



## Quelle place pour l'animation dans un projet de soin global ?

**Françoise Liot**

Université Bordeaux-Montaigne  
francoise.liot@wanadoo.fr

**Sarah Montero**

Université Bordeaux-Montaigne  
sarah@nibbles.com

*Le projet de soin d'une clinique psychiatrique pour adolescents articule dans une approche innovante de la prise en charge du patient soin, études et animation, incluant la présence d'artistes autour d'une spécialité circassienne développée par l'établissement. Les professionnels de l'animation apparaissent ici étroitement associés à l'équipe médicale dans une conception globale et multidimensionnelle du soin. Cependant, alors que l'imbrication des trois logiques est validée par l'institution, l'enquête empirique révèle des tensions entre les visions et rôles des différentes catégories de professionnels. Elle démontre que la fonction de l'animation, encore largement assujettie à la logique et aux impératifs du soin, doit lutter pour la reconnaissance de sa spécificité.*

*Mots-clés : animation, soin, art, culture*

*The project of care of a private psychiatric hospital for teenagers articulates in an innovative approach of the management of the patient care, studies and sociocultural community development, including artists' presence around a circassian speciality developed by the establishment. The professionals sociocultural community developers seem here closely associated to the medical team in a global and multidimensional design of the care. However, while the interweaving of three logics is validated by the institution, the empirical investigation reveals tensions between the visions and the roles of the various categories of professionals. It demonstrates that the function of the sociocultural community development, still widely subjected to the logic and to the imperatives of the care, has to fight for the respect of its specificity.*

*Keywords: animation, care, art, culture*

*El proyecto de cuidado de una clínica psiquiátrica para adolescentes articula en un enfoque innovador de la encargada del paciente cuidado, estudios y animación, incluyendo la presencia de artistas alrededor de una especialidad circasiana desarrollada por el establecimiento. Los profesionales de la animación parecen aquí estrechamente asociados con equipo médico en una concepción global y multidimensional del cuidado. Sin embargo, mientras que la imbricación de las tres lógicas es validada por la institución, la investigación empírica revela tensiones entre las visiones y los papeles de las diferentes categorías de profesionales. Demuestra que la función de la animación, todavía ampliamente sometida a la lógica y a los imperativos del cuidado, debe luchar por el reconocimiento de su especificidad.*

*Palabras clave: animación, cuidado, arte, cultura*

Sous l'effet de plusieurs textes de loi qui se sont succédés depuis le milieu des années soixante-dix, les établissements de santé ont connu un mouvement d'ouverture sur la cité tant par la diversification des professionnels et des bénévoles qui y trouvent aujourd'hui une place que par la prise en compte des territoires qui conduisent les établissements à penser leur activité en dehors des murs et à nouer toujours de nouveaux partenariats avec leur environnement proche<sup>1</sup>.

Ainsi les lieux de soin ne sont plus des espaces clos centrés sur la pathologie, mais deviennent de plus en plus des espaces ouverts où cohabitent professionnels du soin, animateurs et assistants sociaux pour une meilleure prise en compte du patient entendu comme une personne et comme un citoyen.

Cette ouverture implique une transformation des organisations aussi bien que des pratiques des personnels. Elle induit le développement d'un travail en transversalité où se côtoient et interagissent des mondes sociaux aux objectifs, enjeux et valeurs professionnelles différents. Cette communication se propose d'interroger la manière dont cohabitent ces mondes et ses acteurs<sup>2</sup>. Plus particulièrement, il s'agit d'interroger la place des animateurs dans les établissements de santé. L'animateur occupe en effet une place spécifique dans l'organisation hospitalière car il se trouve souvent être un des rouages essentiels de l'ouverture de l'hôpital sur son environnement. En effet, c'est souvent à lui qu'il incombe de développer ou de mettre en œuvre des partenariats et ainsi de faire le lien entre l'intérieur et l'extérieur. Mais jusqu'à quel point ces organisations sont-elles prêtes à s'ouvrir ? Les nouveaux professionnels qui investissent ce secteur importent avec eux leur manière de travailler et leur conception des personnes et du soin qui n'est pas exactement la même que celle des équipes médicales. Dès lors, il existe une tension entre des pratiques et des points de vue qui se rencontrent, parfois s'opposent, mais quelques fois aussi parviennent à s'accorder.

L'exemple de la clinique Jean Sarrailh, hôpital psychiatrique, qui accueille des jeunes autour d'un projet artistique fort de cirque adapté apparaît un terrain d'étude tout à fait pertinent pour analyser ces tensions. Ces difficultés d'ajustement sont en effet saillantes dans un projet d'ouverture qui par bien des aspects apparaît pourtant exemplaire et innovant. Nous verrons ainsi que si l'ouverture est inscrite dans le projet d'établissement et dans la conception de la psychiatrie qui traversent l'histoire de la clinique, celui-ci reste dominé par une conception du soin qui a bien du mal à prendre en compte la logique des animateurs dont la fonction reste largement assujettie à celle des objectifs médicaux. Dans l'hôpital, les animateurs tentent d'importer les valeurs de l'éducation populaire, mais ses valeurs deviennent-elle partie prenante du projet ou restent-elle périphériques ? Comment l'animateur parvient-il à jouer son rôle de passeur vers l'extérieur tout en étant intégré à l'institution ? À ce titre, la relation entre animateur et artistes intervenant à l'hôpital est tout à fait significative de cette tension dans le rôle des animateurs qui en raison de leur position

1. Il s'agit notamment des lois concernant la notion de droit du malade qui voit le jour par le décret du 14 janvier 1974. Cette notion sera réaffirmée dans la loi du 31 juillet 1991 et la loi du 4 mars 2002. La loi Hôpital, santé et territoire de 2009 renforce la notion de territorialisation des soins déjà présente dans la loi de 2002 en élargissant la réflexion au médico-social notamment.

2. Cette contribution s'appuie sur une recherche financée dans le cadre des appels à projets « Recherche » du Conseil régional d'Aquitaine, la DRAC (Direction Régionale des Affaires Culturelles) et l'ARS (Agence Régionale de Santé). Intitulées « Les projets artistiques et culturels dans les établissements de santé. Quels changements dans les pratiques et les organisations ? », cette recherche interroge la rencontre entre deux mondes sociaux (celui de l'art et celui de la santé) et la capacité de cette rencontre à produire des innovations dans les pratiques et les organisations. Ce programme de recherche sur trois ans (2014-2017) repose sur une démarche principalement qualitative. Elle concerne plusieurs régions de France et plusieurs départements en s'attachant à identifier et à approfondir des études de cas. Les terrains investis sont constitués principalement des hôpitaux dans leur grande diversité (généralistes, psychiatriques, spécialisés notamment en cancérologie) ainsi que du médico-social (établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), Instituts médico-éducatifs (IME), Maisons d'accueil spécialisé (MAS), etc. Plus d'une centaine d'entretiens semi directifs ont été réalisés auprès de différentes catégories de personnels des établissements de santé et des acteurs culturels.

intermédiaire se trouvent toujours au prise avec les territoires des autres sans toujours parvenir à défendre la légitimité de leur fonction.

### **Animation et santé : enjeux, finalités, tensions**

Le rapprochement entre animation et santé s'est institutionnalisé au cours des années 1990 dans un contexte d'émergence de l'urgence sociale. Les structures médico-sociales ont alors fait appel aux animateurs pour répondre aux besoins de prise en charge des personnes en grande difficulté (Langlacé, 2008 : 15), gageant sur les compétences de l'animation dans la recherche de solutions à l'exclusion sociale.

Le concept d'animation apparaît dans la loi du 24 janvier 1997 au cœur de textes relatifs à la qualité de vie dans les établissements. En gérontologie, l'arrêté du 26 avril 1999 confirme l'importance accordée aux prestations d'animation, relationnelles et de vie sociale dans la gestion des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Dans la fonction publique hospitalière, le statut des animateurs relève du décret du 26 mars 1993. Jusqu'à 2005, seuls les animateurs titulaires du Diplôme d'État relatif aux fonctions d'animation (DEFA) pouvaient bénéficier du statut d'animateur socioculturel. Depuis, le BEATEP « activités sociales et vie locale » ainsi que le BPJEPS « animation sociale » le permettent également.

Dans les EHPAD, l'action des animateurs recouvre des activités variées comprenant l'organisation de sorties, les activités de loisirs, l'animation de temps d'échange et d'écoute de la personne âgée. À l'hôpital, l'animation présente dans les services de pédiatrie, de gériatrie ou de psychiatrie, mobilise des techniques et outils le plus souvent axés sur les pratiques artistiques et culturelles. Elle vise à instaurer un mode relationnel différent du rapport soignant-soigné, en considérant la personne dans sa globalité ; elle peut lorsqu'elle est intégrée au projet de soin de l'établissement constituer « un élément essentiel à la qualité du service » (Langlacé, 2008 : 29) et de la prise en charge des patients.

Depuis les années 2000, le projet du secteur de la santé s'oriente vers un décloisonnement des secteurs sanitaires et sociaux pour l'amélioration de l'état de santé et de la qualité de vie des populations. La volonté de mettre le patient, l'utilisateur au centre du dispositif de soin est affirmée par la loi de 2002. Les Agences régionales de santé (ARS), créées en 2009 afin d'inscrire la logique hospitalière sur le territoire, ont également pour objectif de participer « à développer la prévention et à promouvoir la démocratie sanitaire ». Ainsi, plusieurs enjeux auxquels est confronté aujourd'hui le secteur hospitalier appellent à réserver à l'animation une place essentielle dans le système de soin.

En premier lieu, face à la précarité et aux inégalités sociales croissantes, l'animation a un rôle important à jouer dans la restauration du lien social et l'intégration des plus exclus, précaires sociaux comme malades. Elle est d'ailleurs très souvent sollicitée dans cette visée par le secteur médico-social particulièrement en recherche de leviers d'insertion sociale pour ses patients. L'enjeu démocratique constitue un autre terrain d'intervention pour l'animation, qui dans la lignée de l'héritage transmis par l'éducation populaire se donne pour mission la promotion de la personne en favorisant l'apprentissage de la citoyenneté dans une visée émancipatrice. Elle pourrait alors soutenir le développement d'une démocratie sanitaire, annoncée dans les textes mais en attente de concrétisation, par sa capacité à insuffler une dynamique réflexive sur la place de l'utilisateur dans le projet de soin.

Pour autant, bien que la reconnaissance législative contribue à rendre visible la place et le rôle des animateurs dans le milieu du soin, la question de la légitimité de ces professionnels face aux soignants n'en demeure pas moins prégnante.

Les travaux scientifiques sur la question (Gillet, 2006 ; Langlacé, 2008 ; Kotobi, 2009 ; Raibaud, 2014) font état de postures et de pratiques peu en adéquation avec les logiques soignantes, voire d'une réelle fragilité dans un contexte de domination d'une profession sur une autre (Lafon, 2009), qui peuvent conduire à un glissement d'identité professionnelle (Gillet, 2006), c'est-à-dire à l'effacement des objectifs et des valeurs de l'animation au profit de la doxa médicale et des impératifs du soin. Kotobi (2009) observe que l'animation est encore trop souvent perçue par les professionnels du soin comme une activité récréative, portée par des personnels « sympathiques », supposés alléger le quotidien d'un environnement marqué par la morbidité et l'austérité. Les pratiques culturelles et artistiques promues par les animateurs apparaissent bien souvent encore comme des « danseuses » venant embellir les institutions » (Ward, 2014). À ces représentations teintées de méfiance et d'incompréhension, se greffe aussi un enjeu de concurrence dans la relation au patient, les soignants craignant de se voir dépossédés du lien privilégié qui les unit au malade. L'animation peut également, comme le suggère Kotobi (2009), être instrumentalisée dans une logique thérapeutique. Le travail de l'animation se voit alors subordonné à celui du soin dans l'objectif d'aider le patient à retrouver ses fonctions au détriment de la dimension sociale et collective d'une prise en charge globale.

Le dispositif Culture et Santé apparaît comme une occasion d'expérimentation dans des politiques publiques traditionnellement cloisonnées (Henry, 2014), puisqu'il met en relation des acteurs aux objectifs professionnels, aux valeurs et aux pratiques éloignés et fait se connecter des mondes organisationnels qui se sont structurés selon leurs logiques propres. Dans ce cadre, le projet d'établissement de la clinique Jean Sarrailh réserve une place significative à l'animation qui apparaît comme l'un des éléments, aux côtés du médical, d'une approche pluridisciplinaire du projet de soin individualisé.

Mais de quelle place s'agit-il exactement ? L'animation est-elle reconnue au travers des valeurs qui lui sont propres ou est-elle assujettie aux finalités thérapeutiques ? Quel est le rôle exact des animateurs et par quels spécificités, outils et méthodes s'expriment-ils ? Se sentent-ils partie prenante du projet ou à la marge de celui-ci ? Nous nous proposons d'observer et d'analyser ces points d'empiètement et de confrontation entre ces deux univers professionnels afin d'en souligner les tensions mais également les possibilités de coopération.

### **Le projet de soin de la clinique Jean Sarrailh : une triple prise en charge soin – étude – animation**

Située dans une commune de 7000 habitants dans le département des Landes, la Clinique Jean Sarrailh accueille des jeunes filles et garçons âgés de 14 à 20 ans, présentant divers troubles psychiatriques<sup>3</sup>. La clinique est l'un des 12 établissements de la Fondation santé des étudiants de France (FSEF), prestataires de soins et d'études. Créée en 1923, reconnue d'utilité publique en 1925, la Fondation investit les locaux du séminaire d'Aire-sur-l'Adour en 1949 pour y établir un sanatorium. Après avoir pris le nom de centre Jean Sarrailh en 1964, l'établissement est ensuite agréé en 1971 comme maison de santé pour maladies mentales. Le centre prend le nom de clinique médicale et pédagogique Jean Sarrailh en 1996. L'agrément de l'établissement est de 80 lits et places.

3. Des troubles schizo-phréniques, de conduites alimentaires (anorexie, boulimie...), anxieux, et notamment anxieux de l'école (phobies scolaires), de l'humeur, de la personnalité (troubles des conduites, états limites...), autisme...

Depuis 1933, la FSEF a constitué un réseau d'établissements associant soins et études. La mission première de la Fondation était de permettre à des jeunes malades de bénéficier de soins médicaux tout en poursuivant efficacement leurs études universitaires ou leur scolarité, ces dernières présentant « un élément fort de la reconstruction du jeune ». La prise en charge tient compte de la spécificité des troubles psychiatriques survenant à l'adolescence, en offrant un contrat de soin individualisé privilégiant une approche thérapeutique centrée sur le soulagement de troubles psychopathologiques inscrits dans l'histoire et l'environnement de l'adolescent.

L'objectif est de construire avec chaque patient un projet global associant les soins à un projet éducatif et scolaire dont le but est la réinsertion sociale. Ce projet de santé personnalisé prend en compte, au-delà de la dimension physique et psychologique, l'environnement social du patient.

Ces finalités psychosociales, visant à favoriser l'autonomie et la resocialisation des patients, se réfèrent à l'héritage clinique de la psychothérapie institutionnelle, développée en France de l'après-guerre par F. Toqueslles au sein de l'hôpital de St Alban, puis par J. Oury au Château de La borde. Pour les tenants de cette nouvelle psychothérapie, l'institution psychiatrique s'oppose à l'asile comme « institution totalitaire » (Goffman, 1979) et hiérarchisée. Elle doit être un instrument du soin, à l'organisation horizontale, pensée en lien avec le tissu social du malade (Aymes, 1985). Les patients doivent être soignés dans la cité, au plus près de leur lieu de vie et non en des lieux ségrégatifs et désocialisants. Notons que le processus actuel de territorialisation des politiques publiques de la santé accentue ce mouvement vers l'extérieur. L'enjeu est en effet devenu majeur pour l'hôpital qui, aux prises avec une réflexion sur la santé publique et la continuité des soins, est sommé de créer des liens avec son environnement (Nardin, 2009). L'idée fédératrice de la psychologie institutionnelle est que « ce qui soigne dans la psychose c'est avant tout le développement ou le rétablissement du lien social » (Duprez, 2008), ceci en prenant pour support la vie quotidienne par le biais d'activités dans lesquelles s'investissent patients et soignants. Dans la mise en place de ces activités notamment culturelles, la psychothérapie institutionnelle puise d'un point de vue historique dans l'apport du théâtre populaire ainsi que des méthodes d'éducation actives (C.E.M.E.A.) (Oury, 1976 : 236), auxquelles contribuera dans un rapport inverse, le psychiatre Daumezon, autre figure cardinale de ce courant clinique.

L'intervention médicale à Jean Sarrailh est appréhendée dans une approche globale, multifocale, prenant en compte les ressources du patient et son contexte de vie. Elle s'appuie sur des dispositifs qui concourent à « accueillir le jeune, lui fournir une alimentation saine, développer ses savoir-faire, faciliter sa place au sein du groupe et prévenir les conduites addictives »<sup>4</sup>. Ces interventions mobilisent des équipes pluridisciplinaires réunissant médecins, soignants, travailleurs sociaux et personnels de l'éducation nationale autour de la situation et du projet du patient, dans un objectif de transdisciplinarité, mais aussi la famille, les aidants, les professionnels de santé de proximité, les institutions externes d'aide et de soutien. L'articulation des différents savoir-faire médicaux et pédagogiques réalise « une alliance thérapeutique »<sup>5</sup> qui mise sur l'articulation entre soins et reconstruction sociale pour surmonter la maladie.

La particularité de la clinique Jean Sarrailh est d'avoir ajouté une troisième dimension à la prise en charge sous la forme d'une politique d'animation au service de la réinsertion sociale du jeune patient. Des ateliers de pratique sportive et d'expression artistique, conduits par des animateurs diplômés d'État participent de la définition du projet de soin.

4. Projet institutionnel de la Fondation.

5. *Ibid.*

À son arrivée, une phase d'accueil de quatre semaines est proposée au jeune patient dans lequel il s'engage à participer aux différents ateliers d'expression et de soin. À l'issue de ce parcours, un projet de soin individualisé lui est proposé, tenant compte « des envies affirmées et des envies sous-jacentes. De ce dont il a envie mais qu'il n'ose pas exprimer. Durant cette phase, on repère des problématiques que tel type d'ateliers permettrait de dépasser » (animateur). En validant le projet, le patient s'engage à suivre les activités prescrites qui revêtent alors un caractère obligatoire. Ces activités parallèles au soin assurent pour l'équipe médicale une « continuité psychique » qui permet de recueillir des informations sur le jeune tout au long de son parcours de soin. Au cœur de cette offre socioculturelle, un concept innovant a été développé par l'équipe d'animation.

### **Le concept de « cirque adapté » : un outil pédagogique et d'expression innovant**

Développé à la clinique en 1990 par un animateur et une infirmière après une première expérience à l'école de cirque de Capbreton, le cirque adapté, qui ne vise pas comme son nom pourrait le laisser entendre les personnes en situation de handicap physique, s'inscrit dans la démarche de l'éducation populaire en considérant le participant comme acteur de son apprentissage et s'inspire des techniques de la psychomotricité fonctionnelle de Jean Leboulch.

Le cirque adapté est un cirque pédagogique et non pas thérapeutique, qui puise dans les techniques circassiennes pour travailler la connaissance et l'estime de soi, la socialisation, l'autonomie, la valorisation des capacités créatives. Il se profile sur la base d'un modèle essai/erreur afin de ne pas renvoyer la personne à ses échecs passés. La méthode permet de développer chez le jeune patient l'esprit critique et l'imaginaire, la capacité à coopérer, la découverte et la croyance en ses capacités ainsi qu'une meilleure gestion de ses émotions. Dans le cirque adapté, chacun est invité à exprimer sa singularité dans un contexte collectif où l'interaction avec l'autre est centrale. Deux exemples vont nous permettre d'illustrer le propos. Dans l'exercice du parachute, chaque participant fait bouger la toile du parachute d'une façon libre et personnelle. La progression vers l'acceptation d'une « pensée divergente », au sens où chacun a le droit de s'exprimer différemment, s'accompagne d'une attention à l'autre au sein d'un projet collectif : c'est le groupe qui soulève ensemble le parachute. De même, la technique du *passing* (de la balle par exemple) oblige chaque participant à regarder l'autre, à le prendre en compte dans le geste. Passer la balle ouvre à la relation interpersonnelle, à l'inverse refuser de la passer permet d'apprendre à dire non. L'activité suppose également l'incorporation de normes dans une visée de socialisation. Le cirque adapté se pratique dans un cadre structurant donc invariant qui comporte des règles et des contraintes : horaires, respect des lieux et des personnes. En outre, bien que la visée soit avant tout pédagogique, la technique comporte une pratique artistique réelle au travers par exemple de l'art clownesque ou du jonglage, pratique qui peut aboutir à la création de numéros présentés publiquement. La notion de représentation peut alors être abordée dans l'objectif de travailler sur le regard d'autrui. Toutefois, il importe que la représentation soit au service de la valorisation de chacun et non vécue comme un moment obligé, aussi celle-ci reste-t-elle tributaire du désir des participants.

La clinique Jean Sarrailh est le seul lieu de soin en France possédant le statut d'école de cirque agréée. Les animateurs sont tous des enseignants diplômés. L'équipe de la clinique est également à l'origine de la création, en 1992, de l'AFCA (association française de cirque adapté). Structure d'éducation populaire agréée, l'AFCA intervient auprès de nombreux établissements médico-sociaux et travaille en collaboration avec la FFSA (fédération française de sport adapté) et la FFEC (fédération française des écoles de cirque).

L'AFCA est également l'opérateur culturel partenaire de la clinique pour son projet culturel. Le dispositif Culture et Santé prévoit, en effet, que des jumelages soient instaurés entre l'établissement



de santé et un partenaire culturel<sup>6</sup>. Un conventionnement formalise le partenariat et détermine le rôle et les engagements de chacun en termes de ressources humaines et financières, dans le cadre d'une construction conjointe de la politique culturelle de l'établissement hospitalier.

L'AFCA dispose d'un lieu de diffusion, sous la forme d'un chapiteau situé à proximité de la clinique, au sein duquel l'association propose une programmation artistique dont bénéficient de manière privilégiée les personnels et les patients de la clinique.

L'atelier cirque occupe donc une place centrale dans le projet culturel de la clinique et se démarque des autres activités dans l'éventail proposé au jeune patient. Il est l'objet, dès lors que ce dernier choisit de le suivre, d'une attention particulière. Le suivi de l'activité permet de recueillir des informations sur le jeune tout au long de son parcours. Un groupe d'observation constitué d'animateurs et de soignants évalue les effets sur le patient sur divers aspects : vécu corporel, relation à l'autre, capacités créatives, autonomie, dimension culturelle, etc.

### **Des divergences sur le sens des pratiques**

La mise en place d'une observation conjointe semble à première vue confirmer l'imbrication réussie des trois logiques et l'importance de l'animation dans le processus de prise en charge et de suivi du patient. Pourtant, l'articulation entre ces mondes professionnels qui se sont construits sur des logiques et des finalités différentes voire opposées ne se fait pas sans confrontation et révèle des tensions entre les catégories de professionnels sur les visées du projet de soin. Une première forme de divergence apparaît entre les acteurs quant aux effets attendus de l'animation culturelle dans une démarche de soin.

### **Finalité thérapeutique ou sociale**

Ainsi, les soignants attendent des effets thérapeutiques concrets et considèrent les activités et projets culturels comme « nécessaires pour la revalorisation narcissique » (médecin) du jeune patient. L'atelier d'expression est appréhendé comme un espace de soin à part entière, « un refuge pour le jeune pour parler de sa souffrance qui ne peut pas se dire dans le contexte du soin » (infirmière). L'animation fait donc partie intégrante de la prise en charge sur un volet psychosocial de remise en lien avec la société. La visée, clairement thérapeutique, pour l'équipe soignante, permet de traiter des problématiques d'inhibition, de narcissisme et de relation à l'autre. Pour le médecin coordonnateur, le travail de l'animation « est fondamental pour relancer quelque chose chez l'adolescent sur une partie saine ».

De leur côté, s'ils reconnaissent les effets positifs de leur action sur le bien-être des patients, les animateurs souhaitent au contraire « lever l'indication thérapeutique pour être dans le thérapeutique ». Ils affirment un mode d'intervention basé sur l'action collective et la démarche du projet qui, s'il peut avoir des vertus thérapeutiques *a posteriori*, répond avant tout au fondement premier de l'animation, à savoir la promotion individuelle dans un cadre collectif et la restauration du lien social (Langlacé, 2008 : 58). Les ateliers, à travers lesquels les animateurs déploient tout un bagage de techniques de médiation expressive et créative (Ward, 2014), offrent au patient un espace en dehors du soin, donc moins contraint, dans lequel il peut s'exprimer autrement, s'extraire

---

6. Le dispositif Culture et Santé s'appuie sur une convention interministérielle dont l'objectif est d'inciter acteurs culturels et responsables d'établissement de santé à construire ensemble une politique culturelle inscrite dans le projet d'établissement de chaque structure.

de la relation soignant-soigné et retrouver son identité autant que son appartenance à un groupe. En outre, l'art constituant avant tout une possibilité d'expérience, l'activité de création artistique ne peut pas être investie d'intentions et on ne peut qu'imaginer les effets qu'elle peut avoir sur les personnes, sans pouvoir à l'avance les déterminer (de la Croce, 2014). La visée thérapeutique qui, elle, répond à des critères d'observation et d'évaluation précis, ne peut s'inscrire dans cette incertitude.

Certes l'animation joue un rôle complémentaire à celui du soin et contribue au mieux être du patient mais elle opère selon une logique autre. Si l'animation peut « parfois servir de support à l'acte de soin », c'est parce que justement elle se préoccupe moins du soin que du « prendre soin » (Langlacé, 2008 : 29).

Les tensions observées traduisent également la nécessité pour l'animation d'affirmer une identité propre dans un milieu dominé par la culture médicale. Ainsi la différenciation s'opère dans le vocabulaire même des acteurs, les expressions « revalorisation ou restauration narcissique » communément employées par les médecins et soignants relèvent d'un jargon médical que les professionnels de l'animation sont réticents à s'approprier.

Refusant d'être assimilés à des thérapeutes, les animateurs souhaitent incarner la figure du tiers qui permet d'ouvrir le soin sur d'autres dimensions du bien-être de la personne. De même le caractère obligatoire des ateliers, qui constituent pour l'équipe médicale de véritables prescriptions médicales assumées par une équipe pluridisciplinaire, ne remporte pas l'adhésion des animateurs. L'obligation équivaldrait selon eux à une injonction paradoxale du fait de l'impossibilité « d'instaurer une dynamique de groupe avec des personnes qui résistent, qui vont saboter la dynamique » (animateur). Ils prônent alors la mise en place de cette dynamique relationnelle sur la base de la libre adhésion de chacun et rappellent la visée socialisante des activités structurées autour de projets collectifs.

### **L'animation en quête de légitimité**

Les questions de légitimité (Lafon, 2009 : 94), apparaissent donc au centre des préoccupations des animateurs de la clinique Jean Sarrailh, sans pour autant que l'on puisse observer un glissement d'identité qui verrait s'opérer, comme l'analyse J.C. Gillet, un passage de la promotion de l'individu axée sur ses capacités à sa réparation centrée sur les manques et déficiences (Gillet, 2006 : 153) caractéristiques de la logique médicale. Ces divergences renvoient plus justement à la nécessaire mise en altérité de la profession, en vue d'obtenir valorisation et reconnaissance dans une organisation hospitalière marquée par la domination du médical. Ainsi, les professionnels de Jean Sarrailh se prévalent-ils d'une réelle indépendance lorsqu'ils soulignent que le service d'animation ne dépend pas du secteur médical mais de la direction. Ce lien fonctionnel et non hiérarchique leur permettrait d'être dans un « travail de partenariat avec la partie soin » (animateur), tandis qu'ils situent leur action dans « un espace entre deux contraintes, la maladie et l'enseignement, un espace où on n'est pas dans la nécessité de se guérir ou de livrer un examen » (animateur).

Cette revendication d'autonomie, sans doute nécessaire pour la clarification des finalités et rôles des différentes catégories d'acteurs, présente néanmoins des limites, et certains professionnels au sein de l'équipe animation pointent alors l'écueil d'une différenciation trop affirmée. L'objectif avancé par le service animation est de travailler à la valorisation du jeune en développant, nous l'avons vu, ses capacités créatrices. À cet effet, les techniques circassiennes sont sollicitées en vertu



de leur portée à la fois pédagogique et artistique. Mais les jeunes patients, en quête d'affirmation individuelle et de reconnaissance, peuvent utiliser la maîtrise de ces techniques comme un moyen d'acquiescer et de se prévaloir d'un statut par rapport à d'autres moins capables ou enclins à exploiter l'outil. Le cirque traditionnel renvoie, rappelons-le, à la performance et à la suprématie de l'homme sur la pesanteur et sur l'animal. Si le cirque adapté se revendique de la mouvance des arts du cirque contemporain et se définit avant tout comme une pratique sociale visant l'expression et non la performance, ces enjeux éducatifs et identitaires ne sont toutefois guère abordés dans la réflexion globale. Le service animation apparaît en effet réticent à les partager avec les équipes soignantes parce que « le médical viendrait alors sur le terrain de l'animation », confesse un animateur.

La problématique de l'évaluation, qui oblige au croisement des pratiques tout en soulevant la difficulté à y parvenir, vient alors souligner en creux la question de la légitimité de l'animateur dans un établissement de soin. Au-delà, elle interroge sur ce que doit être un établissement de soin, car le problème de légitimité de l'animateur est contenu dans l'ambiguïté d'un projet qui place l'ouverture au centre sans toutefois parvenir à se défaire de l'emprise du médical qui assujettit les autres professionnels.

Une grille d'évaluation interne a été conçue en commun par les soignants et les animateurs. Cet outil vise à proposer une évaluation complexe, à la fois formative (guider les jeunes dans un processus d'apprentissage), de diagnostic (suggérer un pronostic) et sommative (vérifier la somme des acquisitions). Les observations portent sur différents items tels la relation à l'autre, le vécu corporel, les capacités motrices et relationnelles, l'autonomie, la production créatrice. Les synthèses de ces observations sont partagées en réunion pluridisciplinaire entre les référents des services d'animation, des études et du soin. Mais l'outil d'évaluation rencontre des critiques. La nature de l'information transmise reste floue pour certains professionnels de l'animation tout comme la manière dont elle est traitée et pour quelles finalités : « C'est pas évalué. Ça se fait mais plus par défaut que par stratégie ». Si les animateurs reconnaissent que la question du sens est posée au préalable, « l'utilisation après dans la thérapie, dans l'accompagnement, en quoi c'est un levier, ça reste dans la tête du psychiatre ». On voit là poindre une réelle difficulté à assumer un positionnement clair face aux personnels soignants car ni la valeur, ni l'apport de l'animation dans le soin ne semblent aisément qualifiables et encore moins mesurables à l'aune des critères médico-techniques dominants. L'actuelle politique d'accréditation des établissements qui vient renforcer l'importance du curatif et de la technicité (Kotobi, 2007), selon une logique de rentabilité des soins, ne laisse guère de place à des critères d'évaluation extra-médicaux et contribue à marginaliser toujours plus l'apport de l'animation dans un projet de soin.

Si la mise en place d'une procédure d'évaluation fiable semble une gageure, il n'en demeure pas moins qu'elle est perçue comme une nécessité par les animateurs « pour créer une dynamique institutionnelle », à condition, précisent-ils, que la direction s'en saisisse. Bien que ces professionnels aient le sentiment de ne pas être « utilisés pour travailler à la guérison du jeune », ils sont « persuadés d'y contribuer ».

Les conflits entre cultures professionnelles ne concernent pas seulement le soin et l'animation. Des tensions apparaissent également dans le rapport entre animateurs et artistes, alors même que ces mondes sociaux semblent proches, voire alliés, dans leur commun usage des arts et de la culture pour l'épanouissement et le développement de la personne.

### **Le rapport à l'artiste révélateur d'enjeux plus ou moins bien partagés**

Le service d'animation porte le projet culturel de l'établissement qui s'est engagée dans le dispositif Culture et Santé depuis 2008. Les projets artistiques développés et financés dans le cadre du dispositif interministériel permettent aux jeunes patients de bénéficier d'une pratique artistique de qualité, tandis que les artistes intervenants disposent d'un lieu de résidence pour développer leur création. La présence de ces derniers est à la fois ancienne et régulière au sein de l'établissement psychiatrique.

Un artiste circassien est récemment intervenu dans ce cadre auprès des jeunes et des soignants. Le projet qu'il a développé a permis à l'ensemble des équipes de s'impliquer auprès du jeune dans ces différents espaces de vie, inversant la logique spatiale et médicale qui oblige le patient à se rendre dans des lieux d'activités dédiés. L'impact de la présence de l'artiste sur la dynamique relationnelle est jugé très positivement par tous les acteurs, et avant tout les jeunes pour qui l'artiste « était très ouvert » et avec lequel, affirment-ils, « on pouvait parler ». Un discours qui renvoie en miroir une image moins accessible de l'adulte encadrant, y compris des animateurs, alors même que ces professionnels sont supposés incarner le versant récréatif de l'accompagnement thérapeutique. Ainsi les animateurs n'échappent-ils pas à la contrainte et à la routine institutionnelles alors même que leur ethos professionnel les conduit à se penser à côté de l'institution, du côté du patient. L'artiste symbolisant alors pour les jeunes l'ouverture vers l'extérieur et l'opportunité d'expression de soi.

Le regard de l'artiste est en effet très valorisant pour des jeunes gens dont l'image de soi est fortement altérée. « La parole de l'artiste est plus forte, note une infirmière, les jeunes y faisaient référence dans les ateliers ». Sacralisé, son discours apparaît plus crédible parce que selon les jeunes avec lui, « l'approche n'est pas la même », de même les finalités semblent plus claires alors qu'« avant avec les animateurs on faisait des activités où on devait jongler sans le côté technique, on devait trouver des figures, ça nous parlait pas ». En introduisant une rupture avec le quotidien, l'artiste ouvre l'expérience au-delà des attendus pédagogiques et permet aux jeunes de prendre conscience de leurs capacités d'expression et de se libérer du jugement d'autrui : « il nous a libéré dans l'esprit de la création, il nous a appris avant tout à faire passer une émotion, à raconter une histoire... Des fois on se prend trop au sérieux. Participer à une activité artistique, ça permet de raconter ce que nous on veut, de libérer ses émotions, de le faire partager aux autres sans réfléchir à ce que l'autre va penser ». Face à l'aura dont jouit l'artiste, le travail de l'animation peut alors paraître moins légitime : « Nous quand on dit des trucs, explique un animateur, on n'est pas forcément crédibles par rapport aux jeunes, ou aux professionnels... On passe pour des joyeux rigolos. Dans la tête de plein de gens, c'est encore ça ». Les animateurs ont pour la plupart suivi des cursus artistiques poussés, à visée professionnalisante pour certains ; ces compétences leur permettent de rester connectés au réseau professionnel et d'enrichir la pratique dans les ateliers destinés aux patients. Mais si pour certains « l'artiste incarne le discours des animateurs » et « nous remet à notre place » parce qu'« on n'est pas des pseudos artistes » ; pour d'autres, le discours des jeunes apparaît comme un déni de leurs compétences, car l'animation vise, tout comme l'artiste intervenant le propose, à mettre l'accent moins sur la technique que sur le symbolique, à explorer de nouveaux moyens d'expression de soi ou encore à apprendre à dépasser la crainte du regard d'autrui.

La présence de l'artiste apparaît ici comme un facteur de réflexion et de changement potentiel. Il n'est pas seulement un intervenant complémentaire au projet dont les compétences s'ajusteraient

avec plus ou moins de facilité à celles des autres professionnels. Par sa position externe à l'institution, il bouscule les modes de fonctionnements et introduit ainsi un déplacement dans les postures qui permet d'interroger les pratiques professionnelles, en particulier des animateurs, les conduisant à repenser leur positionnement et leur spécificité.

L'expertise des animateurs se situe non pas en dehors du champ artistique, mais en complément de la démarche, comme un appui à la fois méthodologique et sensible à l'intervention de l'artiste. Un animateur explique que ce qui le différencie de celui-ci, c'est « la conduite de l'activité, les artistes souvent ne sont pas pédagogues, au sens où lorsqu'ils conduisent l'atelier, ce sont eux les metteurs en scène. Nous, on ne veut pas qu'ils mettent en scène nos idées. Nous, le processus nous intéresse autant que le résultat ». En outre, la qualité de l'animation est de pouvoir agir sur la durée alors que l'artiste intervient de façon ponctuelle ; les animateurs ont pour eux « cette force interne reconnue, avec des ressources, des locaux, du matériel, avec un budget et des personnels » (animateur).

Au-delà des disparités, voire des rivalités, entre ces deux catégories d'acteurs, artistes et animateurs se rejoignent sur les effets de l'expérience esthétique que tous deux provoquent selon des modalités et des finalités différentes. L'expérience esthétique joue sur l'altérité et le rapport à l'autre. Elle permet de rassembler et de lier les participants entre eux, tandis que la créativité sollicitée au travers du jeu (ici circassien) contribue à ce que chaque participant puisse retrouver une cohésion de soi et entrevoir le sens et la totalité de son existence (Loser, citant Winnicot et Gadamer, 2014). Dans la sollicitation du corps au travers de l'activité artistique, c'est également l'esprit qui se trouve développé puisque la construction de l'identité, poursuit Loser (2014), passe par l'expérience corporelle et la manière dont celle-ci structure les besoins, les habitudes, les intérêts, les plaisirs et les capacités de chacun. Pour les jeunes, confrontés à une étape clé de leur développement, l'usage du corps en lien avec la question identitaire s'impose comme un moyen essentiel d'exploration de leurs émotions, désirs et angoisses (della Croce, 2014).

L'alliance entre artistes et animateurs implique donc un ajustement subtil entre d'une part, des compétences techniques proches et, d'autre part, des spécificités d'ordre esthétique et sensible pour les uns, organisationnelles et méthodologiques pour les autres. Elle s'incarne et se légitime aux yeux des jeunes dans le partage et l'explicitation des objectifs et des attendus pour chaque catégorie de professionnels, dans le contexte du projet de soin.

### **La place et le rôle de l'animation dans l'institution hospitalière**

La santé est définie par l'OMS comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »<sup>7</sup>. Cette conception, aujourd'hui largement admise, suppose que l'art de guérir « considère la maladie d'un point de vue des expériences et des perceptions subjectives comme une menace à la vie bonne » (Dahl Rendtorff, 2011).

Alors que la médecine agit selon des paramètres plutôt binaires, l'animation, parce qu'elle se préoccupe des conditions sociales favorables à l'épanouissement personnel, constitue un outil transversal adapté à l'approche globale du patient et à la prise en compte de toutes les dimensions de son bien-être. La culture et l'expression artistique que l'animation sait mobiliser à cet effet

---

7. Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé adopté par la Conférence internationale sur la santé, New York, 19-22 juin 1946.

représentent, les professionnels du soin comme de l'animation en sont convaincus, un « vecteur de guérison et d'ouverture au monde ». Le repli sur soi inhérent à la maladie et exacerbé chez les adolescents porte le risque de « chronicisation » que dénonçait Goffman dans son observation des institutions fermées. L'outil culturel constitue alors un moyen privilégié pour rompre avec l'enfermement, gagner l'estime de soi qui fait défaut et trouver sa place dans la communauté. L'expression culturelle et artistique répond également à la nécessité pour les adolescents de structurer les multiples formes de la parole et au-delà de prévenir les pulsions destructrices envers soi ou les autres, car comme le note Carol Gilligan « l'antithèse de la voix est la violence » (Gilligan, 2011).

Le responsable du service animation résume ainsi l'action qu'il mène : « il faut savoir prendre soin des gens pour pouvoir les soigner ». L'approche que propose l'animation dans le projet thérapeutique relève en effet de la philosophie du « prendre soin » ou *care* en anglais.

Théorisé par Gilligan, dans son ouvrage de référence, *Une voix différente* : Pour une éthique *du care*, (2009), le *care* est à l'origine associé à une éthique ou morale féminine. Sur la base d'une enquête sociologique, l'auteure montre que le développement moral des femmes est différent sans être inférieur à celui des hommes, celles-ci présentant une éthique spécifique modelée par la relation et l'attention à autrui mise en œuvre et adaptée à un contexte singulier qui s'oppose à une morale masculine dominante orientée quant à elle par des notions générales d'impartialité et de justice valables en toutes situations. Le *care* redéfinit donc l'éthique à partir du sensible et de la situation sans pour autant opposer la sensibilité et la raison (Paperman et Laugier, 2011), non pas pour en faire une morale portée par les femmes mais pour en souligner les valeurs et principes universels. Réconcilier la sensibilité et la raison, l'art et la vie, semble faire écho aux missions de l'animation au travers des outils d'expression qu'elle mobilise pour la promotion d'une pensée émancipée. Dans le système moral promu par le *care*, la personne est replacée au centre de la réflexion ; initialement conçu pour lutter contre les inégalités de genre, le *care* entend faire entendre la voix des plus vulnérables. Dans le contexte de la clinique Jean Sarrailh, l'animation contribue à permettre au jeune patient d'exprimer ses émotions et sa sensibilité en dehors de la relation de soin ; en sollicitant le groupe comme outil de développement personnel, elle apporte la dimension sociale de l'accompagnement. Dans cette perspective, l'animation socioculturelle vient répondre à la problématique de la prise en charge sanitaire en y ajoutant une compétence spécifique qui permet d'améliorer le bien-être du patient et facilite sa resocialisation. Pour aller plus loin dans la résolution de la situation de vulnérabilité, il serait pertinent que l'animation se préoccupe de prendre en compte l'environnement social du patient. En effet, si la vulnérabilité est, comme le souligne Joan Tronto, autre figure théorique du *care*, une condition commune à tous, il n'empêche que nous ne sommes pas tous égaux face à elle et que des facteurs sociaux concourent à toute situation de vulnérabilité. Le principe de justice sociale qui anime l'éducation populaire rencontre ici l'idéal du *care*.

S'ils n'ont pas le monopole de la relation avec le patient, les animateurs agissent en complémentarité et en soutien des soignants dans l'établissement d'un rapport sensible au jeune. Dans un contexte de rationalisation de l'activité médicale et d'accroissement de la charge de travail telle que ressentie par les personnels hospitaliers, cette spécificité est fortement appréciée par ces derniers qui envisagent l'espace de médiation ouvert par l'animation comme une opportunité de retrouver le lien à la personne qu'ils n'ont plus assez le temps de développer.

Bien que le Care se définisse comme l'éthique de la relation fondée sur l'expérience concrète des personnes (Gilligan, 2011 : 44) et en cela constitue un instrument moral directement transposable dans la société, le *care* peine à s'imposer parce qu'il reste associé dans les représentations collectives à un ensemble de pratiques qui « relève de l'ordinaire » mal rémunérées et peu considérées, et généralement effectuées par les femmes (Langlois, 2011). Confronté à la logique dominante du soin médical, l'animation partage avec ce champ de pratiques une certaine invisibilité qui rend difficile sa reconnaissance comme partenaire à égalité du secteur médical dans l'organisation hospitalière et la prise en charge du patient. Le soin attentionné se heurte encore dans la hiérarchie des représentations à la domination du soin distancié.

Les animateurs de Jean Sarrailh se montrent ainsi préoccupés par la manière dont leur rôle est considéré au sein de l'institution car celui-ci fait encore l'objet de questionnements, si ce n'est sur le sens, au moins sur sa portée et son impact.

Cependant, la question de l'identité et de la recherche de légitimité ne doit pas dominer sur « la position militante et politique de l'animation liée à la place réelle des patients » (Lafon, 2009 : 101). Au-delà de viser la réparation sociale ou de ne constituer qu'un simple levier sur la maladie, l'animation a pour objectif de donner aux individus et aux groupes dont elle s'occupe les capacités d'agir. Parce qu'elle joue « un rôle indispensable à l'appropriation de leur santé par et pour les individus » (Kotobi, 2007 : 151), l'animation doit se saisir d'enjeux sociétaux, dont la démocratie sanitaire est aujourd'hui la plus prégnante.

Les législations conduisent à renforcer la participation des usagers dans la prise de décision et à ouvrir les structures à la société civile et au profane, faisant du soin un sujet au cœur des débats démocratiques et non plus une affaire d'experts et de spécialistes. L'usager du système de soin apparaît comme un acteur institutionnel incontournable, au moins en théorie. La Fondation des étudiants de France évoque volontiers, dans son projet institutionnel, le principe de démocratie participative que la loi de 2002 a défini comme étant « la participation conjointe des professionnels, usagers et élus à la définition d'une politique de santé publique afin d'améliorer le fonctionnement et l'efficacité du système de santé »<sup>8</sup>. Puisque l'animation porte les ambitions de l'éducation populaire, à savoir l'apprentissage de la citoyenneté et l'acquisition de l'autonomie, elle pourrait jouer un rôle pivot dans l'implémentation de logiques démocratiques au sein de l'établissement, en favorisant, par exemple, la participation des jeunes et de leurs familles à la procédure d'évaluation du parcours de soin.

De plus, la dynamique territoriale dans laquelle les établissements de soin s'impliquent depuis la création des pôles territoriaux, les conduit à mieux s'inscrire dans leur environnement de proximité. Dans ce contexte, les pratiques d'animation peuvent permettre de mieux prendre en compte les spécificités des populations (Lafon, 2009 : 104) et de favoriser l'intégration des patients en créant des liens avec la cité. Un idéal d'intervention fortement ancré dans l'éthos de ce champ professionnel, mais également bien identifié par les professionnels du soin : une infirmière de la clinique considère ainsi les ateliers d'expression comme des « ateliers de médiation avec le dehors ».

---

8. La notion de droit du malade voit le jour par le décret du 14 janvier 1974. Elle sera réaffirmée dans la loi du 31 juillet 1991 et la loi du 4 mars 2002. Dans le secteur médico-social, la loi du 2 janvier 2002 oblige à penser la participation des usagers et/ou des familles et/ou des responsables légaux. La notion de démocratie sanitaire apparaît quant à elle en 1999 au moment des états généraux de la santé.

La capacité de l'animation à travailler en transversalité peut également servir de levier pour décloisonner les services, créer des dynamiques coopératives plus poussées et faciliter le rapport soignant-soigné. Mais cette capacité, que les animateurs seraient les seuls à pouvoir incarner, renvoie à la complexité de leur position à la fois dans et hors de l'institution, garante de leurs logiques et enjeux propres et opérant en soutien de celles des autres professionnels.

Nos observations, corroborées par le bilan du projet d'établissement 2000-2014, ciblent un manque de coopération entre les professionnels pourtant essentiel à la mise en place de cette « alliance thérapeutique » entre le médical et l'animation.

Coopérer, c'est penser les articulations sur le mode non pas de l'interdépendance mais de l'interaction où chacun occupe une place essentielle dans le projet (Herreros et Milly, 2011). C'est également instaurer une compétence partagée qui à la fois relève de sa compétence spécifique et enrichit celle de l'autre (Bordeaux et Deschamps, 2013). Il n'en demeure pas moins que la coopération ne s'instaure pas aisément et requière des compétences spécifiques. Elle constituerait, selon Richard Sennett, un savoir faire, celui de relier des gens « qui ont des intérêts différents, voire contradictoires, [ ... ] qui sont dans une relation d'inégalité ou qui simplement ne se comprennent pas les uns les autres » (Sennett, 2014 : 17). Il est en effet difficile pour des mondes qui se sont construits selon des valeurs, des modalités et des finalités distinctes de trouver un sens d'agir commun, chacun opérant également selon les normes, les règlements et les principes propres à sa culture professionnelle. Ajoutons qu'une véritable coopération se situe au-delà du partenariat qui lui associe des acteurs selon une finalité opérationnelle commune et qu'elle suppose un décalage ou un dépassement de sa propre discipline. Ainsi, plus que de travailler en interdisciplinarité, il s'agit de viser une logique de transdisciplinarité que l'on pourrait définir selon la formule de Basarab Nicolescu (et développée par Edgar Morin) comme « ce qui est à la fois entre disciplines, à travers les disciplines et au-delà de toutes les disciplines » (Nicolescu, 1996).

Pour aménager les conditions de la coopération, il est peut-être nécessaire, comme le suggèrent Herreros et Milly (2011), de mettre en place des scènes de controverse afin de créer une connaissance de l'autre, une relation à l'autre et au final un collectif. En tout état de cause, la question de la relation dialogique (Sennett, 2014) et de mise en confrontation des représentations de chacun apparaît comme un préalable à l'élaboration d'un espace et d'un langage communs. Si le projet que l'on se donne en commun constitue en soi un espace de frottements et d'ajustements qui oblige les contributeurs à agir et à opérer un mouvement vers l'autre, il ne suffit pas pour autant, comme nous l'avons vu dans l'exemple de Jean Sarrailh, à instituer une coopération véritable.

La mise en place d'un « échange différenciateur » (Sennett, 2014) suppose de reconnaître les divergences dans les positions et les visions et d'accepter que celles-ci puissent être l'objet d'une négociation dans la perspective de définir un objet transdisciplinaire. La tentation de se recentrer sur son métier et de protéger ainsi une identité professionnelle apparaît alors comme un risque de cloisonnement qui compromettrait la construction du projet commun.

## Conclusion

Le cas de la clinique Jean Sarrailh présente une alliance professionnelle singulière entre soignants et animateurs autour d'un projet de soin innovant. L'action conjointe de ces professionnels démontre qu'il est possible de créer des dynamiques entre champs disciplinaires sinon opposés, du moins disjoints, et d'impulser des actions culturelles dans des politiques de santé dans l'objectif



d'une meilleure prise en charge des patients. La diversité de ces projets culturels mêlant diverses disciplines artistiques et associant soignants, patients, artistes et animateurs permet de conjuguer des moyens et méthodes complémentaires pour une approche globale et multifocale de la maladie.

Cependant, l'animation, rouage essentiel de l'ouverture de l'hôpital sur son environnement, se trouve aux prises des territoires des autres, de leurs enjeux et de leurs valeurs, sans toujours parvenir à affirmer la légitimité de sa position. Le rapprochement entre les identités et cultures professionnelles ne se fait donc pas sans tension et questionnement axiologique, dont la résolution implique une certaine remise en question des postures et modes opératoires de chacun. Le lien entre professionnels appelle donc à une plus grande coopération entre les services et à une meilleure articulation entre les différentes dimensions du soin, tandis que la question de la légitimité de l'animation dans le projet de soin mérite d'être mise en débat et en réflexion par l'ensemble des acteurs engagés dans la prise en charge du jeune patient. Dans cet objectif, la conception du projet culturel d'établissement pourrait être mobilisée comme un espace dialogique, de négociation et de mise en commun des visions et divergences, à partir duquel les acteurs du soin et de l'animation seraient en mesure de construire une approche véritablement transdisciplinaire et coopérative.

L'on pourrait alors émettre l'hypothèse qu'en favorisant la constitution de nouveaux collectifs étayés par des conventionnements et des règles communes au travers du projet culturel, ces pratiques situées à l'intersection des différents positionnements professionnels, produiraient des « chaînes de traduction » en mesure d'aboutir à un changement durable (Akrich et al., 2006).

Le service d'animation dispose au sein de la clinique d'une réelle marge de liberté qui lui permet de développer les liens avec la cité et d'agir ainsi en soutien de la vocation territoriale de l'établissement. En revanche, sa place et son rôle dans la politique interne de l'établissement doivent encore être précisés et confortés. À cet effet, il lui incombe, d'une part, de mieux affirmer ses missions au centre du projet de soin en insistant notamment sur sa spécificité dans la prise en charge à travers le « prendre soin », l'expression et l'autonomie des personnes, et d'autre part, de s'affirmer comme un véritable outil de développement de la démocratie sanitaire, pour une réelle prise en compte des patients et des familles dans la définition du projet de soin. Dans la perspective de porter une pensée politique sur la place du malade dans la société, l'animation rejoindrait alors l'enjeu du *care* qui avec son attention à la voix (à ce que chacun ait une voix), à la sensibilité tout comme à la raison, constitue l'éthique d'une société démocratique.

## Bibliographie

- Akrich Madeleine, Callon Michel et Bruno Latour (2006), *Sociologie de la traduction*, Paris, Presses de l'École des mines.
- Ayme, Jean (1985), « Essai sur l'histoire de la psychothérapie institutionnelle », dans *Actualités de la psychothérapie institutionnelle*, Vigneux, Matrices.
- Bordeaux Marie-Christine et François Deschamps (2013), *Éducation artistique, l'éternel retour ? Une ambition nationale à l'épreuve des territoires*, Toulouse, Attribut.
- Dahl Rendtorff, Jacob, (2011), « La notion de vulnérabilité comme principe fondamental dans la bioéthique et le biodroit », dans Guinchard P. et J.-F. Petit (dir.), *Une société de soins*, Paris, Éditions de l'Atelier, p. 57-61.
- Della Croce Claudia (2014), « Une approche par l'art dans la formation en animation socioculturelle », *Vie sociale*, n°5, p. 101-109.
- Duprez, Matthieu, (2008), « Réhabilitation psychosociale et psychothérapie institutionnelle », *L'information psychiatrique* 10/2008 (Volume 84), p. 907-912.
- Gillet Jean-Claude (2005), *L'animations dans tous ses états (ou presque)*, Paris, L'Harmattan.
- Gillet Jean Claude, (2006), *L'animation en questions*, Toulouse, Erès.
- Gilligan Carol (2011), « Une voix différente. Un regard prospectif à partir du passé » in Guinchard P. et J.-F. Petit (dir.), *Une société de soins*, Paris, Éditions de l'Atelier, p. 37-50
- Goffman Erving (1979), *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*, Paris, Minuit
- Guinchard Paulette et Jean-François Petit (dir.) (2011), *Une société de soins*, Paris, Éditions de l'Atelier
- Henry Philippe (2014), *Un nouveau référentiel pour la culture ? Pour une économie coopérative de la diversité culturelle*, Paris, Éditions de l'Attribut
- Herreros Gilles et Bruno Milly (2011), *La qualité à l'hôpital. Un regard sociologique*, Paris, L'Harmattan
- Kotobi Laurence (2007), « L'ethnicité éclipse dans la recherche identitaire des animateurs professionnels à l'hôpital », in Crenn Ch., Kotobi L. et J.-C., Gillet, *Les animateurs professionnels face à la différence ethnique*, Paris, L'Harmattan, p. 139-152
- Lafon Jeanne (2009), « L'animation professionnelle à l'hôpital public : quelles perspectives de développement pour quelle santé publique ? » in Froissard Ch., Lafon J. et Fr. Lucbernet, *Mémoires professionnels Mater animation*, Paris, L'Harmattan.
- Langlacé Alain (2008), *Animateur dans le secteur social et médico-social*, Paris, ASH.
- Langlois Emmanuel (2011), « Les études du Care en pratique », dans Guinchard P. et J.-F. Petit (dir.), *Une société de soins. Santé, travail, philosophie, politique*, Paris, Éditions de l'Atelier, p. 37-44.
- Liot Françoise (dir.) (2010), *Projets culturels et participation citoyenne*, Paris, L'Harmattan.
- Loser Francis (2014), « Les ateliers de création : une expérience à la croisée de l'esthétique et de l'altérité », *Vie sociale*, n°5, p. 81-100.
- Nardin Anne (dir.) (2009), *L'humanisation de l'hôpital*, Paris, Musée de l'assistance publique – Hôpitaux de Paris.
- Nicolescu Basarab (1996), *La transdisciplinarité, Manifeste*, Monaco, Éditions du Rocher.
- Oury Jean (1977), *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle*, Paris, Payot.
- Paperman Patricia et Sandra Laugier (dir) (2011), *Le souci des autres. Éthique et politique du Care*, Paris, EHESS.
- Petit Jean-François (2011), « Sollicitude et vulnérabilité », dans Guinchard P. et J.-F. Petit (dir.), *Une société de soins : santé, travail, philosophie, politique*, Paris, Éditions de l'Atelier, p. 17-25.

Raibaud Yves (2014), « Les cadres de l'animation face aux problématiques de santé et de genre », dans Ferrand-Brechmann D. et Y. Raibaud, *L'engagement associatif dans le domaine de la santé*, Paris, L'Harmattan.

Sennett Richard (2014), *Ensemble : pour une éthique de la coopération*, Paris, Albin Michel.

Ward John, (2014), « Introduction. Question sociale, questions artistiques », *Vie sociale*, n°5, p. 7-10.

