

réflexion

EXPÉRIENCE

Récit pictural : plaidoyer contre l'érosion du collectif

Une expérience de vie institutionnelle en anesthésie-réanimation au CHU Grenoble-Alpes

Depuis les années 1980, les progrès des techniques biomédicales puis les nouvelles organisations hospitalières ont précipité la médecine dans la voie de sa « déshumanisation ». Prenant le contre-pied de cette inexorable progression, des soignants et des artistes se sont engagés en parallèle dans la pleine affirmation de son humanité. À travers une pratique expérimentale et singulière de la peinture, Anne Renard livre un art pictural qui s'apparente à un récit collectif de la vie institutionnelle dans les unités de bloc opératoire et de réanimation du CHU Grenoble-Alpes.

L'objectif de l'introduction de l'art dans ces lieux hospitaliers d'hyper-technicité et d'hyper-trauma est d'interroger chacun sur l'importance de la dimension émotionnelle et psychologique du soin, mais aussi de permettre un accompagnement des patients, des familles et des soignants à travers l'impression esthétique de douceur qu'elle procure.

Le 6 novembre 2024, suite à deux projets de soins réalisés par l'artiste dans les services d'anesthésie en chirurgie viscérale (2021) puis en réanimations chirurgicales et déchochage (2024), a été inaugurée la chaire d'Humanités médicales de Grenoble, antenne de la chaire de Philosophie du GHU Paris Psychiatrie & Neurosciences. Ce programme réunit le CHU et l'université de Grenoble autour des enjeux que porte cette discipline clinique et académique pour la relation de soin et le système de santé.

L'érosion en cours

Nous, soignants, savons, bien avant la pandémie Covid, que la médecine contemporaine a atteint les limites du modèle biomédical. Anesthésistes-réanimateurs, infirmier.e.s anesthésistes (Iade), infirmier.e.s (IDE) et aides-soignants (AS), nous savons que la technique est nécessaire et pourtant nous sentons la nécessité de penser le soin autrement qu'au travers d'une vision purement technicienne. Penser le soin de façon globale : le soin vivant et humain.

Nous travaillons ensemble, et avec les patients. La philosophe Cynthia Fleury, reprenant la pensée de Georges Canguilhem, l'exprime comme tel : « Le premier dispositif hospitalier, avant toute technicité, est la qualité intersubjective et interrelationnelle entre les personnes. »

Nous faisons collectif au bloc opératoire, dans les réanimations, les salles de réveil, les services d'hospitalisation, nous le souhaitons tout du moins, mais les obstacles nous éprouvent : la division du travail, qui n'est en elle-même pas spontanément humanisante, et le manque de temps.

Ceux-ci sont à l'origine d'une souffrance des soignants et d'une déshumanisation de la relation entre les soignants et les patients, mais également entre les soignants eux-mêmes.

La division du travail est légion dans les nouvelles organisations hospitalières. Prenons l'exemple des brancardiers de bloc opératoire qui, auparavant, étaient attirés à un service chirurgical et à un bloc opératoire donné et qui donc accompagnaient le patient de la sortie de la chambre jusqu'à l'installation dans le bloc, puis réalisaient une continuité de soin lors du transfert en salle de réveil après l'opération et lors du retour en service. Désormais, à des fins d'« efficacité », il existe des brancardiers d'étage, des brancardiers de bloc, des brancardiers de salle de réveil.

Julia CHAMPEY

Médecin anesthésiste-réanimateur
 Pôle Traumatologie et viscéral
 CHU de Grenoble
 Responsable de l'antenne
 de la chaire Humanités
 médicales à Grenoble

Anne Renard, *Les Brancardiers*, 2021.

Les conséquences concrètes sont celles d'une relation de moindre qualité entre le patient et le brancardier du fait de la multiplicité des intervenants.

Le manque de temps, autre paramètre qui érode le partage à l'hôpital, se manifeste lui aussi de multiples manières :

- dans les services d'hospitalisation où les infirmier(e.s) et les aide(s) soignant(e.s) ont parfois à charge jusqu'à 12 voire 24 malades par soignant, ce qui, de fait, ne leur permet de consacrer que peu de temps à la relation ;
- dans certains blocs opératoires, on parle sans tabou de « travail à la chaîne » : pas de temps pour la pause-repas, des programmes opératoires tellement contraignants qu'il faudrait supprimer le temps anesthésique (qui inclut l'endormissement mais aussi l'indispensable temps de parole et de réassurance avec le patient) ;
- le rythme effréné de la consultation d'anesthésie dans certains secteurs constitue un autre exemple parlant. Au début, par pudeur, certains médecins minimisent le fait qu'ils manquent de temps pour la relation de soin. Ils disent simplement : « Je ne prends plus de tension artérielle, ce n'est pas si grave, j'examine plus rapidement les patients, je vais à l'essentiel. » En discutant plus longuement, certains avouent, honteux de cette médecine contrainte et déshumanisée : « Je ne regarde même plus les patients dans les yeux. Je m'agace. Les patients âgés sont trop lents. Je dois être plus rapide si je veux pouvoir faire une pause pour manger. »

Les nouveaux designs des locaux sous forme de bloc opératoire centralisé, pour une mise en commun du personnel et du matériel, occasionnent, eux aussi, un délitement du lien interpersonnel, celui-ci étant plus fluide et simple dans les petites équipes.

Et puis, bien sûr, il y a ce réel si violent : le sang, les morts (on nomme dans mon équipe les « morts » ceux qui ne sont pas tout à fait morts et les « morts-morts » ceux qui sont vraiment morts). Ils existent ; l'homme sans jambe, la femme au trou dans le ventre, monsieur brûlé crop-top col roulé, madame sans crâne. Nous les nommons ainsi, non sans respect et anonymat pour nos patients, mais en utilisant l'humour, notre meilleur allié, pour rendre ce réel souffrant supportable.

C'est pourtant si beau ce collectif à l'hôpital. Nous sommes heureux d'y prendre part mais nous avons besoin de soutien. Il nous faut expérimenter le réel autrement que dans son fracas. Le sublimer. Plus prosaïquement, nous éprouvons le bien-être des soignants et le soin en partage comme une condition de la qualité des soins et du maintien des soignants en poste de façon pérenne. Or, le bien-être des soignants ne peut passer uniquement par la promotion individualiste de la vie privée et du loisir. À l'inverse, le modèle sacrificiel défini comme un envahissement de toute la vie du sujet par le travail, des horaires à rallonge et une absence de limites émotionnelles, nous semble désuet et surtout contre-productif.

Une rencontre artistique

Pour faire sens ensemble, nous n'avons la main ni sur les budgets, la charge et l'organisation du travail, ni sur le nombre de soignants.

Et puis, dans ce présent-là, dans ces questionnements sur les conditions dans lesquelles les soignants peuvent assurer un soin « bon », il y a eu une

PORTRAIT

Anne Renard, artiste peintre

Anne Renard travaille entre Chartres et Grenoble. Ses peintures, dont l'objet est le soin, questionnent notre humanité, notamment le contraste entre nos forces vitales et nos fragilités individuelles et collectives. Elle a été formée par Daniel Dereinne, diplômé de l'Académie des beaux-arts de Paris, et a étudié le dessin et la peinture à l'huile à l'Académie des beaux-arts de Saint-Petersbourg (institut Répine). Elle travaille essentiellement à l'huile.

rencontre avec Anne Renard, la peintre. Nous l'appellerons Anne.

Anne et son âme de soignante.

Si la littérature, c'est prendre le malheur et le transformer en beauté, qu'en est-il de la peinture ?

La peinture à l'hôpital nous est apparue comme un accompagnement à travers l'impression esthétique de douceur qu'elle procure mais aussi comme une forme de médecine narrative dans la mesure où elle fait naître aux sujets soignés et soignants une compréhension d'eux-mêmes, une subjectivation, jusqu'à la sublimation.

Anne est venue en immersion.

Voilà ce qui est arrivé : elle a rendu hommage aux soignants et aux patients par la peinture.

Projet bloc digidune, soin en lumière

En octobre 2021, nous décidons de réaliser un premier projet d'action recherche mettant en lien l'art et le soin. Il y a une vraie demande des soignants et un réel besoin pour compenser l'érosion du collectif, la restriction des moments de communication entre équipes en lien avec le manque de temps évoqué plus haut (organisation du travail, design des locaux) et la violence parfois patente de ces lieux d'hyper-trauma (maladies graves, machines, biomatériaux, tiers-corps de type greffons humains).

Nous y pensons depuis quelque temps, c'est la fin de la pandémie Covid et c'est une urgence pour nous de débiter ce projet exploratoire. Urgent au point d'acter rapidement l'introduction furtive d'Anne au bloc opératoire de chirurgie viscérale.

Elle vient en immersion au bloc digestif, de façon frugale et rapide, lors de matinées de chirurgie colorectale. Elle passe du temps en silence, à observer les scènes de soins.

De ces fonds de bloc aux locaux désuets, quasi obsolètes et de cette chirurgie cavitaire et fécale naissent vingt-cinq tableaux poèmes.

Elle vient telle une profane, pour qui l'hôpital vu de l'autre côté de la barrière, c'est quasiment l'Amazonie.

Elle retranscrit cette expérience inédite à travers ses tableaux, des espaces bleus : point d'environnement technique, bien qu'il soit indispensable, mais des hommes et des femmes en action. Des chirurgiens, des infirmier.e.s de bloc (Ibode), des brancardiers, des Iade, des anesthésistes, des infirmier.e.s de salle de réveil. Le jeu relationnel entre les soignants est bien rodé : gestes, attitudes, regards suffisent souvent à anticiper une demande. Peu de mots. C'est un monde où la concentration est palpable. Le patient, émotionnellement fragilisé et blessé dans sa chair, est entouré, réconforté par une parole, une main posée, une attention ; et ce avant l'endormissement et jusqu'au réveil.

Elle dit : « Au bloc, il y a quelque chose de sacré où la haute technicité n'a effacé ni la bienveillance ni l'empathie, où la chaleur humaine côtoie le froid des machines. Là réside le mystère des blocs. »

En mars 2022 s'ensuit une exposition *in situ*, accessible à tous, puis une mise en place des tableaux dans différentes zones de soins : bloc opératoire, salle de réveil postopératoire, unité de chirurgie ambulatoire, unité d'hospitalisation chirurgicale. Il était important pour nous que les tableaux restent à l'hôpital, car ils sont en eux-mêmes une forme de soin. L'art est ici au service du soin.

L'adhésion et l'engouement au projet des professionnels, des patients et des familles ont été forts et l'équipe s'en est trouvée grandie.

Anne a peint ce qui est ineffable : un climat de soin.

Réanimation-déchocage : projet « réanimation picturale »

En février 2024, suite à l'accueil favorable de notre premier projet de peintures de bloc, Anne entreprend un deuxième projet exploratoire en réanimation chirurgicale (zone de soins englobant le déchocage, les soins intensifs chirurgicaux, la réanimation neurochirurgicale et la réanimation polyvalente chirurgicale).

Elle séjourne 15 jours dans l'unité, dans une approche empirique, anthropologique voire ethnographique de la réanimation. L'immersion est ici totale et plus prolongée que lors du premier projet : le jour mais aussi la nuit, Anne suit discrètement les équipes dans des activités quotidiennes variées : staff et visites médicales, toilettes matinales, ménage, soins infirmiers, actes techniques médicaux et paramédicaux, toilettes mortuaires, actes de kinésithérapie, consultations des psychologues cliniciens.

Elle consacre du temps, selon les opportunités et dans le respect des règles de déontologies soignantes, à échanger, tour à tour, avec les soignants, les patients, les familles.

Elle peint huit tableaux dédiés à la salle d'attente des familles, huit aux deux salles d'entretiens médicaux, et cinq frises pour les couloirs communs aux familles, aux soignants et aux patients. Elle réalise ainsi une exposition permanente *in situ*, dédiée à tous.

Nous avons nommé les cinq frises *Riposte poétique à la Stakhanov (ci-contre)*. Ce polyptyque, placé dans les couloirs,

sert d'antichambre rassurante à la réalité des unités de soins. Elles déroulent la vie quotidienne dans les unités de soins intensifs, cette fourmilière humaine dont les tâches très codifiées s'appuient sur des savoir-faire multiples. C'est un hommage rendu aux soignants, en proposant, par la mise à distance, une lecture valorisante de leur travail. Cette série interroge également sur la dimension collective et fraternelle du soin, et sur la division rationnelle et instrumentale du travail, d'où le titre railleur évoquant le stakhanovisme.

Ces frises guident les familles jusqu'à leur proche hospitalisé. Les couleurs et la douceur du trait proposent une représentation humaine et sensible des unités de réanimation, ayant pour vocation d'apaiser sinon de rassurer et contribuant à soulager les tensions générées par la découverte d'un monde étrange. Elles rendent aussi visible le fait que malgré l'extrême difficulté des situations sociomédicales, la fatigue et les contraintes attenantes aux organisations des hôpitaux modernes, les soignants font au mieux, le jour et la nuit durant, pour aider un malade particulier et ses proches, vulnérables.

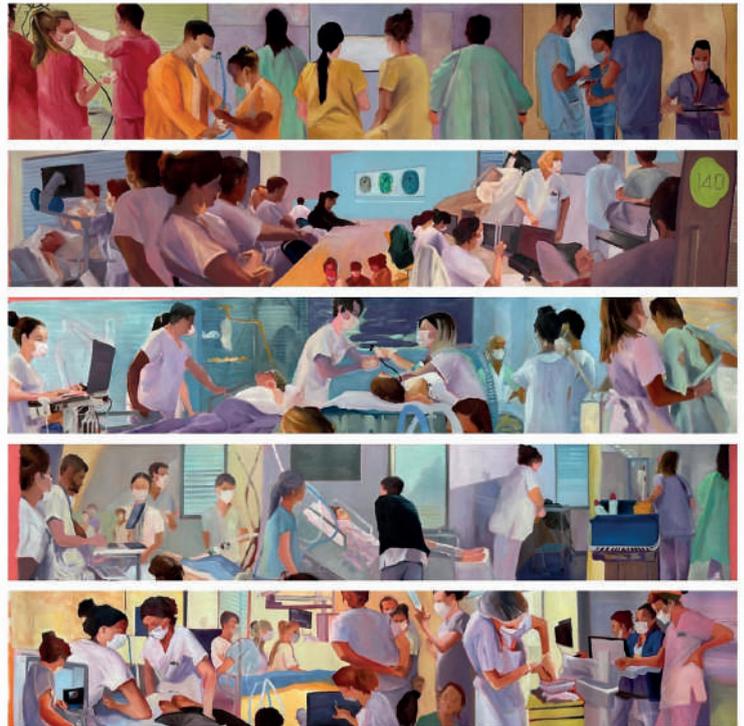
En salle d'attente, pour les familles qui patientent parfois des heures dans l'angoisse générée par l'incertitude du lendemain et dans l'idée fantasmée d'un service de réanimation que l'on découvre pour la première fois, l'artiste donne à voir quatre tableaux qui sont tournés vers l'intime, le lien réel et si précieux unissant le patient et le soignant, l'attention au quotidien. Le fond or, la lumière claire, simple et délicate, symbolisent ce lien indéfectible évoquant, à l'instar des icônes, ce qui vient de l'esprit, de l'attention à l'autre, du don de soi, des valeurs humaines déployées au chevet du patient. Les quatre autres tableaux sont des supports à la méditation et à la fonction phorique : des jardins transitionnels entre le dedans et le hors de soi ⁽¹⁾.

Pour les deux salles d'entretiens médicaux du déchocage et des réanimations chirurgicales, l'artiste a signé un « jardin résilient », dénommé *Brassards*, qu'elle immortalise via une série de huit peintures, colorées, oniriques, créant des chemins pour les yeux et suggérant des perspectives, des fenêtres ouvertes sur le lointain. Ces vues, au-delà du blanc des murs, résonnent comme des invitations à s'évader. Les paysages font office de grand réservoir d'imagination.

Conclusion

Une fois ces œuvres mises en place *in situ*, au-delà de leur fonction esthétique, il nous est apparu évident qu'elles revêtaient plusieurs autres aspects :

- **une fonction thérapeutique** quasi cathartique de la beauté. En 2019, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) rappelle que l'art est bénéfique pour la santé et que cela est prouvé par les neurosciences. Notre regard s'apaise quand, au décours d'une journée de travail, il se pose au hasard d'un tableau ;
- **une fonction de subjectivation**, une fonction créatrice. En donnant à voir son regard au monde, la peinture fournit un regard extérieur aux soignants sur leurs pratiques professionnelles et sur eux-mêmes. Représenter l'autre, la vulnérabilité, le faire-ensemble, c'est réparer symboliquement la relation : la soigner quand elle est fragilisée, la sublimer.



Anne Renard, *Riposte poétique à la Stakhanov* (extraits), 2024.

Le soignant se reconnaît et se construit en tant que tel à travers ses patients et à travers ses relations à son équipe ;

- **une fonction de mémoire** pour l'hôpital, les équipes soignantes, les patients et donc pour la société civile ;

- **une fonction politique**. Pour Hannah Arendt, « la politique prend naissance dans l'espace-qui-est-entre-les-hommes⁽²⁾ », et nous occupons cet espace à travers ce récit collectif. Les peintures ont activé une zone qui peut être un symbole : une riposte poétique contre ces nouvelles organisations du travail. Dans un moment où le progrès médical n'a jamais entraîné autant de réification des sujets, la narrativité revient en contrepoids de la rationalité liée à l'*evidence based medicine*.

Les deux projets « art et soin » mis en place à Grenoble abordent la confrontation avec la souffrance psychique ou physique de cet autre, toujours singulier, qu'est le patient, ainsi que le caractère éthique du care.

Cette mise en peinture du monde « invisible » de l'hôpital, ces propositions expérimentales réarment nos désirs et tissent le chemin vers une construction collective du soin. Elles soutiennent notre fraternité, si fragile. Si le soin est une forme d'art, l'art peut se mettre au service du soin. ●

NOTES

(1) (1) K.A. Schouten, G.J. de Niet, J.W. Knipscheer, R.J. Kleber, C.J. Hutschemaekers, "The effectiveness of art therapy in the treatment of traumatized adults: a systematic review on art therapy and trauma", *Trauma Violence Abuse*, 2015 Apr; 16(2):220-8.

(2) H. Arendt, *Qu'est-ce que la politique ?*, Editions du Seuil, 1995, p. 42-43.