personnels techniques de la fonction publique hospitalière modifié ;

Vu l'arrêté du 5 septembre 1991 modifié relatif à l'échelonnement indiciaire des personnels techniques de la fonction publique hospitalière,

Arrêtent :

### ARTICLE 1

L'article 2 de l'arrêté du 5 septembre 1991 susvisé est ainsi rédigé :

“Art. 2. - L'échelle indiciaire applicable au corps des techniciens supérieurs est fixée conformément au tableau III annexé au présent arrêté.”

### ARTICLE 2

L'annexe III de l'arrêté du 5 septembre 1991 susvisé mentionnée à l'article 2 dudit arrêté est modifiée comme suit :

### ANNEXE III

#### CORPS DES TECHNICIENS SUPÉRIEURS

Technicien supérieur hospitalier

Vous pouvez consulter le tableau dans le JO n° 300 du 28/12/2003 page 22366 à 22367

Technicien supérieur hospitalier principal

Vous pouvez consulter le tableau dans le JO n° 300 du 28/12/2003 page 22366 à 22367

Technicien supérieur hospitalier chef

Vous pouvez consulter le tableau dans le JO n° 300 du 28/12/2003 page 22366 à 22367

Le directeur du budget au ministère de l'économie, des finances et de l'industrie et le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins au ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 23 décembre 2003.

*Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, Jean-François Mattei*

*Le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, Francis Mer*

*Le ministre de la fonction publique, de la réforme de l'Etat et de l'aménagement du territoire, Jean-Paul Delevoye*

*Le ministre délégué au budget et à la réforme budgétaire, Alain Lambert*

## MISSION "VIVRE ENSEMBLE"

Le 27 novembre 2003 Jean-Jacques Aillagon, ministre de la culture et de la communication, a chargé le président de la Cité des sciences et de l'industrie de mobiliser des institutions culturelles pour que progressent "la tolérance, le respect des différences et le désir de vivre ensemble". Un comité de pilotage, regroupant des représentants des directions du ministère, des établissements publics nationaux et des sociétés nationales de radio et de télévision, a alors proposé des actions autour de trois axes : promouvoir la tolérance, toucher de nouveaux publics et faire preuve d'exemplarité.

C'est dans ce cadre qu'a été mis en place en juin 2004 un groupe de travail "Elargissement des publics". Ce groupe a choisi de concentrer ses efforts sur les personnes relais qui, au sein des structures œuvrant dans "le champ social" (associations caritatives, d'alphabétisation, centres sociaux...) sont chargés de l'organisation des sorties culturelles.

Le groupe, qui compte maintenant une vingtaine d'établissements, a mis en place un "salon-forum" annuel et des journées d'information et de formation permettant aux relais d'élaborer des programmes de visite dans les établissements culturels et les autonomisant dans l'accompagnement de ces visites. Parallèlement, une lettre trimestrielle commune, diffusée maintenant à plusieurs milliers d'exemplaires, a été créée pour recenser les propositions faites aux relais.

Le groupe vient d'engager une nouvelle étape de concertation avec ses relais pour rédiger une charte d'accueil dans les établissements culturels et produire un film et des documents retraçant son action et les résultats déjà obtenus.

Les établissements culturels participants accueillent des groupes de visiteurs venant de structures hospitalières et souhaitent développer des actions dans les hôpitaux.

A la suite d'un point établi en juin 2007, Christine Albanel, ministre de la culture et de la communication, a demandé que la mission "Vivre ensemble" soit pérennisée.

### Correspondants hôpitaux

**Jean-Pierre FERRAGU**  
Cité des sciences et de l'industrie  
30 avenue Corentin Cariou  
75930 PARIS CEDEX 19  
01 40 05 70 86  
jp.ferragu@cite-sciences.fr

**Sylvie DREYFUS**  
Bibliothèque nationale de France  
Quai François Mauriac 75013 PARIS  
01 53 79 53 17  
sylvie.dreyfus@bnf.fr

**Nadia KTOUL**  
Centre des monuments nationaux  
Hôtel de Béthune - Sully,  
62 rue Saint-Antoine 75186 PARIS CEDEX 04  
01 44 61 20 40  
nadia.ktoul@monuments-nationaux.fr

**Camille DAUVIN**  
Centre national de la cinématographie  
12 rue de Lübeck 75016 PARIS  
01 44 34 13 38  
camille.dauvin@cnc.fr  
**Isabelle GERARD-PIGEAUD**  
01 44 34 35 03  
isabelle.gerard-pigeaud@cnc.fr

**Charlotte FESNEAU**  
Centre Pompidou 75191 PARIS CEDEX 04  
01 44 78 12 68  
charlotte.fesneau@centrepompidou.fr

**Amina DOUMAR**  
**Audrey LUCIANI**  
Château de Versailles  
RP 834 78008 VERSAILLES CEDEX  
01 30 83 75 05  
audrey.luciani@chateauversailles.fr

**Marion DE GEYER**  
Cité de la musique  
221 avenue Jean Jaurès 75019 PARIS  
01 44 84 46 94  
mdegeyer@cite-musique.fr

**Bénédicte DUCHESNE**  
Cité nationale de l'histoire de l'immigration  
293 avenue Daumesnil 75012 Paris  
01 53 59 64 30  
benedicte.duchesne@histoire-immigration .fr

**Hélène BAUDELET**  
Musée Guimet  
6 place d'Iéna 75116 Paris  
01 56 52 54 37  
helene.baudelet@guimet.fr

**Matthieu DECRAENE**  
Musée du Louvre  
34 quai du Louvre 75058 PARIS CEDEX 01  
01 40 20 84 42  
matthieu.decraene@louvre.fr

**Diane DARET-DELMAS**  
Musée d'Orsay  
62 rue de Lille 75343 PARIS CEDEX 07  
01 40 49 47 96  
diane.delmas@musee-orsay.fr

**Delphine HARMEL**  
Musée du quai Branly  
222 rue de l'Université 75343 PARIS Cedex 07  
01 56 61 53 18  
delphine.harmel@quai Branly.fr

**Daphné BLOUET**  
Palais de Tokyo  
13 avenue du Président Wilson 75116 Paris  
01 47 23 56 50  
daphneblouet@palaisdetokyo.com

**Nicolas WAGNER**  
Parc et Grande Halle de la Villette  
211 avenue Jean Jaurès 75019 PARIS  
01 40 03 75 17  
n.wagner@villette.com

**Sabine VERON-DURAND**  
Théâtre national de Chaillot  
1 place du Trocadéro 75116 PARIS  
01 53 65 30 15  
sabine.veron-durand@theatre-chaillot.fr

### Ministère de la culture et de la communication

**Camille DEGEZ**  
Direction du livre et de la lecture  
182, rue Saint-Honoré- 75033 Paris Cedex 01  
01 40 15 73 09  
camille.degez@culture.gouv.fr

**Morrad BENXAYER**  
Direction des archives de France  
56 rue des Francs Bourgeois  
75141 Paris Cedex 03  
01.40.27.61.94  
morrad.benxayer@culture.gouv.fr

# DOCUMENTS DE LIAISON

---





**PROGRAMME DÉTAILLÉ****MARDI 18 NOVEMBRE 2008****Cité Nationale de l'Histoire de l'Immigration (CNHI)**

293, avenue de Daumesnil (12ème)

**9h30 - 10h00 ACCUEIL AUTOUR D'UN CAFÉ****10h00 - 10h15 OUVERTURE***En présence de :*

**PATRICIA SITRUK** (directrice générale de la Cité Nationale de l'Histoire de l'Immigration),  
**ARIANE SALMET** (chef de la mission du développement des publics - Délégation au développement et aux affaires internationales, Ministère de la culture et de la communication) et **XAVIER COLLAL** (chargé de mission "Culture à l'hôpital" - Délégation au développement et aux affaires internationales, Ministère de la culture et de la communication)

**10h15 - 13h00****SÉANCE PLÉNIÈRE :  
LA REPRÉSENTATION DU CORPS À TRAVERS LES OEUVRES D'ART***Modérateur : FRANÇOIS CAMPANA* (directeur de Kyrnéa International)**LES IMAGES DU CORPS DANS L'ART***Intervenant : DANIEL DOBBELS* (écrivain et chorégraphe)**HISTOIRE DU CORPS A TRAVERS LES SOCIÉTÉS***Intervenant : MICHEL MAFFESOLI* (sociologue et professeur à l'Université Paris V - La Sorbonne)

11h15 - 11h30 PAUSE

11h30 - 13h00 **LA CULTURE À L'HÔPITAL MISE EN PERSPECTIVE***Intervenante : ANNE NARDIN* (conservatrice en chef du Musée de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris)**EXPÉRIENCE ARTISTIQUE : DE L'IMPRÉVU DANS UN MONDE RÉGULÉ***Intervenante : BARBARA NOIRET* (artiste)

ÉCHANGE ENTRE LES INTERVENANTS ET AVEC LA SALLE

**13h00 - 14h30 BUFFET SUR PLACE OFFERT**

**PROGRAMME DÉTAILLÉ****MARDI 18 NOVEMBRE 2008****Cité Nationale de l'Histoire de l'Immigration (CNHI)**

293, avenue de Daumesnil (12ème)

**14h30 - 17h30 SÉANCE PLÉNIÈRE : LA DANSE***Modérateur* : PHILIPPE LE MOAL (inspecteur de la danse au ministère de la culture - DMDTS)**14h30 - 16h00 QUAND LA DANSE SE MONTRE À L'HÔPITAL**

Témoignage de projets menés :

■ au Centre hospitalier de Rocheplane (Rhônes-Alpes)

*Intervenant* : FRANÇOIS VEYRUNES (danseur et chorégraphe)

■ à l'Hôpital Général de Lons-le-Saunier (Franche-Comté)

*Intervenante* : GENEVIÈVE PERNIN (danseuse et chorégraphe)

■ au Centre hospitalier Esquirol de Limoges (Limousin)

*Intervenante* : NIEKE SWENNEN (danseuse et chorégraphe)

■ au CHU de Dijon (Bourgogne) et au sein de l'hôpital psychiatrique Miguel do Bombarda à Lisbonne

*Intervenante* : JULIE NIOCHE (danseuse, chorégraphe et ostéopathe)

16h00 - 16h15 PAUSE

**16h15 - 17h30 ENTRE LES CORPS : LES "EFFETS SECONDAIRES" DE LA DANSE***Intervenante* : AURORE DESPRÉS (maître de conférence en danse et enseignante-chercheuse)

ÉCHANGE ENTRE LES INTERVENANTS ET AVEC LA SALLE

**PROGRAMME DÉTAILLÉ****MERCREDI 19 NOVEMBRE 2008****Cité Nationale de l'Histoire de l'Immigration (CNHI)**

293, avenue de Daumesnil (12ème)

**9h00 - 9h30 ACCUEIL DES PARTICIPANTS****9h30 - 13h00 SÉANCE PLÉNIÈRE : LES MUSÉES***Intervenante/Modératrice* : **FRANÇOISE WASSERMAN** (chef du département des publics à la Direction de musées de France - Ministère de la culture et de la communication)**9h30 - 10h15 LE PAYSAGE MUSÉAL EN FRANCE**

Introduction - Les grandes missions des musées - Le rôle d'un conservateur - La médiation des publics spécifiques : musées et hôpitaux

*Intervenante/Modératrice* : **FRANÇOISE WASSERMAN** (chef du département des publics à la Direction de musées de France - Ministère de la culture et de la communication)**"LA MISSION "VIVRE ENSEMBLE" DES ÉTABLISSEMENTS CULTURELS NATIONAUX"***Intervenante* : **MARIE-LAURE LAS VERGNAS** (responsable de la mission "Accessibilité générale" au sein de la Direction des publics et des activités commerciales à la Cité des Sciences et de l'Industrie)**10h15- 10h30 PAUSE****10h30 - 13h00 ÉTUDE DE CAS : "LE MUSÉE SE DÉCOUVRE À L'HÔPITAL"**

Exposition permanente de reproductions d'œuvres des musées d'Angers, inaugurée le 23 octobre 2007, au sein d'unités de soins du CHU d'Angers.

*Intervenants* : **ANNE-PASCAL MARQUET** (responsable du service culturel pour les publics des musées d'Angers), **FRANÇOISE LIZÉ** (cadre supérieure de santé au CHU d'Angers)

ÉCHANGE ENTRE LES INTERVENANTS ET AVEC LA SALLE

**ÉTUDE DE CAS : "MÉMOIRES DE CORPS - ADOS A CORPS PERDUS"**

Exposition temporaire du 15 septembre au 15 décembre 2006 au Musée d'Aquitaine, à Bordeaux

*Intervenants* : **CHRISTIAN BLOCK** (attaché de conservation du Musée d'Aquitaine à Bordeaux), **JEAN-FRANÇOIS VIAUD** (médecin endocrinologue au sein de l'Unité des Troubles des Conduites Alimentaires du Pôle Aquitain de l'Adolescent au Centre Jean Abadie - CHU de Bordeaux)

ÉCHANGE ENTRE LES INTERVENANTS ET AVEC LA SALLE

**13h00 - 14h30 DÉJEUNER LIBRE**

**PROGRAMME DETAILLE****MERCREDI 19 NOVEMBRE 2008**

Trois lieux d'ateliers : **Centre National de la Danse, Frac Ile-de-France ou Musée de l'Orangerie**

Soirée : **Théâtre National de Chaillot**

**14h30 - 17h30****ATELIERS SUR SITE**

Les stagiaires de la formation sont scindés en trois groupes distincts. Chacun des groupes se déplacera dans l'un des trois lieux culturels proposés en lien avec la danse, les arts plastiques et les musées.

Un temps de compréhension du fonctionnement du lieu sera associé à un temps de réflexion sur l'approche possible du corps par la discipline artistique concernée.

**ATELIER N°1 : LA DANSE**

CENTRE NATIONAL DE LA DANSE  
1, rue Victor Hugo, 93507 Pantin

**ATELIER N°2 : LES ARTS PLASTIQUES**

PLATEAU / FRAC ILE-DE-FRANCE  
Place Hanna Arendt, angle de la rue des Alouettes et de la rue Carducci, Paris, 19e

**ATELIER N°3 : LES MUSÉES**

MUSÉE DE L'ORANGERIE  
Jardin des Tuileries, Paris, 1er

**A partir de 19h30****SOIRÉE AU THÉÂTRE NATIONAL DE CHAILLOT**

Dans le cadre de la formation, nous vous proposons avec le Théâtre National de Chaillot une soirée qui se déroule de la manière suivante :

19h30

**PRÉSENTATION DU THÉÂTRE NATIONAL DE CHAILLOT**

avec **PATRICIA SIGNORET** (service des relations publiques - Théâtre National de Chaillot)  
Quelles ressources ? quelle politique d'accueil pour les publics spécifiques ?

20H30

**SPECTACLE DE DANSE "SOMBREROS" DE PHILIPPE DECOUFLÉ**

"Sombros est une chorégraphie pour les sens : lumières, images, silhouettes, mouvements, rires, tout s'accorde dans un unisson qui n'a jamais rien de répétitif. Philippe Decouflé, qui autrefois se voyait dessinateur de BD, a le trait de génie d'interroger l'ombre et son cortège de questions."

*Le tarif de groupe proposé : 21 euros par personne / 12 euros (pour les personnes de moins de 26 ans)*

## PROGRAMME DETAILLE

JEUDI 20 NOVEMBRE 2008

Cité Nationale de l'Histoire de l'Immigration (CNHI)

293, avenue de Daumesnil (12ème)

9h00 - 9h30 ACCUEIL DES PARTICIPANTS

9h30 - 13h00 **SÉANCE PLÉNIÈRE : LES ARTS PLASTIQUES***Intervenante/coordinatrice* : FRANÇOISE DUBOIS (conseillère aux arts plastiques à la DRAC Nord Pas-de-Calais)**PROJECTION DU FILM BRISES D'ENRIQUE RAMIREZ, 2008, 12'**

9h30 - 11h30

**ÉTUDE DE CAS :**

Projet conçu par l'artiste Katsuhito Nishikawa pour l'hôpital Claude Huriez (Centre Hospitalier Régional de Lille)

*Intervenante/coordinatrice* : FRANÇOISE DUBOIS (conseillère aux arts plastiques à la DRAC Nord Pas-de-Calais)**RÉFLEXIONS SUR LES NOTIONS D'ESPACE, DE LIEU, D'APPROCHE SPATIALE ET D'EXPÉRIENCE DANS LA PRATIQUE DES ESPACES CONTRAINTS***Intervenant* : LUC BABOULET (architecte, historien et enseignant à l'Ecole d'architecture de la ville et des territoires à Marne-la-vallée)

ÉCHANGE ENTRE LES INTERVENANTS ET AVEC LA SALLE

11h30 - 11h45

PAUSE

11h45 - 13h00

**“AUJOURD'HUI DES REGARDS” OU COMMENT L'ART AUGMENTE NOS CAPACITÉS À VIVRE NOTRE QUOTIDIEN ET À LE “REQUALIFIER”***Intervenante* : MARIE-CLAIRE SELLIER (historienne d'art, commissaire d'expositions, psychanalyste et enseignante à l'Ecole Supérieure d'Art et de Design d'Amiens)

ÉCHANGE ENTRE LES INTERVENANTS ET AVEC LA SALLE

13h00 - 14h30

**DÉJEUNER LIBRE / VISITE LIBRE DE L'EXPOSITION PERMANENTE “REPÈRES” À LA CNHI****BRISES d'Enrique Ramirez**

2008 / Fiction, expérimental / 12'

Production : Le Fresnoy - Studio national des arts contemporains (Promotion 2007/08 Kuntzel)

La brise du vent qui croise mon visage, qui croise le tien, la dans la tête, le sang sur le plafond...  
 Comment regarder à nouveau l'histoire ? Comment revenir en arrière ? Je suis né en 1979, six ans après le Coup d'état militaire au Chili. J'ai grandi sous la dictature dans les bras de ma mère. Elle m'a raconté que paradoxalement c'était la période la plus heureuse pour elle. Elle a vécu la Dictature derrière un mur, protégée de tout. Dès que j'ai grandi, ma mère s'est rendu compte qu'il n'y a pas eu une période si néfaste au Chili auparavant. Je suis un morceau de cette histoire, pleine de contradictions.

**PROGRAMME DETAILLE****JEUDI 20 NOVEMBRE 2008****Cité Nationale de l'Histoire de l'Immigration (CNHI)**

293, avenue de Daumesnil (12ème)

**14h30 - 17h30 SÉANCE PLÉNIÈRE DE CLOTURE****14h30 - 15h30 COMPTE-RENDU DES TROIS ATELIERS SUR SITE**

Des stagiaires seront sollicités pour faire part de leur expérience respective d'atelier sur site.

*Modérateur* : **FRANÇOIS CAMPANA** (directeur de Kyrnéa International)**15h30 - 17h30 SYNTHÈSE / ANALYSE PROSPECTIVE***Modérateur* : **FRANÇOIS CAMPANA** (directeur de Kyrnéa International)*Intervenants* :**LAURE SANTORI** (coordonnatrice du Pôle Recherche et Développement et directrice des Partenariats et de la Communication au CHU de Nîmes)**JEAN-CLAUDE AMEISEN** (médecin, chercheur, professeur d'immunologie, membre du Comité consultatif national d'éthique)**XAVIER COLLAL**, (chargé de mission "Culture à l'hôpital", Mission Développement des publics, Délégation au Développement et aux Affaires internationales, Ministère de la culture et de la communication)**DANIÈLE WOHLGEMUTH**, (chargée de mission "Culture à l'hôpital", Direction de l'hospitalisation, Ministère de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative)

ÉCHANGE ENTRE LES INTERVENANTS ET AVEC LA SALLE

## DESRIPTIF DES ATELIERS

### ATELIER SUR SITE AU CENTRE NATIONAL DE LA DANSE

Formation "Culture à l'hôpital"

Mercredi 19 novembre 2008

14h30 - 17h30

#### Programme :

Cette demi-journée sur site permettra aux participants de découvrir une institution singulière, consacrée à la danse et de vivre une première rencontre avec l'art chorégraphique et le métier de danseur. Trois temps complémentaires sont proposés : échange autour du travail de création de Geisha Fontaine, rencontre avec une personne de l'équipe du CND sur le métier de danseur, participation à un "atelier du regard".

#### 14h30 - 16h30

I) Rencontre avec Geisha Fontaine et Pierre Cottreau, artistes chorégraphiques

II) Rencontre avec Agnès Wasserman, Directrice du service "informations aux professionnels" ou une personne de l'équipe du CND

#### 16h30 - 17h30

III) Participation à un "atelier du regard"

De 17h30 à 19h : possibilité de visite libre de la médiathèque du CND

#### Informations pratiques

"Atelier sur site" au Centre national de la danse

Mercredi 19 novembre de 14h30 à 17h30

Rendez-vous à partir de 14h15

à l'accueil du CND.

Situé au 1 rue Victor Hugo - 93500 Pantin  
Métro Hoche (ligne 5) ou RER E, arrêt Pantin)

#### Contact

Centre national de la danse

Delphine Bachacou, responsable de la médiation culturelle

1 rue Victor Hugo 93500 Pantin

01 41 83 27 27

www.cnd.fr

## I- RENCONTRE AVEC GEISHA FONTAINE ET PIERRE COTTREAU, ARTISTES CHORÉGRAPHIQUES

Dans un premier temps, les participants rencontrent Geisha Fontaine et Pierre Cottreau, artistes chorégraphiques collaborant actuellement sur une nouvelle création. En résidence au CND, ils ont accepté de nous ouvrir les portes du studio afin de nous laisser découvrir leur processus de création et de partager des questionnements sur l'art chorégraphique.

### Quelques mots sur Geisha Fontaine et Pierre Cottreau

Depuis toujours, Geisha Fontaine et Pierre Cottreau s'interrogent sur le rôle du danseur/performer et sur la fonction du chorégraphe. Cette démarche induit une réflexion sur la circulation entre le champ artistique et le réel. Le temps est l'une de leurs thématiques de recherche de prédilection.

Geisha Fontaine, danseuse et chorégraphe, a d'ailleurs publié *Les danses du temps* aux Editions du Centre National de la Danse. Très curieuse des enjeux théoriques de l'art, elle demeure passionnée par le monde du spectacle, la scène et la fébrilité des représentations. Détestant la sacralisation de la danse, elle est convaincue que la richesse de cet art tient à l'hybridité de son statut. En apparence, la danse n'est jamais sérieuse, c'est ce qui lui donne de la puissance.

En 1999, elle fonde la compagnie Mille Plateaux Associés avec Pierre Cottreau, diplômé de la FEMIS. Réalisateur et directeur de la photo, il participe à une recherche vidéo autour de *Assai*, impulsée par Dominique Bagouet et Charles Picq, qui l'amène à s'interroger sur les liens possibles entre l'image filmée et la danse.

Ensemble, ils ont créé plusieurs pièces : *Un jour, une heure* (2000), *L'infime dépense de quelques grammes* (2001), *LEX* (2003), *Only You* et *Vivants* (2004), le solo *Moi* (2005). Ils ont également réalisé des courts métrages, notamment *Millibar*, film évolutif, qui est constitué de séquences tournées dans le monde entier, depuis 1999.

Mains d'Œuvres a accueilli un projet magistral en janvier 2007 dans le cadre de leur résidence et avec le Festival Faits d'Hiver : "Je ne suis pas un artiste" est une Odyssée contemporaine sur la notion de beau, référence historique de l'art mise à mal par la modernité. Qu'est-ce qu'un beau mouvement ? Et quel serait le plus beau mouvement possible ? Durant toute une nuit, une équipe de danseurs, chanteurs et musiciens, accompagnés de nombreux invités, se sont donc lancés à la recherche de la beauté.

Les participants qui interviennent au cours des douze heures sont issus de milieux très différents : danseurs, artistes d'autres disciplines, mais aussi hommes et femmes sans qualités (pour jouer avec Musil !). Au moment où l'on ne s'y attend peut-être plus, au bout de la nuit, on est pris par l'évidence des corps sur la scène, inscrits dans la temporalité d'une nuit blanche, présents face à d'autres corps - là est peut-être la beauté... (Le projet a été repris au Festival ArtDanThé au Théâtre de Vanves en janvier 2008).

La compagnie prépare une nouvelle création - Pièce pour ballet mécanique pour 2009. Des objets en mutation, mobiles et mus, font danser ceux qui les mettent en mouvement. Cette thématique impulse une pièce chorégraphique où les danseurs dialoguent avec le monde physique. L'humain se métamorphose au contact des mécaniques qui absorbent son énergie. L'enjeu est de détourner la fonctionnalité du mouvement en la transférant à des mécaniques - et réciproquement - tout en créant un univers plastique et sonore autonome.

## DESCRIPTIF DES ATELIERS

### ATELIER SUR SITE AU **CENTRE NATIONAL DE LA DANSE**

Formation "Culture à l'hôpital"

Mercredi 19 novembre 2008

14h30 - 17h30

## **II-RENCONTRE AVEC AGNÈS WASSERMAN, DIRECTRICE DU SERVICE "INFORMATIONS AUX PROFESSIONNELS" OU UNE PERSONNE DE L'ÉQUIPE DU CND**

Au sein du Centre national de la danse, le département ressources professionnelles a pour vocation d'informer et d'accompagner les professionnels du secteur chorégraphique dans l'exercice de leur métier.

Le département ressources professionnelles est ouvert à l'ensemble des professionnels de la danse, du secteur de la création comme de l'enseignement. Il s'adresse aussi bien aux individus (danseurs, chorégraphes, professeurs de danse, administrateurs...) qu'aux structures (compagnies, lieux de création et de diffusion, lieux de formation ou écoles de danse, relais culturels...).

Il développe sa mission autour de quatre grands axes :

- Vie professionnelle

Découvrir l'organisation du secteur de la danse, la structuration de la création et de l'enseignement, les financements existants, les lieux de formation.

- Emploi / métier / orientation

Trouver un accompagnement pour la mise en oeuvre d'un projet professionnel :\_recherche d'emploi, gestion de carrière, insertion, formation, reconversion.

- Droit

Connaître la réglementation du spectacle et de l'enseignement de la danse, les statuts de l'artiste et de l'enseignant dans les secteurs public et privé.

- Santé

Se sensibiliser aux questions de santé (prévention, soins, pratiques somatiques, thérapies traditionnelles et alternatives, récupération).

Au cours de cette rencontre, les participants pourront échanger avec une personne sur le métier de danseur et de sa possible relation à l'hôpital.

## **III- PARTICIPATION À UN ATELIER DU REGARD**

L'atelier du regard a pour but d'aiguiser le regard que l'on peut porter sur la danse par le biais d'extraits vidéos d'œuvres chorégraphiques. A partir des observations de chacun, nous construisons une analyse de la danse. Le choix des extraits permettra de découvrir un premier panorama de la danse et de découvrir ses fondamentaux.

A l'issue de l'atelier du regard, les stagiaires qui le souhaitent pourront découvrir librement les ressources de la médiathèque du CND.



## DESCRIPTIF DES ATELIERS

### ATELIER SUR SITE AU **FRAC ÎLE-DE-FRANCE / LE PLATEAU**

Formation "Culture à l'hôpital"

Mercredi 19 novembre 2008

14h30 - 17h30

#### Programme :

Cette demi-journée sur site propose un premier niveau de sensibilisation avec une institution d'art contemporain, croisant prises de contact avec l'équipe qui l'anime, expériences des œuvres et rencontre avec un artiste. Les trois temps proposés permettent de croiser différentes paroles (membres de l'équipe dont le directeur, artiste, participants) sur le mode de l'échange et du dialogue.

#### 14h30 - 16h00

I) Rencontre avec le directeur du Frac Île-de-France, Xavier Franceschi

II) Visite commentée de l'exposition en cours au Plateau : *From The Voice To The Hand*, de Melik Ohanian

#### 16h00 - 17h30

III) Rencontre avec le photographe Charles Fréger

#### Informations pratiques

"Atelier sur site" au Frac Île-de-France / Le Plateau

Mercredi 19 novembre de 14h30 à 17h30

Rendez-vous à partir de 14h15

à l'accueil du Plateau,

Situé au niveau du n°28 de la rue des

Alouettes, Paris 19ème

Métro Jourdain (ligne 11)

ou Buttes-Chaumont (ligne 7 bis)

#### Contact

Frac Île-de-France / L'Antenne

Gilles Baume, chargé de l'action culturelle

33 rue des Alouettes 75019 Paris

+33 1 42 01 51 95

gbaume@fracidf-leplateau.com

www.fracidf-leplateau.com

## I- RENCONTRE AVEC LE DIRECTEUR DU FRAC ÎLE-DE-FRANCE, XAVIER FRANCESCHI

Dans un premier temps, les participants rencontrent Xavier Franceschi, Directeur, autour des missions et du fonctionnement de l'institution. Ils appréhendent le fonctionnement du Frac Île-de-France, dont l'action en faveur de la création contemporaine se caractérise par différentes missions : production (notamment dans le cadre de sa programmation d'expositions au Plateau), enrichissement et diffusion de sa collection, médiation en direction de tous les publics et édition.

### Présentation du Frac Île-de-France / Le Plateau

Depuis sa création en 1983, à travers les multiples actions de diffusion de sa collection, le Frac (Fonds Régional d'Art Contemporain) Île-de-France a toujours été soucieux de sensibiliser le plus grand nombre à la création plastique contemporaine.

Avec l'ouverture du Plateau en 2002, dans le quartier des Buttes-Chaumont à Paris, l'engagement du Frac auprès de ses publics n'a cessé de se renforcer. Projet issu d'un processus concerté d'aménagement de la ville, Le Plateau s'est imposé en quelques années seulement comme l'un des lieux-phares de l'art contemporain et reçoit chaque année près de 15 000 visiteurs.

Dans ce contexte, l'Antenne - le service des publics - a su inventer un programme complet d'actions de médiation tant au Plateau que dans les lieux partenaires qui accueillent des œuvres de la collection.

### Présentation de l'Antenne, service des publics

Située à quelques pas du Plateau, l'Antenne accompagne chaque année des centaines d'adultes et d'enfants désireux de mieux comprendre la création contemporaine. Chacun trouve ici des activités adaptées à ses attentes :

- Pour les 6/12 ans : ateliers et stages de pratique les mercredis et pendant les vacances scolaires.
- Pour les adultes : week-ends thématiques, projets sur le plus long terme aux côtés d'un artiste.
- Pour les groupes : actions de formation, rencontres, projections vidéo.

Enfin, petits et grands peuvent se retrouver le temps d'une pause lecture dans notre centre de documentation spécialisé.

## II- VISITE COMMENTÉE DE L'EXPOSITION EN COURS AU PLATEAU : *FROM THE VOICE TO THE HAND*, DE MELIK OHANIAN

Ensuite, le contact direct à l'art contemporain est expérimenté au cours d'une visite commentée de l'exposition en cours au Plateau, *From The Voice To The Hand*, de Melik Ohanian.

### Melik Ohanian, *From The Voice To The Hand*

*From The Voice To The Hand* est un projet d'expositions co-existantes de Melik Ohanian qui se déroule dans une quinzaine de lieux de Paris, et son agglomération, à l'automne 2008.

À partir de trois institutions dédiées à l'art contemporain, l'abbaye de Maubuisson, le Frac Île-de-France / Le Plateau et le MAC/VAL, une série d'interventions présente le travail de l'artiste. Nouvelles productions, projections, œuvres de commande ou issues des collections publiques, re-positionnement de travaux passés, sont l'occasion, pour cet artiste prolifique, d'expérimenter, à l'échelle de la ville et dans un même temps, une composition de points d'accès à des espaces physiques, conceptuels ou temporels participant à la production d'une seule et même figure.

Melik Ohanian est né en 1969 en France.

## DESCRIPTIF DES ATELIERS

### ATELIER SUR SITE AU **FRAC ÎLE-DE-FRANCE / LE PLATEAU**

Formation "Culture à l'hôpital"

Mercredi 19 novembre 2008

14h30 - 17h30

### III- RENCONTRE AVEC LE PHOTOGRAPHE CHARLES FRÉGER

Enfin, la rencontre à l'Antenne avec le photographe Charles Fréger, dont des œuvres sont présentes dans la collection du Frac Île-de-France, permet d'ouvrir sur un travail plastique marqué par les questions de représentation du corps, tout en faisant connaître les questions et préoccupations que rencontre un artiste contemporain.

#### Charles Fréger

"L'œuvre photographique de Charles Fréger tend à rendre compte. Révéler, percer ou encore mettre à jour, l'approche de l'artiste s'opère par des prélèvements de réalités.

Réalisant un travail dans la durée, Charles Fréger met en place un système de rencontres, avec une population, un environnement social ou un corps de métier... Sur le terrain, il perpétue cette inépuisable et vivante question du portrait en repérant des typologies, en suggérant des images génériques. Nageurs, apprentis bouchers ou miss répondent tour à tour à des codes spécifiques : du costume, l'artiste explore les accessoires et révèle les analogies identitaires. Uniformisés, les paramètres de la prise de vue tendent également à élaborer cette trame commune, en imposant pour chaque série, le même dispositif : cadrage centré, frontalité du sujet et fonds discrets.

L'austérité du procédé et l'excès de vérisme visent à lier l'ensemble. Mais dans ces portraits d'uniformes, se crée aussi ce décalage entre le costume et la personne elle-même : de ces vis-à-vis anonymes, se dégagent progressivement une part humaine.

Avec la série des Majorettes, Charles Fréger passe en revue des centaines de jeunes filles en tenue. Mise en place dans le Nord-Pas-de-Calais, cette recherche s'est effectuée en collaboration avec le musée d'ethnologie de Béthune. Ce travail aborde ses sujets de l'extérieur par leur inscription dans l'univers du sport : Violet et jaune, Mauve et gris, Jaune et bleu ou encore Orange et noir sont autant de titres génériques qui affirment l'appartenance au groupe, par le biais de l'uniforme : chacune représente à la fois elle-même et toutes les autres. Pourtant, malgré la pose, le chignon ou le justaucorps, ressortent ces variations individuelles, là où la photographie d'une communauté devient le lieu de questionnement du rapport à l'autre et de sa représentation." - Emmanuel Cuisinier

Charles Fréger est né en 1975 à Bourges (Cher).

Quatre photographies de la série « Majorettes » sont entrées dans la collection du Frac Île-de-France en 2000 et 2001.

[www.charlesfreger.com](http://www.charlesfreger.com)

## DESCRIPTIF DES ATELIERS

### ATELIER SUR SITE AU MUSÉE DE L'ORANGERIE

Formation "Culture à l'hôpital"

Mercredi 19 novembre 2008

14h30 - 17h30

#### Programme

14h30 - 15h30

I) Présentation du musée de l'Orangerie

II) Le corps dans les collections du musée et dans ses modes de médiation

15h30 - 17h30

III) Atelier Ça ne ressemble à personne !  
Le portrait à l'aube du XXe siècle

### I- LE MUSÉE DE L'ORANGERIE

avec Marguerite Moquet, responsable du service des publics

Situé en plein cœur de Paris, dans le jardin des Tuileries, le musée de l'Orangerie présente deux collections emblématiques de la création artistique du début du XXe siècle : Les Nymphéas de Claude Monet et la collection Walter-Guillaume. Rénové en 2006, le musée offre au visiteur une découverte poétique et artistique de ces ensembles prestigieux.

#### Les Nymphéas

Réalisation à la fois monumentale et intime, Les Nymphéas sont l'expression et l'aboutissement de la pensée artistique de Claude Monet. Projet fou d'un peintre qui voulait explorer toutes les variations de la lumière dans son jardin de Giverny, Les Nymphéas se déploient dans deux salles ovales et invitent le visiteur à une contemplation sans fin. Au lendemain de la Grande Guerre, Monet souhaitait que son oeuvre puisse prendre cette dimension à la fois esthétique et poétique et offrir ainsi aux parisiens un refuge, un lieu de paix et de méditation.

#### La collection Walter-Guillaume

Projet intellectuel du marchand Paul Guillaume et de son épouse Domenica, la collection Walter-Guillaume est un ensemble unique qui illustre la création des premières décennies du XXe siècle. Paul Guillaume est une figure des milieux artistiques et littéraires du Paris des années 1920 dont il se veut le témoin et le mécène. Ami d'Apollinaire et de Max Jacob, il soutient Picasso, Soutine, Derain ou Marie Laurencin tout en s'intéressant à leurs prédécesseurs, notamment Renoir et Cézanne. Paul Guillaume meurt en 1934 sans avoir eu le temps de réaliser son projet de musée d'art moderne. Complétée et modifiée par son épouse, la collection se recentre autour d'oeuvres représentatives du classicisme moderne et de l'impressionnisme avant d'être cédée à l'Etat en 1960.

### II- LE CORPS DANS LES COLLECTIONS DU MUSÉE ET DANS SES MODES DE MÉDIATION

avec Marguerite Moquet, responsable du service des publics

La relation entre un musée et les publics, notamment les publics dits empêchés peut se révéler complexe à établir. Les contraintes liées à la conservation des œuvres ou celles imposées par la législation en matière de sécurité peuvent être un frein à l'accueil des personnes handicapées, ou hospitalisées. La gestion des groupes, des flux de visiteurs dans des lieux très fréquentés pose aussi la question du confort de ces publics, confort nécessaire à une découverte de qualité. Le responsable du service des publics ou de l'action culturelle est l'interlocuteur privilégié pour envisager des solutions et construire des modes de découvertes adaptés à ces publics (médiations hors les murs, visites adaptées à différents niveaux de langage ou de motricité etc).

#### Le corps dans les collections

Les collections du musée de l'Orangerie qui illustrent deux grandes périodes de l'histoire de l'art - l'impressionnisme et le classicisme moderne - peuvent également être interrogées à la lumière d'autres problématiques. Au-delà d'une approche historique ou monographique, des thématiques transversales peuvent être le fil directeur d'une autre forme de lecture des collections. La question du corps qui nous préoccupe aujourd'hui se révèle particulièrement féconde et ouvre plusieurs perspectives.

#### Informations pratiques

"Atelier sur site" au Musée de l'Orangerie  
Mercredi 19 novembre de 14h30 à 17h30

Rendez-vous à partir de 14h15

à l'accueil du Musée de l'Orangerie

Situé au Jardin des Tuileries, Paris 1er  
Métro Concorde (ligne 1, 8, 12)

#### Contact

Musée de l'Orangerie  
Marguerite Moquet,  
responsable du service des publics  
Jardin des Tuileries 75001 Paris  
+33 1 44 50 43 31  
marguerite.moquet@culture.gouv.fr  
www.musee-orangerie.fr

## DESCRIPTIF DES ATELIERS

### ATELIER SUR SITE AU MUSÉE DE L'ORANGERIE

Formation "Culture à l'hôpital"

Mercredi 19 novembre 2008

14h30 - 17h30

Il y a le corps tel qu'il apparaît dans les tableaux : corps idéalisé ou déformé qui témoigne de la vision et du travail de l'artiste. Mais on peut aussi envisager le corps du visiteur qui entre en contact avec les œuvres. A y regarder de plus près, le lien entre une oeuvre et le public s'établit en tout premier lieu par le corps. Et certains artistes ont pu envisager tout à fait consciemment cette perception de l'œuvre par le corps.

Cette dernière remarque concerne particulièrement Les Nymphéas. Chef-d'œuvre emblématique de l'impressionnisme, Les Nymphéas se déploient dans deux salles ovales et invitent le visiteur à une contemplation sans fin. Au lendemain de la Grande-Guerre, Monet entendait faire de son œuvre un lieu de paix et de méditation. Dans la pensée de Monet, Les Nymphéas devaient être une expérience sensible du corps face à la peinture. Les techniques picturales, le travail particulier sur la couleur et la lumière, l'absence de repères et de perspectives sont autant de procédés utilisés par le peintre pour abolir les frontières entre sa peinture et le visiteur. Ainsi, face aux Nymphéas, le visiteur se sent comme immergé dans l'œuvre. Le corps est pris à parti par la peinture elle-même et participe à sa lecture.

Dans la collection Walter-Guillaume, le corps apparaît à travers les nus et portraits des artistes exposés. Le parcours muséographique permet de saisir l'approche et les processus de création de chaque peintre mais également une évolution dans la perception et la représentation du corps entre la fin du XIXe siècle et les années 1930. Des nus aux lignes harmonieuses de Pierre-Auguste Renoir aux portraits déformés de Chaïm Soutine, le corps est successivement un objet d'étude pour le peintre, un portrait mondain ou l'expression des réalités intérieures. Il devient peu à peu le vecteur de la Modernité : à travers lui les artistes réinterrogent la notion de beauté et les références esthétiques traditionnelles pour élaborer un nouveau langage. Le beau n'est plus perfection et harmonie.

Enfin, c'est le corps du peintre lui-même que l'on devine à travers les toiles du musée. A travers les techniques picturales : touches, empâtements, c'est le geste de l'artiste - parfois fougueux - qui se dévoile et laisse deviner son corps en mouvement devant la toile.

#### **Le corps dans la médiation**

Le service des publics du musée travaille aujourd'hui sur des nouvelles formes de médiations et envisage également de faire intervenir davantage le corps du visiteur afin de développer de nouvelles formes de pédagogie et d'éducation du regard. En octobre 2008, un nouvel atelier de pratique artistique proposera une découverte de la collection Walter-Guillaume à travers le thème de la ressemblance et du portrait. Il s'appuiera notamment sur le thème du visage et de la posture. Il permettra au jeune public de mieux appréhender les questions liées au réalisme et à la représentation dans la peinture du début du XXe siècle. Au cours de cet atelier, l'enfant choisira une œuvre et s'en inspirera pour se représenter. In fine, l'objectif sera de favoriser la créativité de l'enfant et d'envisager une autre dimension de l'art : celle qui développe le rapport à soi-même et au monde.

En 2009, le musée élargira son action autour d'actions basées notamment sur le mime. Ces nouvelles médiations à destination du jeune public ont pour but de renouveler l'approche des collections en suscitant davantage encore l'imaginaire. Dans cette perspective, le corps devient le

## DESCRIPTIF DES ATELIERS

### ATELIER SUR SITE AU MUSÉE DE L'ORANGERIE

Formation "Culture à l'hôpital"

Mercredi 19 novembre 2008

14h30 - 17h30

support d'une éducation du regard. Il s'agira de s'appuyer sur le langage du corps pour comprendre une œuvre. Le mime permet, à partir des éléments visibles de l'œuvre, de saisir le message caché de l'artiste. Il donne à l'enfant les moyens d'une nouvelle forme d'interprétation et de lecture de l'œuvre.

Ces démarches visent également à se rapprocher de l'identité du musée. Rappelons en effet que le musée n'a pas été constitué dans une perspective historique et didactique. Il est l'écrin de deux projets intellectuels et artistiques singuliers. La force expressive des collections, la dimension poétique qui s'attachent à leur découverte ouvrent des perspectives pédagogiques particulièrement intéressantes : la visite du musée peut prendre la forme d'une expérience esthétique et recouvrir simultanément une dimension cognitive et émotionnelle. Replacer le corps au cœur de la médiation permettra de mieux restituer deux dimensions - l'émotion et l'intellect - présentes dans les œuvres.

### III-ATELIER **ÇA NE RESSEMBLE À PERSONNE ! LE PORTRAIT À L'AUBE DU XXE SIÈCLE**

avec la conférencière Dominique Morillon

L'atelier (1) propose une découverte de la collection Walter-Guillaume à travers le thème de la ressemblance. Il s'appuiera notamment sur le thème du visage et de la posture. Il permettra aux stagiaires de mieux appréhender les questions liées au réalisme et à la représentation dans la peinture du début du XXe siècle.

En salle d'atelier, le stagiaire choisira une œuvre et s'en inspirera pour se représenter. In fine, l'objectif sera de favoriser la créativité de la personne et d'envisager une autre dimension de l'art : celle qui développe le rapport à soi-même et au monde.

#### Objectifs pédagogiques :

- comprendre la rupture que représente l'art moderne dans l'histoire de l'art,
- comprendre les rapports entre le dessin et la couleur,
- comprendre les effets des techniques employées : touches, traces, empâtements, effets du geste, effets du pinceau, de la brosse...
- créer sa propre figuration,
- appréhender son visage à travers une expression artistique.

#### Questionnements :

- le réalisme, la ressemblance,
- la couleur et le dessin,
- donner à voir autrement,
- la beauté et la perfection.

#### Mots-clés :

matérialité, représentation, ressemblance, proportion, geste.

(1) Cet atelier, mis en place récemment, est proposé pour l'instant au jeune public.

## DESCRIPTIF DES ATELIERS

## ATELIER SUR SITE AU MUSÉE DE L'ORANGERIE

Formation "Culture à l'hôpital"

Mercredi 19 novembre 2008

14h30 - 17h30

## EXEMPLES DE PROJETS DE MÉDIATION AUTOUR DU CORPS MENÉS EN 2009

**Visite "Mimer les oeuvres"***Maternelle (grande section), CP et CE1 - Durée : 1h**Mise en place : février 2009*

Cette visite est une éducation du regard pour le très jeune public (5/7 ans). Elle permet de contourner les difficultés liées au niveau de langage en développant une pédagogie adaptée. La visite a pour objectif de faire mimer les oeuvres aux enfants pour les inciter à regarder et comprendre un tableau. L'intervention mimée s'appuie sur des éléments visibles de l'oeuvre et aide à comprendre le message invisible de l'artiste.

La visite commencera par des exercices qui permettront aux enfants de mieux appréhender les possibilités expressives du corps. Dans un deuxième temps, face aux oeuvres de la collection Walter-Guillaume, les enfants mimeraient pour capter et évoquer les messages, émotions, atmosphères et sentiments qui s'attachent à chacune des oeuvres.

**Atelier "Variation sur Monet n°3 : Danse avec Les Nymphéas"***A partir du CE1 jusqu'au lycée**Mise en place : février 2009. Le mardi uniquement*

Cette médiation s'appuie sur l'expression corporelle pour développer une lecture et une compréhension des Nymphéas de Claude Monet. L'objectif est d'appréhender Les Nymphéas au travers de la gestuelle et de la danse. Il s'agit de développer une lecture sensible de l'oeuvre en amenant les enfants à intégrer la composition et le rythme de la peinture de Monet par le geste et la danse. Cette approche s'appuie sur le rôle que peut jouer le corps dans la pédagogie. Elle se fonde sur les réflexions développées par Alain ou plus récemment par des spécialistes en sciences de l'éducation.

**L'atelier se déroule en trois temps :**

- Des exercices permettront aux enfants d'identifier les différents langages du corps et les possibilités expressives du geste.
- Dans un second temps, les enfants aborderont l'oeuvre (du point de vue de l'histoire de l'art, de sa composition, du projet de Monet).
- Enfin, les enfants seront amenés à donner leur lecture d'un panneau des Nymphéas au travers de l'expression corporelle : ils s'approprieraient et restitueraient ainsi la composition, le rythme et les émotions des Nymphéas (mélancolie, rêverie, nostalgie, enthousiasme...).

La classe sera divisée en deux groupes de 15 enfants.

**CULTURE À L'HÔPITAL**  
FORMATION THÉMATIQUE

À remplir par le stagiaire et à renvoyer à :  
Kyrnéa International - service formation - 80, rue du Faubourg St-Denis 75010 Paris

Danse  
Arts plastiques  
Musées  
18-19-20 novembre 2008 à Paris

## QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL D'ÉVALUATION

NOM : ..... Prénom : .....

Profession : .....

Établissement/Association : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

### 1. Quelles étaient vos attentes avant cette formation ?

- un perfectionnement professionnel  oui  non
- un échange Interprofessionnel  oui  non

### 2. Le contenu de la formation répond t-il à vos attentes ?

- oui  non

Commentaires : .....

.....

.....

.....

.....

### 3. Les apports de connaissances vous semblent-ils adaptés :

- oui  en partie  non

Commentaires : .....

.....

.....

.....

.....

### 4. Le traitement des thématiques "Danse - Arts plastiques - Musées" vous semble t-il équilibré ?

- oui  non

Commentaires : .....

.....

.....

.....

.....

## CULTURE À L'HÔPITAL FORMATION THÉMATIQUE

Danse  
Arts plastiques  
Musées  
18-19-20 novembre 2008 à Paris

---

### 5. La rencontre de ces trois thématiques au cours d'une même formation vous semble t-elle pertinente ?

oui  non

Commentaires : .....

.....

.....

.....

### 6. Le travail effectué au cours de l'atelier sur site a-il répondu à vos attentes ?

oui  non  en partie seulement

Commentaires : .....

.....

.....

.....

### 7. Quel mode d'apprentissage vous semble le plus enrichissant ? (mettre une note sur 20 pour chaque méthode)

- exposés des orateurs : .....
- échanges dans l'atelier sur site : .....
- échanges informels intersessions : .....

### 8. Les échanges avec les autres participants vous ont-ils paru :

très satisfaisants  satisfaisants  insuffisants

Commentaires : .....

.....

.....

.....



## CULTURE À L'HÔPITAL FORMATION THÉMATIQUE

Danse  
Arts plastiques  
Musées  
18-19-20 novembre 2008 à Paris

---

### 9. Retirez-vous de cette formation un enrichissement professionnel ?

Danse :  oui  non

Commentaires : .....  
.....  
.....

Arts plastiques :  oui  non

Commentaires : .....  
.....  
.....

Musées :  oui  non

Commentaires : .....  
.....  
.....

### 10. Envisagez-vous de sensibiliser votre entourage professionnel sur ce que vous avez appris ?

oui  non

Commentaires : .....  
.....  
.....

### 11. Pour vous quels sont les points forts de cette formation ?

Danse :  
.....  
.....

Arts plastiques :  
.....  
.....

Musées :  
.....  
.....

## CULTURE À L'HÔPITAL FORMATION THÉMATIQUE

Danse  
Arts plastiques  
Musées  
18-19-20 novembre 2008 à Paris

---

### 12. Pour vous quels sont les points faibles à améliorer ?

Danse : .....

Arts plastiques : .....

Musées : .....

### 13. Cette formation va-t-elle vous aider dans la réalisation de projets culturels en établissements de santé ?

Danse :  oui  non

De quelle manière : .....

Sinon pourquoi : .....

Arts plastiques :  oui  non

De quelle manière : .....

Sinon pourquoi : .....

Musées :  oui  non

De quelle manière : .....

Sinon pourquoi : .....

## CULTURE À L'HÔPITAL FORMATION THÉMATIQUE

Danse  
Arts plastiques  
Musées  
18-19-20 novembre 2008 à Paris

---

### 14. Les conditions matérielles de cette formation vous ont-elles paru :

- très satisfaisantes     satisfaisantes     moyennes     insuffisantes

Commentaires : .....

.....

.....

.....

### 15. Avez-vous trouvé la durée de cette formation :

- adaptée     trop longue     trop courte

Commentaires : .....

.....

.....

.....

### 16. Le nombre de participants vous a-t-il paru :

- trop important     satisfaisant     insuffisant

Commentaires : .....

.....

.....

.....

### 17. Remarques et suggestions complémentaires :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

À remplir par le stagiaire et à renvoyer à : Kyrnéa International - service formation - 80, rue du Faubourg St-Denis 75010 Paris





**FORMATION ORGANISÉE PAR :**



**KYRNEA International**

80, rue du Faubourg St-Denis 75010 Paris

T. 01 47 70 71 71 / F. 01 47 70 02 10 / [formation@kyrnea.com](mailto:formation@kyrnea.com)

[www.passeursdimages.fr](http://www.passeursdimages.fr)

**Frac Île-de-France**

**Le Plateau La collection L'antenne**



**RÉPUBLIQUE FRANÇAISE**

MINISTÈRE DE LA CULTURE  
ET DE LA COMMUNICATION

Délégation au développement  
et aux affaires internationales

Direction des musées de France

Direction de la musique,  
de la danse, du théâtre et des spectacles  
Délégation aux arts plastiques

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA JEUNESSE,  
DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE

Direction de l'hospitalisation  
et de l'organisation des soins