



HAL
open science

Quand l'art-thérapie soigne les soignants : Les effets des productions artistiques des patients sur la qualité de vie au travail des personnels soignants en cancérologie

Fabien Canolle, Nathalie Bernard, Didier Vinot

► To cite this version:

Fabien Canolle, Nathalie Bernard, Didier Vinot. Quand l'art-thérapie soigne les soignants : Les effets des productions artistiques des patients sur la qualité de vie au travail des personnels soignants en cancérologie. Gérer et Comprendre. Annales des Mines, 2023, 152, pp.14-29. 10.3917/geco1.152.0014 . hal-04116251

HAL Id: hal-04116251

<https://hal.science/hal-04116251v1>

Submitted on 6 Jun 2023

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Open licence - etalab

Quand l'art-thérapie soigne les soignants : Les effets des productions artistiques des patients sur la qualité de vie au travail des personnels soignants en cancérologie⁽¹⁾

Par Fabien CANOLLE

Maître de conférences, sciences de gestion, Grenoble INP-UGA, Institut d'Ingénierie et de Management, CERAG

Nathalie BERNARD

Maître de conférences, sciences de gestion, Université de Lyon, UJML, iaelyon, MAGELLAN

Et Didier VINOT

Professeur des universités, sciences de gestion, Université de Lyon, UJML, iaelyon, MAGELLAN

Nous cherchons à comprendre les effets de l'art-thérapie, exercée avec les patients en soins palliatifs en oncologie, sur la qualité de vie au travail (QVT) des personnels soignants. Nous l'étudions dans la perspective de la clinique de l'activité, *i.e.*, de la qualité du travail, en étudiant comment l'art-thérapie contribue à l'organisation du dialogue sur la qualité du travail et au développement du pouvoir d'agir des soignants dans un contexte hospitalier contraint.

Nous menons une enquête dans un service de médecine palliative en cancérologie, avec trois modes de collecte de données (entretiens, *focus group* et observations).

L'art-thérapie s'inscrit dans un dispositif de soin en participant à la transformation de l'environnement du travail, de la relation avec les patients, et de l'organisation coordonnée du travail du soin. Cela participe d'un mouvement dialogique, éthique et esthétique permettant de soigner le travail du soin et les soignants par le développement de leur pouvoir d'agir.

« Toute œuvre digne de ce nom, un poème, une musique, une peinture, une sculpture, tente de transmuier la solitude en ouverture, la souffrance en communion, les cris d'appel en chant, chant qui résonne par-delà les abîmes creusés par la séparation et la mort. »

F. Cheng, *Assise*, p. 87.

Introduction

Comment soigner les soignants ?

L'art-thérapie est un « accompagnement thérapeutique de personnes, généralement en difficulté, à travers la production d'œuvres artistiques » (Klein, 2012, p. 359). Elle peut être utilisée en psychiatrie, mais aussi en développement personnel et professionnel. Elle concerne tous les arts : le dessin, la peinture, la musique, la danse, etc.

Sa pratique et ses effets sur les patients ont largement été montrés (OMS, 2019). Par contre, ses effets sur le personnel soignant, dans le cadre de leur travail de soin (Pierron, 2020), n'ont pas été étudiés. Si l'art-thérapie fonctionne pour les patients, comment

cela peut-il avoir des répercussions sur les soignants, dans un contexte de tension due à une normalisation et une managérialisation de leurs activités (Abord de Chatillon et Desmarais, 2012) ? Autrement dit, on ne sait pas comment s'inscrit l'art-thérapie dans le quotidien des praticiens soignants ni ce qu'elle fait à leur travail de soin. Cette recherche exploratoire souhaite comprendre les effets de l'art-thérapie, exercée avec les patients en soins palliatifs en oncologie, sur la qualité de vie au travail (QVT) des personnels soignants.

Plus précisément, comment l'art-thérapie constitue-t-elle une ressource pour l'exercice du travail de soin (Clot *et al.*, 2021) et participe-t-elle à la QVT des soignants (travail du soin et soin du travail) ?

Nous faisons l'hypothèse que l'art-thérapie participe de la transformation du travail des soignants en lui redonnant son sens originel, dimension que l'on peut observer par une amélioration de la QVT. Ici, l'art-thérapie viendrait comme médiation – un « trait d'union » (Clot, 2010) – à la relation de soin.

⁽¹⁾ Les auteurs remercient très particulièrement Gisèle CHVETZOFF, médecin oncologue et professeure associée de médecine palliative à l'Université Claude Bernard Lyon, chercheuse au laboratoire Reshape U1290, département de soins support en oncologie (DISSPO), et toute l'équipe du service 3C pour leur accueil très chaleureux et cette occasion de se connaître au travers de ce projet de recherche intense.

Pour répondre à notre questionnement de recherche, nous investiguons un cas extrême : les soins palliatifs dans un centre spécialisé en oncologie qui met au cœur de sa démarche palliative des thérapies complémentaires aux soins plus classiques (notamment art-thérapie et socio-esthétique).

Au total, nous montrons que l'art-thérapie s'inscrit dans un dispositif de soin en participant à la transformation de l'environnement du travail (espace-temps), de la relation avec les patients, et de l'organisation du travail du soin (coordination entre professionnels de santé).

L'art-thérapie et l'activité de travail : approche par la qualité de vie au travail en clinique de l'activité

L'art-thérapie et le travail du soin

Le potentiel de l'art-thérapie pour les patients est très bien documenté (WHO, 2019). Mais les arts ont également un potentiel d'amélioration de la relation soignant-soigné au-delà du soin technique (Quinlan *et al.*, 2014 ; Wong *et al.*, 2019 ; Waelli *et al.*, 2021) selon une logique phénoménologique (Pierron et Vinot, 2020). Par ailleurs, du point de vue de la psychologie, l'art-thérapie participe à la construction d'une alliance thérapeutique dans laquelle la créativité et l'imaginaire permettent l'expression des besoins du patient (Grignoli, 2016), si décisifs dans le travail du soin (Tronto, 2008). Vraisemblablement, cela s'applique également au soin, dans la mesure où la communication est essentielle à une bonne relation avec le soigné. Empathie et écoute, au sein de cette communication, impliquent une action appropriée qui dépend d'un « jugement » ne reposant pas que sur la mesure économique ou technique (Mintzberg, 2017), mais aussi sur leurs représentations (Robin-Quach, 2009), les aléas de la maladie, les comportements des patients à mesure de l'évolution de leur maladie, de leurs demandes et donc des comportements des soignants (Havard et Naschberger, 2015). Dans le cas du cancer, par exemple, un « cheminement parallèle » s'observe entre le soignant et le soigné, rendant complexe et parfois dangereuse l'alliance thérapeutique fondée sur l'empathie et la relation : les soignants peuvent devenir des passeurs d'un état à l'autre, passage dans lequel le lien qui se crée engendre souvent des transferts et une fatigue compassionnelle (Hayuni *et al.*, 2019) rendant difficile l'exercice des fonctions soignantes, et entraîne des phénomènes de contagion au sein des équipes, comme la perte de sens, par exemple.

L'art, en travaillant avec ce qui est difficilement définissable et mesurable du soin (Pierron et Vinot, 2020), aurait trois fonctions (Pierron, 2020) : redonner au travail du soin (Pierron, Vinot et Chelle, 2020) sa dimension « informative », en tant qu'échange (transmission de savoirs mais aussi réception des savoirs par une qualité de l'écoute) et mise en forme (en redonnant de l'épaisseur à une personne malade morcelée par l'expérience de la maladie, par exemple) ; révéler la part créative du travail du soin, pouvant être

bloquée par des outils nouveaux conçus sans les usages, ou par la multiplication des rôles (Valette et Burellier, 2014).

Toutefois, les effets de l'art-thérapie, exercée avec les patients, sur la qualité de vie au travail des soignants n'ont pas été étudiés. Comment, par exemple, dans un contexte d'intensification du travail liée aux outils et modes de management du « Nouveau Management Public » (Bezès *et al.*, 2011), tendant à créer une nouvelle culture organisationnelle dans laquelle on peut être « piégé » (Weick et Sutcliffe, 2003)⁽²⁾, les productions issues de l'exercice de l'art-thérapie peuvent-elles être prises en compte par les soignants ? Quand ? Avec quels effets ? Qu'est-ce que ces productions font au travail de soin et aux soignants eux-mêmes ? Mais avant de répondre à ces questions, il s'agit de préciser le cadre d'analyse, fondé sur la qualité de vie au travail (QVT) et la perspective de la clinique de l'activité (qualité du travail).

Qualité de vie au travail et clinique de l'activité

Reprenant une vaste littérature sur la QVT, s'appuyant notamment sur l'ANI de 2013 et l'ANACT, Mendy, Baldé et Dème (2020, p.42) proposent la définition qui suit : « Ensemble de pratiques susceptibles de permettre l'épanouissement personnel et la réalisation de soi au travail des salariés au sein de leur organisation. Elle inclut la sécurité de l'emploi, le système de récompenses et de rémunération, les possibilités de promotion et de formation des salariés et leur participation à la prise de décision. Elle se construit autour d'indicateurs relatifs à la qualité des relations de travail, de l'organisation et du contenu du travail, de l'environnement physique, des possibilités de réalisation de soi et de développement professionnel et de la conciliation vie professionnelle / vie privée ».

Deux orientations peuvent être prises sur la QVT (Tavani *et al.*, 2014) : la première est orientée vers l'organisation, et est définie selon les grands principes de sécurité, équité, démocratie, et possibilité d'individuation. Cette perspective est celle des *quality of life surveys*, prescriptives. La deuxième approche est orientée vers l'individu et est interactionniste. Les affects positifs ressentis par l'individu émergent d'une congruence entre ce dernier et l'environnement (adéquation entre ses besoins et capacité de l'organisation à les satisfaire). La perception de l'individu sur son travail est au centre.

Dans un autre registre, la clinique de l'activité distingue la QVT et la qualité du travail (Bonfond et Clot, 2018). Pour elle, les salariés peuvent se retrouver empêchés d'exercer un travail qu'ils considèrent être de qualité, donc de prendre soin de leur travail et d'eux-mêmes, du fait de l'absence ou d'obstacles à l'exercice d'un

⁽²⁾ Weick et Sutcliffe l'expriment ainsi : "*Cultural entrapment means the process by which people get locked into lines of action, subsequently justify those lines of action, and search for confirmation that they are doing what they should be doing. When people are caught up in this sequence, they overlook important cues that things are not as they think they are*" (p. 73).

professionnalisme délibéré⁽³⁾, c'est-à-dire de discussions (potentiellement conflictuelles) entre collègues sur les critères d'un travail bien fait. Cela requiert la mise en place d'une organisation dialogique instaurant une « coopération conflictuelle » visant non pas à corriger les comportements en tant que réactions inadaptées (pour diminuer le stress, par exemple), mais en transformant le travail lui-même et collectivement par l'organisation du dialogue, donc en le soignant. La délibération, la possibilité de discuter à plusieurs du travail bien fait, confronté aux normes établies du métier, offre un « oxygène dialogique » (Clot, 2019, p. 11) dans lequel l'impensé, l'insu, l'empêché peut être (re)découvert dans un contexte de travail organisé et divisé. Sans controverse (avec les autres et avec soi-même), pas de travail de qualité, car le pouvoir d'agir est amputé de la possibilité de l'analyse du travail et d'un pluralisme des points de vue s'exprimant dans et par le dialogue entre pairs.

Plus encore, les rapports entre les personnes dépendent des relations avec les objets. Cela consiste alors à considérer une triade sujet-objet-autrui dans laquelle le pouvoir d'agir s'inscrit comme possibilité de « développer son activité, ses objets, ses instruments, ses destinataires, en affectant l'organisation du travail par son initiative » (Clot et Simonet, 2015, p. 39).

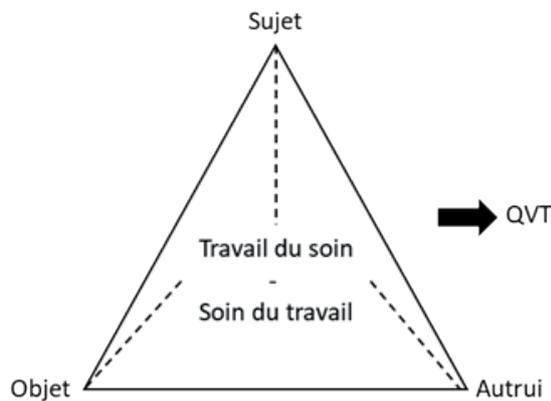


Figure 1. Cadre d'analyse de la recherche

Dès lors, cette recherche propose de répondre à la question qui suit : comment l'art-thérapie contribue-t-elle à l'organisation de ce dialogue et au développement du pouvoir d'agir des soignants dans un contexte hospitalier contraint ?

Terrain et méthodes

Cette recherche s'inscrit dans un rapprochement entre un centre spécialisé en cancérologie sur la région Auvergne-Rhône-Alpes et la chaire de recherche Valeurs du soin de l'Université Jean Moulin Lyon 3⁽⁴⁾.

⁽³⁾ « au sens où l'action recherche délibérément le développement du professionnalisme à tous les niveaux de l'organisation et qu'elle le fait en développant la délibération collective » (Bonnefond et Clot, 2018, p. 6).

⁽⁴⁾ <https://chairevaleursdusoin.univ-lyon3.fr/>

Nous présentons ci-après le contexte (soins palliatifs en oncologie) en le caractérisant de situation extrême en référence aux travaux de Weick sur le *sensemaking*, puis le dispositif de la recherche.

Oncologie et soins palliatifs : un cas limite

Les soins palliatifs associés au cancer sont une situation que l'on peut qualifier d'extrême, ou limite. D'abord, le travail de soin est exigeant du fait de représentations associées au cancer : le fléau, la mort sociale, la mauvaise mort, ce qui peut déstabiliser le vécu des patients, affecter la communication au sein de la relation soignant-soigné (Bézy et Jalenques, 2007), le récit que peut construire un patient de sa maladie et de sa vie, et la compréhension de ces dimensions par le soignant (Gagnou-Savatier, 2018) affectant l'orientation de la situation thérapeutique (Marie *et al.*, 2010). Ceci est d'autant plus le cas du fait d'un « cheminement parallèle » entre soignants et soignés (Soum-Pouyalet *et al.*, 2009). Pour ces raisons, la population des soignants en oncologie est largement susceptible d'atteindre un épuisement professionnel – *burnout* –, phénomène largement montré par la littérature jusqu'alors (Lissandre *et al.*, 2008 ; Canadas de la Fuente *et al.*, 2018 ; Colombat *et al.*, 2018 ; Lazarescu *et al.*, 2018).

Terrain de recherche

Notre terrain de recherche est un établissement de santé privé à but non lucratif spécialisé dans le cancer dans la région Auvergne Rhône-Alpes. L'établissement est composé de 500 à 600 soignants (médecins, infirmières, aides-soignants) au sein de services de médecine, chirurgie et des unités dédiées.

La recherche a porté sur un service spécifique appelé 3C, car situé au 3^e étage aile C. Il s'agit du service de soins de support / palliatifs (à l'époque de cette recherche, le service est en cours d'acquisition du statut de soins palliatifs). Ce service comprend une vingtaine de soignants (infirmiers et aides-soignants), et des médecins dédiés. Au niveau des effectifs du service, un binôme infirmier / aide-soignant a 8 patients en charge, pour au total 15 lits et une équipe de 11 infirmiers et infirmières, 9 aides-soignants. Ce service regroupe une équipe mobile, transversale, qui intervient à la demande dans les différents services du centre, avec des personnes en psycho-oncologie, psychologie sociale, nutrition, douleur ; et une équipe spécifiquement rattachée au département. L'établissement et en particulier le service 3C comprend des thérapies dites complémentaires, avec notamment l'art-thérapie, introduite à l'initiative de deux médecins (le chef de service et un pneumo-oncologue). Les séances d'art-thérapie se déroulent entre une art-thérapeute (professionnelle de théâtre, par ailleurs) et un(e) patient(e) dans sa chambre. Parfois, mais de manière très marginale, les soignants ont pu être associés à l'art-thérapie pendant la séance. L'art-thérapeute avait par ailleurs,

l'année précédant nos observations, organisé avec les soignants (sans les patients) des séances d'art-thérapie pour mieux faire comprendre la démarche⁽⁵⁾.

Démarche et méthodes de la recherche

Au sein du service 3C, nous avons mené une enquête au sens de Dewey (1938) par la collecte de données par vague en multipliant leurs modes (entretiens semi directifs, *focus group*, observations). Ce processus d'enquête abductif (Lorino, 2018, p.194) est choisi du fait que le lien entre art-thérapie pour les soignés et qualité du travail chez les soignants n'est pas si évident.

Aussi avons-nous été amenés à interroger les professionnels du soin suivants, dans le Tableau 1 ci-après.

1) 6 personnes-ressources du service et de l'établissement pour comprendre au niveau de l'encadrement et de l'organisation l'intérêt pour et perçu de l'art-thérapie, et sa logique institutionnelle de développement ;

2) 19 membres du personnel soignant (hors médecins) du 3C en *focus group* (dorénavant FG), et dont les principales caractéristiques sont les suivantes : 12 infirmiers, 7 aides-soignants, 1 homme et 18 femmes, de 23 ans à 60 ans, âge moyen 33 ans, de 1 à 25 ans d'ancienneté (ancienneté moyenne de 7 ans). Un zoom sur la méthode des FG est en Annexe 1 (p. 25), avec les techniques utilisées et le détail de la population ;

3) 2 journées d'observation dans le service, pour confronter et croiser les discours entendus (Denzin et Lincoln, 2011) sur les deux modes de collecte (1 et 2) en menant séparément les 2 journées (un chercheur puis un autre), en assistant à la relève du matin (entre médecins, infirmiers et parfois aides-soignants et autres thérapeutes), la tournée médicale avec les médecins, et des séances d'art-thérapie l'après-midi avec l'art-thérapeute et les patients.

Ainsi, la richesse de notre matériau de recherche provient d'entretiens et d'échanges très denses portant sur plus d'une trentaine de personnes.

⁽⁵⁾ La démarche est notamment racontée du point de vue de l'art-thérapeute dans l'ouvrage *Médecine, langage et narration*, coordonné par J-Ph. Pierron et G. Chvetzoff, publié aux Éditions Universitaires de Dijon en 2021.

Traitement du matériau et restitution des résultats

Nous avons analysé le matériau par phase de collecte en suivant une méthode de codage par thèmes émergeant (Paillé et Mucchielli, 2021) en fonction des discours des participants, en rattachant aux rapports à l'activité au sens de Clot. Pour le *focus group*, une attention particulière a été portée aux mots composant les discours et les images choisies. Nous opérons ensuite un deuxième niveau de codage en repérant les fonctions de l'art-thérapie dans le contexte du service 3C en soins palliatifs. Enfin, nous rattachons ces fonctions aux dimensions de la QVT (Commeiras *et al.*, 2019).

Résultats

Focus group et affects de l'activité de travail

Les temps de FG ont été éprouvants pour deux raisons partagées : le FG s'inscrivait totalement dans l'activité et la cadence du travail jusqu'à faire ressentir, chez les chercheurs, un transfert de cette cadence vers la manière dont nous avons animé les échanges (temps contraint) ; parfois nous avons observé des bras qui se croisent, mais aussi des pleurs importants : le type de maladie et le stade dans lequel les patients se trouvent poussent à une confrontation à la mort en même temps qu'à un attachement aux personnes, et parfois à des dimensions de l'histoire des soignants qui ressortent. Cette intensité liée aux affects de l'activité s'est totalement traduite dans l'espace du FG jusqu'aux chercheurs, ressentant en fin de FG la frustration de l'exercice du FG, trop rapide et contraint, chargé d'affects : ceux des soignants exprimant les difficultés de leur « journée de douze heures en huit heures », « l'intensité dans la charge de travail » impliquant d'être « au taquet tout le temps » et traduisant une « violence du rapport au temps », du « rapport à la mort » dans « l'accompagnement jusqu'à la fin de vie », jusqu'à une frustration lorsque les personnes meurent sans que les soignants aient été présents. Les discours sur leur rapport au management (« on nous en demande toujours plus », « nous nous sentons contraints de nous impliquer dans les projets ») ainsi que sur leur ressenti physique et émotionnel (« fatigue », « épuisement », « surmenée », « dépassée », « émotions fortes »),

Type de recueil de données	Population	Nombre
Entretiens semi directifs	2 cadres de santé, 2 médecins, 1 art-thérapeute, 1 directrice des soins	6
<i>Focus group</i>	Soignants infirmières et aides-soignantes	19
Observations	Service 3C : relève, tour médical, art-thérapie (chambre des patients)	2 journées

Tableau 1. Recueil des données

« émotions changeantes », « intense dans la charge émotionnelle ») qui corroborent les observations faites par la littérature sur l'épuisement professionnel dans un tel contexte, alimenté par une dissonance sur le rapport au travail technique et protocolaire, d'un côté (« la prise en charge du patient », « les soins techniques », « les manipulations », « les toilettes »), et relationnel et humain, de l'autre (« humanité », « empathie », « patience », « intimité relationnelle », « un geste », « une parole »). Les observations menées séparément sur deux journées ont confirmé ces affects de l'activité de soins palliatifs entrant en conflit avec le soin plus technique dans une activité instituée et cadencée. Il était par exemple saisissant de voir pendant les tournées médicales le rythme du couloir du service 3C, une « course », comparé à celui de l'après-midi, moment de l'art-thérapie : les chariots médicaux (tablettes avec l'ordinateur, instruments de prise des constantes, etc.) qui rentrent dans la chambre spontanément côtoient l'après-midi le charriot de l'art-thérapeute (voir Figure 2), charriot qui n'entre que sur accord du patient. Aussi, la verbalisation de l'activité *via* l'usage du photolangage a confirmé cette dimension spécifique du soin apporté dans un tel contexte (voir les thèmes et verbatims de l'Annexe 2, p. 27). Les cadres de santé et médecins ont également exprimé la relation singulière entre soignant et soigné avec la nécessité d'accompagnement de la personne avec son entourage, qui génère parfois des surinvestissements au travail (vouloir « trop bien faire ») :

« Il faut prendre toutes les dimensions du patient. Somatique, psychologique, sociale, spirituelle. Le patient vient avec ce qu'il est, son histoire. Des fois des grandes engueulades de couple, des mariages, en fin de vie avec un patient qui n'est plus en état de faire cela, on accompagne dans les démarches », cadre 3C.



Figure 2. Chariot de l'art-thérapeute (photo issue d'une journée d'observation, D.R.)

Travail du soin et soin du travail par l'art-thérapie dans l'activité des soins palliatifs

Comment se déroule une séance d'art-thérapie ?

Extrait du retour d'observation d'un des chercheurs :

« [L'art-thérapeute : X] introduit l'art-thérapie non pas avec ce terme, mais en expliquant pourquoi elle est ici et les ateliers qu'elle propose ; ce n'est qu'un peu plus tard que "art-thérapie" arrive. Au fil de la discussion,

elle arrive à capter des éléments d'intérêts du patient, ici, la dame a fait du théâtre plus jeune, X a donc lu un texte comme si elle le déclamaient sur scène, puis c'était au tour de cette dame. On a appris après qu'elle était fleuriste également, donc X ira la revoir jeudi pour de la peinture ».

Dans ce contexte, l'exercice de l'art-thérapie avec les patients par une art-thérapeute permet aux soignants de transformer leur relation à la situation de travail : les affects y sont moins intenses, l'exigence émotionnelle des soignants s'en trouve davantage maîtrisée, car l'AT (pour art-thérapeute) a pris en charge cette partie du soin, et s'est inscrite dans un collectif tout en étant portée par l'organisation et le management du service. Dans la suite, nous nous concentrons sur les dimensions de ce nouveau travail du soin, au cœur de la reconstruction d'un pouvoir d'agir des soignants.

L'environnement du travail (la chambre) est transformé, ce qui agit sur la prise en charge des patients (contenu et exercice du travail du soin) : « Les soins se déroulent de façon plus calme », ou, « quand je passe dans les chambres après que l'art-thérapeute soit passée, je trouve que c'est toujours plus calme, serein dans la chambre, et généralement les patients nous disent "cela m'a fait un grand bien" ». Aussi, le rapport au temps des soignants dépend du type de tâche : le soin technique est l'apanage des soignants qui courent ; le soin relationnel est celui de l'art-thérapeute qui prend le temps de la rencontre. Ici, la perception du temps dans cet environnement est modifiée, ce que le médecin chef de service du 3-C corrobore :

« L'art-thérapeute, c'est comme la socio-esthéticienne, ce sont des gens qui font du bien pendant que nous, les soignants, on doit faire les pansements qui font mal, les piqûres, les toilettes, les trucs pas sympa où il faut changer les couches et que sais-je alors que eux font les trucs sympa, ça existe aussi ».

La relation avec le patient s'en trouve modifiée de trois manières. D'abord, un autre regard est porté sur le patient et le soin avec une dimension esthétique de la création artistique qui s'insère dans l'espace entre le soigné et le soignant. Le soin n'est plus seulement technique mais retrouve sa dimension relationnelle empêchée par la cadence, les représentations de la maladie, et la spécificité liée à l'accompagnement en fin de vie (verbalisation parfois difficile des patients), et la prise en compte de la personne : « c'est toujours bien de découvrir un patient autrement... c'est toujours plus plaisant de rencontrer la personne que le cancer » ; « je me rends compte avec ses créations, ce qu'il fait, ce qu'il écrit, ce qu'il dessine, que ça reste une personne à part entière, il faut pas que je l'oublie, ce n'est pas juste un patient ». Ensuite, cette entrée en relation nécessaire au travail du soin est facilitée par les productions d'art-thérapie comme support du dialogue – « des fois, c'est grâce à ça, qu'on arrive à rentrer en relation avec des patients qu'on arrive pas à capter » – ou pour ajuster une stratégie de soins – « cela crée un lien de confiance quand le patient sent qu'on essaie de prendre en compte toutes les dimensions qui le composent et lui proposer autre chose que les soins médicaux » ; « les quelques fois où j'arrive à rebondir dessus, je trouve que ça crée une relation avec le patient autre

que les médicaments, les chimios, les pompes et autres... ». Au total, la communication s'en trouve améliorée, c'est-à-dire productive pour accompagner la personne. Au total, la fatigue compassionnelle et le surinvestissement dans la tâche liée au « chevauchement » (Devereux, 1967) du sujet exerçant le travail du soin et du soigné dans le contexte de ce travail du soin s'en trouvent réduits, ou pris en charge :

Dominique : « Je pense que c'est un peu l'effet miroir en fait. Enfin... plus un patient est agacé, agité dans un malaise, plus ça nous demande nous aussi... »

Claire : « ... de la ressource. »

Dominique : « ... de la maîtrise de nos émotions, de ses émotions. Euh... de trouver une espèce de consensus pour arriver à s'exprimer l'un et l'autre, à rechercher ce dont il a besoin. Mais sur des phases très aiguës, avec des douleurs, avec des symptômes très aigus, c'est compliqué, parce qu'il se laisse envahir par ça. Et que, et que c'est compliqué pour nous de réussir à trouver où est l'information, où est le problème, qu'est-ce qu'on va pouvoir proposer, l'urgence de proposer quelque chose, parce que quand on est blouse blanche, il faut qu'on arrive à proposer quelque chose tout de suite, maintenant, pour pas laisser un patient souffrir. Euh... on est tous un peu comme ça. Donc évidemment, si à l'inverse on a quelqu'un de plus posé, bah on va aussi, probablement, être plus posés. C'est l'effet miroir en fait ! Parce qu'on a le sentiment que le patient va aussi nous laisser plus de temps pour réfléchir aux choses, pour faire les choses, parce qu'il est plus calme ; dans sa façon de nous aborder, dans sa façon d'être ».

D'autres soignantes insistent : « ça nous permet même de déculpabiliser ». Cela est d'autant plus le cas lorsqu'elles ont pu assister à l'art-thérapie dans la chambre, s'asseoir un temps et observer les effets sur les patients, participant du changement de regard porté non plus sur les patients mais sur leur personne.

Cette nouvelle organisation du travail du soin est un soutien important de ces transformations. Nos observations ont permis d'en décrire le fonctionnement. En effet, l'art-thérapie est proposée par l'équipe médicale en fonction des patients. Les patients qui semblent les plus réceptifs ou pour qui l'équipe médicale juge que cela peut être utile se voient proposer un atelier d'art-thérapie par une art-thérapeute. Cette coordination du soin palliatif se déroule pendant

la relève le mardi matin à laquelle participent médecins, infirmières (selon les secteurs) et parfois aides-soignants et autres thérapeutes (complémentaires). L'art-thérapeute passe dans le service deux après-midis par semaine. Les activités proposées peuvent être du dessin, de la peinture, des lectures de textes ou de poèmes, ou encore la confection d'objets (voir les Figures 3 et 4). Par exemple, une patiente jeune (36 ans) venant d'outre-mer et qui ne semble pas en capacité d'exprimer quoi que ce soit conduit l'équipe médicale, après lecture des indicateurs biologiques liés à la pathologie (étiologie, interventions le cas échéant, stratégie médicamenteuse et soins de support, imagerie le cas échéant...), à proposer que l'art-thérapeute vienne la voir. L'après-midi, l'art-thérapeute, avertie par les IDE (infirmiers diplômés d'État), n'aura pas réussi à établir un contact avec cette patiente, mais réessaiera. Cela a été le même processus avec une autre patiente plus âgée qui semble dans une attitude cynique et de déni (voir citation en début de section). Un des chercheurs a suivi l'art-thérapeute dans la chambre de cette patiente, ayant accepté cette présence. Ce même chercheur avait vu la patiente le matin pendant le tour médical avec le chef de service : elle ne semblait pas dans le déni (constat partagé par le chef de service et les internes qui l'accompagnaient) mais dans une tristesse consciente de la fin de la vie, toujours à décentrer le propos médical avec humour lorsqu'il a été abordé la question d'une hospitalisation à domicile (HAD). L'art-thérapeute aura réussi à entrer en relation avec cette dame par le biais d'un questionnaire permettant chemin faisant de comprendre les centres d'intérêts dans sa vie (théâtre pratiqué ; jardinage). Un texte sera lu par l'art-thérapeute avec une intonation théâtrale, puis par la personne dans un même effort. L'art-thérapeute et la personne se verront une seconde fois en fin de semaine. Les productions artistiques sont parfois affichées dans les chambres, et sont stockées dans le bureau des cadres, à disposition des soignants souhaitant les consulter. La discussion collective sur les productions s'effectue de manière informelle et très peu structurée. C'est surtout la décision sur l'intervention de l'art-thérapie qui est coordonnée dans la relève puis les couloirs du service.



Figure 3. Productions et pratiques d'art-thérapie dans le terrain de cette recherche (dessins, lectures), D.R.

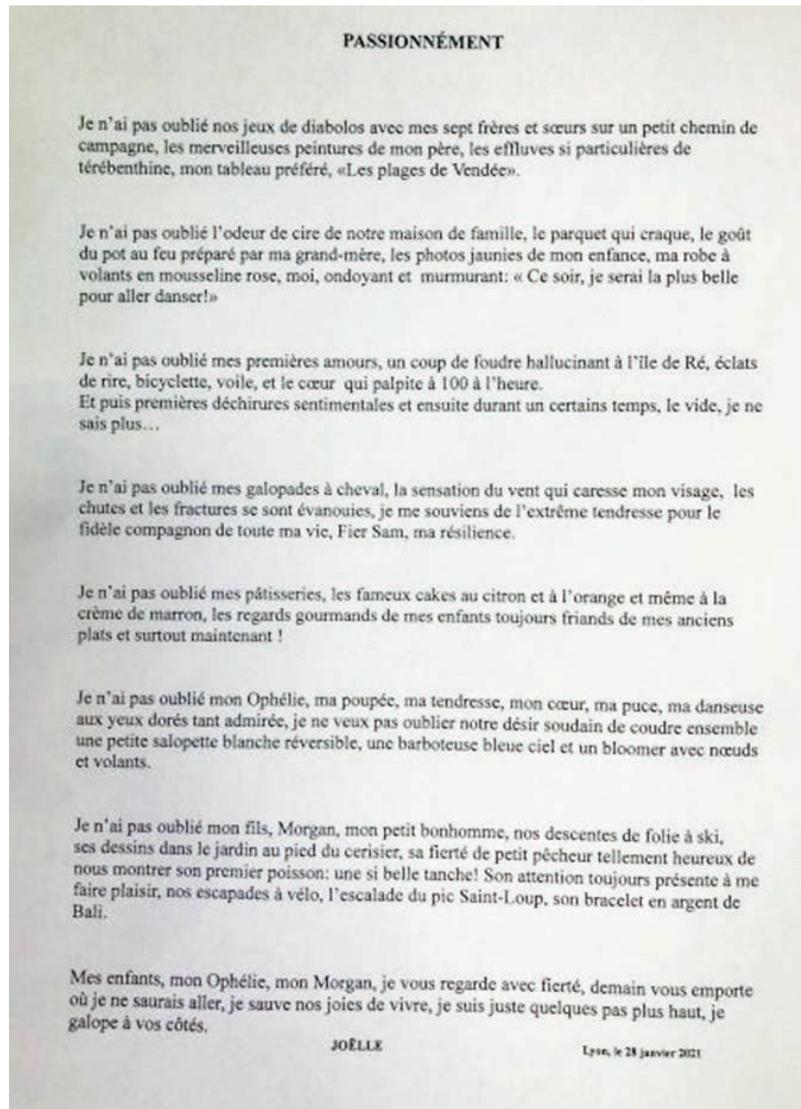


Figure 4. Illustration de production de l'art-thérapie (texte écrit par le patient), D.R.

L'art-thérapie et l'art-thérapeute agissent ainsi sur le pouvoir d'agir des soignants *via* la délégation d'une tâche et son inscription dans une division du travail du soin. Cela permet de rompre le sentiment d'isolement du soignant, selon la cadre du 3C :

« Parfois ils se sentaient tellement seuls, investis et seuls responsables du bien-être du patient que d'un seul coup, il y avait un nouveau collègue... Je ne sais pas si c'est la personne ou l'art-thérapie en lui-même, un nouveau moyen pour accéder au patient, pour donner du temps au patient qui n'est pas du soin ».

Nous retrouvons cela dans le FG, avec d'autres formulations autour de l'équipe, du sentiment de gratification et de filiation. Les discours des soignants dans le FG sont en effet unanimes quant au travail d'équipe qui s'en trouve amélioré grâce à l'art-thérapie : « cela a valorisé le travail d'équipe qu'on faisait » ; « c'est une forme de valeur ajoutée sur notre travail d'équipe ». Aussi, le travail du soin s'en trouve-t-il plus valorisé, selon les soignants : « c'est plus intéressant pour moi d'aller dans sa chambre que faire juste mes soins à

la chaîne et au revoir ». Un sentiment de gratification émerge également, lié aux thérapies complémentaires et en particulier à l'art-thérapie comme identité du service : « je suis fière de travailler dans un service qui propose des soins alternatifs ».

Le Tableau 2 ci-contre synthétise comment l'art-thérapie s'inscrit dans le processus de soin en contexte palliatif, en se concentrant sur les sujets impliqués, les moments du soin, les espaces et les rôles de l'AT. Les dialogues générés autour des productions issues de l'art-thérapie (dessins, textes, objets,...) entre soignants et soignés font partie intégrante du processus de soin palliatif. Ainsi, même si le soignant n'est pas systématiquement présent avec l'art-thérapeute auprès du patient pendant la séance d'art-thérapie, il participe activement à une mise en récit / un dialogue autour du patient, de sa personne et de son vécu, par le biais des productions de ce dernier. En cela, les soignants ont une place essentielle dans le processus même d'art-thérapie.

Sujets	Moment du soin	Espaces de l'A.T.	Rôle(s) de l'A.T.
Patient-soignants	Prise en charge – accueil	Chambre / bureau	Suggestif (information : ça existe ; « fiche »)
Collectif (3C + équipe mobile) : médecins, internes, A.S., IDE, psychologue	Relève (mardi matin)	Salon des familles	Indicateur : comprendre pour mieux accompagner Traitement : soulager, accepter, verbaliser
Collectif 3C Infirmière trajectoire	Après la relève (informel)	Couloirs, bureaux	Suggestif (pour les soignants) <i>via</i> l'art thérapeute (« stationnement » dans le couloir avec le chariot mardi / jeudi) = « je suis là » « Ordonnance » (pour l'art thérapeute) = « il faudrait voir un(e) tel(le) parce que... »
Patient-art-thérapeute	Quand l'A.T. a eu connaissance de... Si le patient est « disponible » Les mardi et/ou jeudi	Chambre Chariot, « en attente » d'entrer dans la chambre (consentement)	Une « bulle » temporelle Accompagner, soulager, verbaliser (expression des besoins des patients) Comprendre le patient en tant que personne Passer un moment hors du soin technique (« soin relationnel »)
Productions-soignants Patient-production-soignant Patient-soignant	Tour médical, ou soin par AS ou IDE	Chambre	Enclencher un dialogue Montrer la personne et non le malade (patient) « Changer de regard » Diminuer le transfert émotionnel (« cheminement parallèle »)
Soignants-soignants Et/ou médecins-soignants Et/ou soignants-direction	Relève, ou réunions de service, moments plus informels Hors soin	Salon des familles, ou couloirs, ou bureaux des AS/IDE, et du cadre	Enclencher un dialogue Montrer la personne et non le malade (patient) « Changer de regard » Ajuster les soins palliatifs Créer un collectif (une « ambiance » d'équipe, un sens)

Tableau 2. Rôles de l'art-thérapie en contexte de soins palliatifs

Discussion

Transformations du travail du soin par le biais de l'art-thérapie : contributions à la QVT

L'analyse des résultats de cette recherche nous permet déjà de conclure que l'art-thérapie représente un outil de transformation du travail du soin qui participe de la construction de marges de manœuvre à différents niveaux (espace-temps du travail, réception du travail, organisation du travail) au cœur du pouvoir d'agir des soignants. Nous retrouvons ainsi les dimensions principales de la QVT au sens de Commeiras *et al.* (2019) et de l'ANACT.

L'AT participe en effet à la transformation de l'environnement de travail (contenu et exercice du travail du soin). Le contenu du travail est ainsi amélioré du fait d'une prise en charge facilitée par l'art-thérapie (exercice du travail du soin) agissant sur la qualité de l'environnement physique du travail (espace et temps). Cela participe d'une amélioration de la qualité des relations sociales (ici, avec les patients et la famille, avec des meilleures possibilités de relations et de communication) et du travail. Un sentiment de gratification et de fierté émerge, allant de pair avec un régime d'engagement dans un collectif de travail. Aussi, l'organisation du travail est facilitée par une division du travail où l'art-thérapie peut prendre en charge la connaissance du besoin des patients (Tronto, 2008) de manière complémentaire au soin institué. L'art-thérapeute et

l'art-thérapie s'inscrivent dans une coordination du soin palliatif, de manière pluriprofessionnelle et interdisciplinaire (Glouberman et Mintzberg, 2003). La dimension de conciliation vie professionnelle-vie privée a pu être entendue dans les temps de FG *via* les impacts de la surcharge émotionnelle liée au travail du soin dans ce contexte, mais les effets de l'art-thérapie sur cette dimension ne sont pas connus. Au total, comment peut-on alors aborder l'art-thérapie dans le dispositif de soin ? Comme un simple pansement ? Que révèlent ses fonctions vis-à-vis des théories sous-jacentes dans ce dispositif (Pierron, 2020) ?

La créativité et l'imaginaire sont au cœur des processus d'art-thérapie (Pierron, 2020 ; Grignoli, 2016). Nos observations montrent que les espaces de l'AT participent à la production d'images nouvelles que le soin biomédical a eu tendance à éloigner. Elles sont surtout en rapport avec des images psychiques fortement influencées par la maladie, et dont la relation avec l'art-thérapeute, *via* des matières, des couleurs, des possibilités multiples d'expression de soi et de son imaginaire, met en relief d'autres dimensions de la personne et de son histoire de vie (Pierron, 2007). Ce sont ces images qui produisent un dialogue nouveau : avec les autres (en créant un collectif centré autour du patient en tant que personne), avec les indicateurs biomédicaux et le soin technique, avec le travail du soin et sa créativité, s'exprimant dans les marges de manœuvre des soignants. S'il y a, comme nous l'avons observé (senti, vu et entendu, en confrontant les trois),

un transfert (Devereux, 1967) – des émotions, du cheminement parallèle – du soignant au soigné, si caractéristique du métier en soins palliatifs, il nous a semblé réorienté par l'art-thérapie et l'art-thérapeute, en offrant un nouvel espace du travail du soin dans lequel la part de créativité du soignant peut s'exprimer au travers de nouveaux objets du soin co-produits (la chambre, avec l'art-thérapeute, la relève, les tiroirs du bureau des cadres, le couloir, le chariot de l'art-thérapeute, les objets supports de l'art-thérapie) : non plus seulement les indicateurs de l'*evidence-based medicine*, ni même seulement la maladie et le malade dans un rôle de patient, mais par les couleurs des productions d'art-thérapie, leurs supports (sur et avec quoi elles sont créées), ce qu'elles racontent de la personne en tant qu'elle est in-formée par cette pratique (Pierron, 2020), et ce qu'elles produisent comme dialogue entre soignés-soignants, entre soignants et lors des espaces de coordination du soin. Au total, ce « changement de regard », si souvent raconté tel quel et dont l'expression nous a nous, en tant que chercheurs, si occupés l'esprit, nos méthodes et notre propre regard, raconte en fait cet autre imaginaire du soin et des patients, en soins palliatifs.

C'est pour cela que, en rapport avec les travaux de Yves Clot, l'art-thérapie participe à la mise en tension de critères de qualité du travail se retrouvant en conflit (soin technique / soin artistique ; tâche prescrite dans une cadence du soin / intangible de la relation de soin hors temps ; objet / humanité) dans l'activité instituée, et à la transformation du travail du soin conjointement à une meilleure qualité du travail. En cela, elle participe d'un mouvement dialogique, éthique et esthétique (Quinlan *et al.*, 2014) dans la reconstruction du soin et du patient en tant que personne. Dans les mots de Vygotski, nous pensons ainsi au total qu'elle fonctionne comme un instrument psychologique, en tant qu'une construction artificielle et sociale, comme l'art (Vygotski, 2005), réorientant les sentiments, le regard (avec le beau des productions des patients et la dimension esthétique du soin) et le comportement (pouvoir d'agir) dans le même temps que l'activité s'en trouve transformée dans ses espaces et ses temporalités vécues.

Dans le contexte spécifique d'un service de soins palliatifs, le dispositif d'art-thérapie apparaît alors comme un remède de fond. En effet, il redonne du sens aux activités des soignants, en leur permettant de faire et d'investir mieux ou autrement ce qu'ils savent faire, ce en fonction de préférences individuelles (relationnelle, technique). Ce faire autrement est alors caractéristique de marges de manœuvre produites par le dispositif d'art-thérapie. D'un autre côté mais de manière reliée, il offre aux patients un outil de médiation de leur vécu, et de transition dans l'adaptation pertinente et co-construite du soin palliatif. La dimension esthétique et imaginaire rejoint alors l'expression d'une compétence éthique au sens du jugement permis par ce dispositif dans la mise en place d'actions possibles (pertinentes et compétentes) par les soignants, ce de manière discursive et coordonnée. Enfin, la question temporelle est prégnante dans nos résultats (d'avantage de temps ressenti par les soignants) et amène donc à repenser une rythmique du soin.

L'apport des focus groups

Les FG se sont déroulés avant les journées d'observation, mais après les entretiens préliminaires avec les cadres et l'art-thérapeute. Le discours, dans cet enchaînement temporel, nous a paru homogène, et nous montre que l'art-thérapie s'inscrit dans le dialogue et les décisions autour des soins à apporter / ajuster aux patients, en même temps qu'elle génère un nouveau dialogue dans certains espaces entre les professionnels de santé et / ou avec les patients eux-mêmes (ce que nous avons montré dans le Tableau 2, p. 21). Pour autant, nos sessions de FG, en tant qu'expérience de l'expérience vécue, nous ont permis de poser la question de l'espace qui vient en surplomb de l'activité de travail du soin pour un soin du travail, comme un mouvement réflexif et professionnalisant de discussion sur le travail grâce à une ingénierie de la discussion (Detchessahar, 2019). Nous pensons qu'une technique telle que le photolangage offre une mise en abîme de l'usage de l'art-thérapie dans le service permettant ce travail. Il est d'ailleurs notable que lors des deux journées d'observation (à la suite des FG), le cadre du service a exprimé aux deux chercheurs le retour positif des soignantes vis-à-vis des FG. Nous pensons que les FG que nous avons menés pourraient être expérimentés de manière plus régulière et faire l'objet d'une étude plus large dans une démarche de recherche-intervention avant / après instauration d'une démarche d'art-thérapie, afin de mieux distinguer ce qu'une telle méthode peut générer dans l'activité des soignants et leur QVT.

Conclusion

Les thématiques traitant de la participation des malades à leur protocole de soins sont aujourd'hui largement abordées dans les recherches en sciences sociales, allant jusqu'à proposer des indicateurs de mesure de leur satisfaction ou de l'impact de cette participation sur l'évolution de leur état de santé. Toutefois, elles sont insuffisantes dans leur capacité à intégrer les narrations des parties prenantes au processus de soin (Meadows, 2021). Un besoin de modélisation intégrant la qualité relationnelle dans la relation soignant-soigné est avéré, par l'appréhension des « impensés du soin » (Pierron, Vinot & Chelle, 2020).

Cette recherche consistait à comprendre la place de l'art-thérapie dans le travail de soin en contexte hospitalier. Pour cela, nous en avons regardé les effets sur la QVT des soignants. Nous avons montré la forme et le contenu des liens entre l'art-thérapie pratiquée avec les patients et le travail du soin, en caractérisant les fonctions de l'art-thérapie puis en les rattachant aux dimensions de la QVT. Au final, un dispositif de soin nouveau émerge dans lequel l'art-thérapie et l'art-thérapeute s'inscrivent dans une collaboration interprofessionnelle et pluridisciplinaire au cœur de la reconstruction d'un récit du soin, afin de mieux accompagner les patients en fin de vie.

Notre recherche comporte des limites qui tiennent au dispositif exploratoire mis en place. Nous pourrions mener davantage d'observations, par exemple de manière plus régulière pendant les relèves pour

observer plus finement comment les professionnels de santé intègrent d'autres thérapeutes moins reconnus et constitués en profession, puis en observant les suites de ces relèves dans les tournées médicales et les moments d'art-thérapie avec les patients. Aussi, nous pourrions affiner la littérature sur les espaces de discussion à la lumière de ce contexte. Enfin, nous pourrions, en élargissant l'étude, par exemple avec des indicateurs RH (absentéisme, climat social, *turnover*, arrêt de travail...), interpréter autrement ces dynamiques à l'aide du modèle SLAC du bien-être au travail (sens, lien, activité, confort), développé par Abord de Chatillon et Richard (2015).

Bibliographie

- ABORD DE CHATILLON E. & RICHARD D. (2015), « Du sens, du lien, de l'activité et du confort (SLAC) - Proposition pour une modélisation des conditions du bien-être au travail par le SLAC », *Revue française de gestion*, 41(249), pp. 53-71.
- ABORD DE CHATILLON E. & DESMARAIS C. (2012), « Le nouveau management public est-il pathogène ? », *Management international/International Management/Gestión Internacional*, 16(23), pp.10-24.
- BESSELL A. G., DEESE W. B. & MEDINA A. L. (2007), « Photolanguage: How a picture can inspire a thousand words », *American Journal of Evaluation*, 28(4), pp. 558-569.
- BÉLISLE C. (2014), *Photolangage®: communiquer en groupe avec des photographies*, Chronique sociale.
- BEZES P. et al. (2011), « New Public Management et professions dans l'État: au-delà des oppositions, quelles recompositions ? », *Sociologie du travail*, 56(3), pp. 293-348.
- BÉZY O. & JALENQUES I. (2007), « De la spécificité du cancer et de ses effets psychiques », *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 165(2), Elsevier Masson, pp.132-135.
- BONNEFOND J.-Y. & CLOT Y. (2018), « Clinique du travail et santé au travail: ouvertures, perspectives et limites », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, n°20-1.
- CANOLLE F., ANTONIĆ D., CASA NOVA A., GONCHARUK A., MELO P., RAPOSO V. & VINOT D. (2022), "Application and advancement of efficiency evaluation methods for healthcare", in KRIKŠČIŪNIENĖ D. (éd.), *Intelligent systems for sustainable person-centered healthcare*, Springer.
- CLOT Y., BONNEFOND J. Y., BONNEMAIN A. & ZITTOUN M. (2021), *Le prix du travail bien fait. La coopération conflictuelle dans les organisations*, Éditions La Découverte.
- CLOT Y. & SIMONET P. (2015), « Pouvoirs d'agir et marges de manœuvre », *Le travail humain*, 78(1), pp. 31-52.
- CLOT Y. (2010), *Travail et pouvoir d'agir*, Presses universitaires de France.
- CLOT Y. (2019), « Dialoguer pour faire autorité (Préface) », in DETCHESSAHAR M. (éd.), *L'Entreprise délibérée*, Nouvelle Cité, pp. 7-19.
- COLOMBAT P., GILLET N., LEJEUNE J., CHEVALIER S., KRAKOWSKI I., PRONOST A. M. & FOUQUEREAU É. (2018), « Qualité de vie au travail des soignants en cancérologie », in AMSELLEM N. & BATAILLE P. (éd.), *Le cancer: un regard sociologique – Bio-médicalisation et parcours de soins*, Paris, La Découverte.
- COMMEIRAS N., EGGRICKX A. & GEORGESCU I. (2019), « Changements, incertitudes et qualité de vie au travail : Le cas d'un regroupement de laboratoires de biologie médicale », *@GRH*, n°2, pp. 35-63.
- DENZIN N. K. & LINCOLN Y. S. (2011), *The Sage handbook of qualitative research*, Sage.
- DEVEREUX G. (1967/2012), *De l'angoisse à la méthode dans les sciences du comportement*, Flammarion.
- GAGNOU-SAVATIER E. (2018), « La narration éthique, une ressource dans le processus de sensemaking ? Le cas d'une équipe de soins palliatifs pédiatriques », *Revue française de gestion*, 44(275), pp.95-111.
- GLOUBERMAN S. & MINTZBERG H. (2001), "Managing the care of health and the cure of disease – Part I: Differentiation", *Health care management review*, pp. 56-69.
- GRIGNOLI L. (2016), « L'art thérapie interroge la créativité », *Imaginaire Inconscient*, (1), pp. 47-57.
- HAUTE AUTORITE DE SANTÉ & ANACT (2017), « La qualité de vie au travail au service de la qualité des soins. La boussole Qualité de Vie au Travail », téléchargeable sur www.has-sante.fr
- HAVARD C. & NASCHBERGER C. (2015), « L'influence du patient sur le travail des soignants et le dialogue social à l'hôpital », *@GRH*, n°4, pp. 9-41.
- HAYUNI G., HASSON-OHAYON I., GOLDZWEIG G., BAR SELA G. & BRAUN M. (2019), "Between empathy and grief: The mediating effect of compassion fatigue among oncologists", *Psycho-oncology*, 28(12), pp. 2344-2350.
- KALAMPALIKIS N. (2011), « Un outil de diagnostic des représentations sociales: le focus group », *Revista Diálogo Educacional*, 11(32), pp. 435-467.
- KAMBERELIS G. & DIMITRIADIS G. (2014), "Focus group research: Retrospect", *The Oxford handbook of qualitative research*, pp. 315-339.
- KITZINGER J., MARKOVA I. & KALAMPALIKIS N. (2004), « Qu'est-ce que les focus groups ? », *Bulletin de psychologie*, 57(3), pp.237-243.
- KLEIN J.-P. (2012), « L'art-thérapie: de l'inconnu à soi que l'on est vers l'inconnu de soi que l'on crée », *Cahiers jungiens de psychanalyse*, n°1, pp. 75-96.
- KLEIN J.-P. (2019), *L'art-thérapie*, Que sais-je.
- LAZARESCU I., DUBRAY B., JOULAKIAN M. B., BLANCHARD P., CHAUVET B., MAHÉ M. A. & THUREAU S. (2018), "Prevalence of burnout, depression and job satisfaction among French senior and resident radiation oncologists", *Cancer/Radiothérapie*, 22(8), pp. 784-789.
- LISSANDRE S., ABBEY-HUGUENIN H., BONNIN-SCAON S., ARSENE O. & COLOMBAT P. (2008), « Facteurs associés au burnout chez les soignants en oncohématologie », *Oncologie*, 10(2), pp. 116-124.
- LORINO P. (2018), *Pragmatism and organization studies*, Oxford University Press.
- MARIE D., DANY L., CANNONE P., DUDOIT E. & DUFFAUD F. (2010), « Représentations sociales du cancer et de la chimiothérapie : enjeux pour la définition de la situation thérapeutique », *Bulletin du cancer*, 97(5), pp. 577-587.
- MARTEL J. P. & DUPUIS G. (2006), "Quality of work life: Theoretical and methodological problems, and presentation of a new model and measuring instrument", *Social indicators research*, 77(2), pp. 333-368.
- MEADOWS K. (2021), "Patient-reported outcome measures – A call for more narrative evidence", *Journal of Patient Experience*, n°8, online: <https://doi.org/10.1177%2F23743735211049666>
- MENDY M., BALDÉ C. O. & DÉME S. (2020), « L'influence de la qualité de vie au travail sur l'implication organisationnelle du personnel des universités publiques sénégalaises. Cas de l'Université Assane Seck de Ziguinchor », *@GRH*, n°1, pp.37-71.
- MINTZBERG H. (2017), *Managing the myths of health care: Bridging the separations between care, cure, control, and community*, Berrett-Koehler Publishers.
- PAILLÉ P. & MUCCHIELLI A. (2021), *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales-5^e éd.*, Armand Colin.
- PERROT C., PELISSIER C., ARBUZ G., BUISSONA., GONTHIER R., OJARDIAS E. & CELARIER T. (2020), « Aider les internes à mieux accompagner les patients en fin de vie grâce à un atelier d'expression », *Médecine Palliative*, 19(4), pp. 223-228.
- PIERON J.-P., VINOT D. & CHELLE E. (2020), *Travail du soin, soin du travail*, Seli Arslan.

- PIERRON J.-P. & VINOT D. (2020), "The meaning of value in "person-centred" approaches to healthcare", *European Journal for Person Centered Healthcare*, 8(2), pp.193-200.
- PIERRON J.-P. (2008), « Force et faiblesse des imaginaires médicaux », *Image, imagerie et imaginaire en médecine, Diagonale* ϕ n°3, pp. 31-49.
- PIERRON J.-P. (2020), « L'art : travail de soin et créativité. Ou comment l'art dans le soin peut-il être un travail de soin ? », in PIERRON J.-P., VINOT D. & CHELLE E. (éd.), *Travail du soin, soin du travail*, Seli Arslan, pp. 159-170.
- QUINLAN E., THOMAS R., AHMED S., FICHTNER P., MCMULLEN L. & BLOCK J. (2014), "The aesthetic rationality of the popular expressive arts: Lifeworld communication among breast cancer survivors living with lymphedema", *Social Theory & Health*, 12(3), pp. 291-312.
- ROBIN-QUACH P. (2009), « Connaître les représentations du patient pour optimiser le projet éducatif », *Recherche en soins infirmiers*, n°3, pp. 36-68.
- SOUM-POUYALET F., VEGA A. & COUSSON-GÉLIE F. (2009), Le "moral" en cancérologie - Stratégies et discours des soignants dans l'accompagnement des malades », *Psycho-oncologie*, 3(3), pp. 161-167.
- TAVANI J. L., MONACO G. L., HOFFMANN-HERVÉ L., BOTELLA M. & COLLANGE J. (2014), « La qualité de vie au travail: objectif à poursuivre ou concept à évaluer? Quality of life at work: A goal to pursue or a concept to be assessed? », *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, n°75, pp. 160-170.
- TRONTO J. C. (2008), « Du care », *Revue du MAUSS*, (2), pp. 243-265.
- VALETTE A. & BURELLIER F. (2014), « Quand l'habit fait le moine les chefs des pôles hospitaliers: devenir des hybrides "malgré tout?" », *Annales des Mines - Gérer & Comprendre*, n°2, pp. 4-13.
- VYGOTSKI L. (2005), *Psychologie de l'art*, La Dispute.
- WALLI M., MINVIELLE E., ACERO M. X., BA K. & LALLOUÉ B. (2021), "What matters to patients? A mixed method study of the importance and consideration of oncology patient demands", *BMC Health Services Research*, 21(1), pp.1-13.
- WEICK K. E. & SUTCLIFFE K. M. (2003), "Hospitals as cultures of entrapment: A re-analysis of the Bristol Royal Infirmary", *California Management Review*, 45(2), pp. 73-84.
- WONG S. S., GEORGE T. J., GODFREY M., LE J. & PEREIRA D. B. (2019), "Using photography to explore psychological distress in patients with pancreatic cancer and their caregivers: a qualitative study", *Supportive Care in Cancer*, 27(1), pp. 321-328.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2019), "What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review".

Annexe 1 :

Focus group, méthodes, population et thèmes

Un groupe de discussion (ou FG) est une méthode de recherche qualitative dans laquelle un groupe de personnes est réuni pour discuter d'un sujet prédéterminé (Kitzinger *et al.*, 2004). On distingue souvent le FG de l'entretien collectif plus dirigé alors que le premier est facilité, mais les pratiques se positionnent souvent sur un *continuum* entre les deux en fonction des objectifs et des degrés de fluidité des interactions (Kamberelis et Dimitriadis, 2014). Avec ces auteurs, nous précisons dans la suite deux aspects importants de cette méthode : la détermination du focus ; pourquoi les FG plutôt que des entretiens individuels.

- L'objectif du FG est de comprendre comment les soignants travaillent avec l'art-thérapie pour la prise en charge des patients. Notre détermination du focus est sur leur vécu de la présence de l'art-thérapie dans leur travail du soin. Quatre moments ont jalonné les FG : leur rapport à l'art, pour faire connaissance ; la description de leur activité de travail, à l'aide d'un mot, une expression, citation... ; leur relation avec les soignés, avec l'aide du photolangage ; leur regard sur l'art-thérapie mise en place avec les patients, avec une question large. L'animation du FG s'est déroulée tantôt dans une perspective de facilitation des échanges, par exemple en repérant les interactions et réactions à l'aide de signaux faibles (acquiescements, postures) ou plus visibles et audibles (rires, voire pleurs), et tantôt

par des relances parfois plus insistantes lorsque les interactions se faisaient moins bien.

- Nous avons privilégié des temps de FG aux entretiens individuels pour stimuler la discussion sur l'art-thérapie et le travail quotidien entre les pairs (« oxygène dialogique ») : le FG est aussi une expérience du travail vécu (un redoublement de l'expérience, au sens de Vygotski). Néanmoins, ce choix n'a pas été évident pour la cadre de santé. Nous avons souhaité que les FG soient constitués dans une logique homogène en termes de profession (trois *focus groups* composés d'infirmiers, et deux *focus groups* composés d'aide-soignants – A.S.) et d'expérience ou non de l'art-thérapie, menant à une autre exigence de la cadre sur la disponibilité calendaire (équipe du matin, équipe du soir). De ce fait, les FG comprenaient 4 personnes soignantes en moyenne, ce qui est moins que ce que l'on peut attendre dans ce genre d'entretiens. Nous les avons réalisés dans le « salon des familles », au 3^e étage de l'établissement dans un couloir entre deux services.

Au total, 5 *focus groups* ont été réalisés par groupe de 4 personnes en moyenne sur le lieu de travail. L'animation des *focus groups* a été réalisée par deux chercheurs courant juin et juillet 2021.

Ils ont duré une heure en moyenne et ont tous été retranscrits intégralement.

<i>Focus group</i>	Population	Nombre de personnes
1	IDE sans expérience de l'art-thérapie	5
2	IDE avec expérience	4
3	IDE avec expérience	3
4	A.S.	4
5	A.S.	3

Tableau 3. *Focus groups*

Méthode d'animation des *focus groups* : le photolangage

Le photolangage est une de ces techniques qui utilise des photos pour susciter des réponses de la part des individus. Elle est particulièrement adaptée dans le cadre de petits groupes, et particulièrement utile dans les situations où les personnes interrogées peuvent donner des données limitées ou minimales (Bessell *et al.*, 2007). Cette technique a montré ses preuves dans le cadre de *focus groups* (Lauri, 2011).

Dans cet esprit, nous avons utilisé la technique du photolangage comme outil d'aide à la verbalisation de l'activité en groupe (Perrot *et al.*, 2020 ; Bélisle, 2014), qui entre parfaitement dans la démarche indirecte de la clinique de l'activité (Clot, 2010).

Ainsi, une centaine de photos ont été déposées sur une table de manière dispersée et aléatoire. Chaque participant a été invité à en choisir une qui représentait, pour chacun d'eux, leur relation à leur patient. Pour ce faire, les participants pouvaient toucher les photos, les déplacer, « fouiller ». Lorsque tous les membres du groupe ont fini de choisir leur photo, ils ont été invités à s'exprimer sur les raisons de ce choix.

Annexe 2 : Photos choisies et verbalisation (Analyse par thèmes émergent)

Thématique	Description de la photo	Verbatim du soignant
Relation d'aide	Un monsieur qui a une main tendue (2 personnes)	« Ça me fait penser à la main, la relation d'aide qu'on a avec le patient, ben c'est vraiment une main tendue en fait qu'on leur propose. Et pour les accompagner, c'est vrai qu'on a vraiment le regard dans la même direction, je vois vraiment la main tendue, c'est la relation d'aide. C'est aussi simple que ça. » « Dans notre métier, on a besoin de nos mains, pour le toucher, pour les soins. Ici, le monsieur est en noir. Moi, j'aurais mis de la couleur. Dans le service, je trouve que c'est accueillant, il y a de la couleur. Parce qu'on vit des moments tristes, et les gens sont tristes et que la couleur, ça égaye. »
	Deux personnes qui s'entraident	« Une personne semble aider l'autre à surmonter quelque chose. Je trouve que ça décrit assez bien ce qu'on fait tous les jours. Peut-être que sur cette photo il n'y a pas qu'une personne qui aide l'autre, mais peut-être que l'autre aide aussi celui qui est plus haut à tenir en équilibre. Ça va un peu dans les deux sens. »
	Une dame qui sourit et elle est au même niveau que la personne qu'elle regarde	« Ça me parle dans la relation aux patients quand on se met à leur niveau. Il y a moins de distance. Et puis le sourire, c'est quelque chose qu'on ne voit plus maintenant avec les masques. Et ça a manqué pour moi quand on a commencé à les porter, j'ai eu beaucoup de mal. Quand on n'a pas les mots, il reste le sourire. »
	Deux grosses pierres sur chacune desquelles une personne est placée	« L'idée, c'est de traverser d'une pierre à l'autre et il y a une personne qui aide l'autre à traverser. C'est un peu l'idée du soignant qui aide le patient à traverser plusieurs obstacles dans son parcours de soin. Mais voilà, une fois que l'on a aidé, s'il arrive sur la nouvelle pierre, il repart de lui-même, après il sort. Et parfois, il tombe dans le ravin, c'est nos patients en fin de vie. Mais nous, on est là pour les aider, essayer de leur faire passer des épreuves, pour que ça se passe au mieux. »
Relation empreinte d'affection	Un éléphant qui semble aider un autre (2 personnes)	« On ne se laisse jamais tomber les uns les autres comme les meutes d'éléphants qui sont toujours en train de se soutenir. On est tous dans le même bateau, tous dans le même chemin, et du coup, en fait notre rôle, c'est vraiment de les aider, de les soutenir, de les aider à avancer vers la guérison,... ou pas. » « Sans être l'un à côté de l'autre, l'un est devant, l'autre est derrière. Je l'ai choisie, parce que je trouvais qu'il y avait beaucoup d'affection dans cette image. Je trouve que ça représentait la relation avec le patient, parce que quand on est infirmière en cancérologie, il faut de la ténacité mais aussi énormément de qualités relationnelles. L'éléphant aussi, parce qu'il faut beaucoup de mémoire. Il faut se souvenir de chaque patient, de leurs histoires de vie, et que d'une chambre à l'autre la situation est complètement différente et qu'il faut toujours savoir s'adapter. »

Thématique	Description de la photo	Verbatim du soignant
Une relation empreinte d'émotions fortes	Un parc d'attraction, un jeu de sensations	« C'est plus pour mettre en avant, en fait, que c'est pas un service évident d'accompagner les gens et leur entourage, d'accompagner la fin de vie. Mais cela reste une relation unique et qui fait se dire qu'on est là ensemble dans cette histoire. On passe par des émotions brutales et tellement vastes qu'on est là ensemble dans cette histoire. »
Une relation singulière	Le Rubik's Cube	« [...] le Rubik's Cube, parce qu'il y a plein de manière de le résoudre en fait. C'est comme les relations avec nos patients. Il y a des relations qui sont plus difficiles à mettre en place, même des fois malheureusement on n'arrive jamais à mettre en place une relation qu'on peut estimer satisfaisante. Et on a des relations qui se mettent en place hyper facilement, avec une coopération qui se fait très rapidement entre le patient et l'équipe paramédicale. »
	Une photo blanche (2 personnes)	« J'arrive pas à mettre une couleur, un panel d'émotions avec les autres photos. La feuille blanche, parce que des fois il y a des patients qu'on connaît depuis deux-trois mois et quand ils décèdent ou se dégradent, on est pas trop dans l'affect, parce qu'il y a un lien humain qu'on a pas créé... et il y a des personnes qui restent 48 heures, qu'on voit très peu et on arrive à créer un lien humain. Et c'est ce lien humain qui fait que peut-être quand le patient meurt, on est plus touché que d'autres. »
Une relation avec l'idée d'une même direction	Une équipe d'aviron qui rame dans la même direction (2 personnes)	« Le petit monsieur qui est dos aux autres, je me suis dit, ça, c'est le patient. Du coup, c'est le patient et là c'est toute l'équipe qui est derrière lui, que ce soient les infirmières, aide-soignantes, médecins, psychologues ; toutes les personnes qui gravitent autour de lui et qui sont en train de forcer. Qu'on avance pour le patient, pour qu'il se sente bien, pour qu'on l'accompagne au mieux dans les moments difficiles, vers la guérison. »
	Deux ânes qui avancent dans la même direction	« Quand on arrive le matin, on arrive toutes de chemins différents, que ce soit physiquement ou dans nos têtes, et le patient, lui aussi, il a un autre chemin que le nôtre. Et moi, mon objectif quand je rentre dans une chambre, c'est qu'on arrive à être sur le même chemin à un moment donné. »
Une équipe soignante autour du patient	Une équipe qui a l'air soudée et qui rigole	« Ça serait la relation avec le patient, on essaie d'avancer quand on a le même but en fait, c'est d'avancer et essayer d'arranger les choses. »
	Une équipe d'astronautes	« Dans notre service et même dans tous les services, c'est quelque chose qui est important pour le patient d'avoir une bonne entente et d'avoir des liens comme ça. Je l'aime bien, ils rigolent tous dessus. »
		« Je trouve que déjà on travaille toujours en équipe et c'est toujours important d'être en équipe. Et j'ai choisi les astronautes, c'est un peu un monde à part de l'extérieur. Et je trouve que nous aussi quand on côtoie des gens de l'extérieur, c'est un peu un monde à part et on a l'impression qu'il n'y a que nous qui pouvons nous comprendre entre nous. »

Thématique	Description de la photo	Verbatim du soignant
Une relation aux patients indissociable de la relation aux familles	Un groupe de personnes, un groupe de familles	« Quand ils viennent vers nous nous demander surtout quand est-ce qu'ils vont partir, quand le patient va mourir. Et qu'on leur répond, "on ne sait pas"... C'est la question récurrente : "Est-ce que vous pensez qu'il y en a pour longtemps ? Quand est-ce que ça va arriver ?" C'est humain comme question, parce que c'est trop lourd pour eux ; l'attente est trop lourde, trop dure à supporter. »
Une relation à construire autour de la personne et de son histoire	Un manuscrit d'un certain âge	« Ça va de tout âge, donc du plus vieux au plus jeune et, comme dans un livre, ils sont enrichissants, ils nous apportent beaucoup de choses, dans leur vécu, dans leur histoire de vie. Enfin, c'est pour ça que j'aime ce que je fais, pour cette relation et que chaque personne est unique avec leurs histoires de vie, leurs besoins, et tout ça... »
	Un bateau de l'ancien temps	« C'est une grande aventure. Parfois la mer est calme, ça peut représenter le calme d'une journée tranquille. Ça peut représenter que chaque patient est une aventure en fait. On rentre dans sa vie, on rentre dans sa famille. Ça peut représenter comme les galères, un vieux bateau, une équipe soudée qui rame pour aller plus loin, pour qu'on aille dans le même sens. »