

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et de Pharmacie
6 rue de la Milétrie
TSA 51115
86073 POITIERS Cedex 9 - FRANCE

**UNE EXPERIENCE D'ART-THERAPIE AUPRES DE PERSONNES AVEUGLES
AVEC LE MEDIUM DES ARTS-PLASTIQUES ASSOCIE A L'ECOUTE MUSICALE**

Mémoire de fin d'études du Diplôme Universitaire d'Art-thérapie
présenté par THEVENET Christine
Année 2022

Sous la Direction de :

Mme Véronique VALLET

Psychologue

Référent Universitaire :

M. Giraud Jean-Jacques

Professeur Honoraire à la Faculté

de Médecine et Pharmacie de Poitiers

Lieu de stage :

Association Larnay Sagesse

86580 BIARD

PLAN

REMERCIEMENTS.....	3
PREAMBULE.....	4
1. INTRODUCTION	6
1.1. LA DEFICIENCE VISUELLE	7
1.1.1. DEFINITION ET EPIDEMIOLOGIE	7
1.1.2. CAUSES ET TYPES DE DEFICIENCES VISUELLES.....	8
1.1.3. PATHOLOGIES ASSOCIEES A LA DEFICIENCE VISUELLE	8
1.2. LES COMPETENCES EMOTIONNELLES.....	9
1.2.1. EMOTIONS ET THEORIE DE L'ESPRIT	9
1.2.2. CONSCIENCE EMOTIONNELLE.....	10
1.2.3. DEFINITION DES COMPETENCES EMOTIONNELLES	11
1.2.4. IMPACTS DE LA DEFICIENCE VISUELLE SUR LES COMPETENCES EMOTIONNELLES.....	12
1.3. HYPOTHESE DE TRAVAIL	12
1.4. ARTS ET TECHNIQUES UTILISES.....	13
1.4.1. LES ARTS-PLASTIQUES	13
1.4.2. L'ASSOCIATION DES ARTS-PLASTIQUES ET DE L'ECOUTE MUSICALE.....	14
1.5. L'ART-THERAPIE.....	14
1.5.1. DEFINITION	14
1.5.2. LES APPORTS D'UN ACCOMPAGNEMENT ART-THERAPEUTIQUE	15
1.5.3. LA MISE EN ŒUVRE D'UNE PRATIQUE EN ART-THERAPIE	15
2. MATERIEL ET METHODES.....	17
2.1. MATERIEL.....	17
2.1.1. LIEU DE STAGE : PRESENTATION DES UNITES, DES EQUIPES, DES RESIDENTS.....	17
2.1.2. OBJECTIFS DE LA PRISE EN SOIN	18
2.1.3. CHOIX DES ITEMS ET DES GRILLES SCIENTIFIQUES VALIDEES	19
2.1.4. CHOIX DES PATIENTS POUR L'ETUDE	21
2.1.5. STRATEGIES THERAPEUTIQUES.....	21
2.1.6. ORGANISATION DE LA RECHERCHE : DUREE ET ORGANISATION DES SEANCES	21
2.1.7. RETOMBEEES ATTENDUES.....	22
2.1.8. EVALUATION DES SEANCES	23
2.2. METHODES.....	23
2.2.1. ETUDE DE CAS MME m.	23
2.2.1.1. HISTOIRE DE VIE ET ANAMNESE	23
2.2.1.2. OBJECTIFS THERAPEUTIQUES	27

2.2.1.3.	SEANCES D'ART-THERAPIE.....	27
2.2.2.	ETUDE DE CAS MME C.....	29
2.2.2.1.	ANAMNESE	29
2.2.2.2.	OBJECTIFS THERAPEUTIQUES	31
2.2.2.3.	SEANCES D'ART-THERAPIE.....	32
3.	RESULTATS ET BILANS	34
3.1	MME M.....	34
3.1.1	GRILLES D'OBSERVATION DES SEANCES ET ITEMS SELECTIONNES	34
3.1.2	AUTO-EVALUATION	36
3.1.3	ANALYSE DES RESULTATS ET BILAN	36
3.2	MME C.	39
3.2.1	GRILLES D'OBSERVATION DES SEANCES ET ITEMS SELECTIONNES	39
3.2.2.	AUTO-EVALUATION	41
3.2.3.	ANALYSE DES RESULTATS ET BILAN	42
4.	DISCUSSION.....	45
4.1.	REFLEXION SUR LES RESULTATS OBTENUS	45
4.2.	APPORTS ET BENEFICES DE L'ETUDE	45
4.3.	LIMITES DE L'ETUDE ET SES EVOLUTIONS POTENTIELLES	46
4.4.	LE CADRE CONCEPTUEL DE L'ART-THERAPIE	46
4.5.	PLACE ET POSTURE DE L'ART-THERAPEUTE EN INSTITUTION, LES PARAMETRES A PRENDRE EN COMPTE DANS L'EXERCICE DE SA FONCTION.....	47
	CONCLUSION	49
	BIBLIOGRAPHIE	51
	GLOSSAIRE.....	53
	ANNEXES.....	57
1.	LES GRANDS COURANTS THEORIQUES DES EMOTIONS	57
2.	LE MODELE DES EMOTIONS DE PLUTCHIK (1980)	58
3.	CONCEPTION DEVELOPPEMENTALE PROPOSEE PAR LANE ET SCHWARTZ (1987) AVEC LEUR MODELE DES NIVEAUX DE CONSCIENCE EMOTIONNELLE ...	59
4.	ECHELLE D'ESTIME DE SOI DE ROSENBERG	60
5.	FICHE OBSERVATIONS	61

REMERCIEMENTS

J'adresse mes sincères remerciements à toutes les personnes qui ont concouru de près ou de loin à faire que cette aventure existe et puisse être menée à son terme :

- Professeur Giraud, référent universitaire du Diplôme Universitaire d'Art-Thérapie de Poitiers,
- L'équipe enseignante,
- Madame Vallet, psychologue et Directrice de ce mémoire,
- Monsieur Besseron, Directeur Général de l'Association Larnay Sagesse,
- Madame Réau, art-thérapeute,
- Les professionnels du pôle soin (infirmières, psychomotricien et médecin psychiatre)
- Les professionnels des unités « Bella » et « Salsa »,
- Les résidents des unités « Bella » et « Salsa »,
- Et tout particulièrement, les résidents qui ont accepté de participer aux séances d'art-thérapie...

PREAMBULE

Mon enfance, période d'insouciance remplie de jeux, de découvertes, de créativité et de relations amicales, a forgé en moi la conviction, peut-être utopiste, que chacun d'entre nous peut s'épanouir, développer ses compétences personnelles, tant sur le plan physique que cognitif par des pratiques artistiques, les loisirs et les découvertes culturelles...

C'est la raison pour laquelle, j'ai choisi de découvrir le métier d'animatrice en travaillant auprès de jeunes enfants.

Ce métier m'a permis de développer mes compétences au service de l'épanouissement de jeunes enfants, pour leur permettre d'accéder à un espace de liberté, pour rêver, créer, imaginer, expérimenter, et se construire en toute sécurité.

Cependant, il me fallait consolider ma pratique professionnelle et j'ai choisi d'entrer à l'Institut Universitaire de Technologie (I.U.T.) de Tours pour obtenir le diplôme d'Animatrice sociale et socio-culturelle (1990). Cette formation m'a apporté des connaissances théoriques dans le domaine de l'art et de la culture ainsi que des compétences techniques dans différentes pratiques et particulièrement, celle du théâtre et des arts-plastiques.

Mon premier poste au sein d'un Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (C.H.R.S.) m'a permis d'expérimenter l'animation sociale auprès de personnes en difficultés et de mettre en place un projet de création « arts-plastiques » et des ateliers « mères-enfants ».

Après plusieurs années d'expériences professionnelles dans le domaine social, j'ai souhaité me tourner vers d'autres horizons. J'ai eu l'opportunité de travailler auprès de personnes en situation de handicaps (déficiences intellectuelles, et cognitives) et depuis 2003, auprès de personnes atteintes de handicaps sensoriels,

Au cours de cette dernière expérience, j'ai renoué au niveau professionnel avec les pratiques artistiques puisque j'accompagnais les personnes au quotidien dans des ateliers de créations manuelles de leur choix dans un but d'épanouissement personnel, de maintien des capacités psychiques et physiques.

La pratique artistique étant un fil conducteur dans ma vie personnelle mais aussi au niveau professionnel, j'ai souhaité qu'elle soit au cœur de mon métier et c'est à l'occasion d'un bilan

de compétences que le métier d'art-thérapeute s'est révélé être mon choix professionnel, alliant l'art et la prise en soin thérapeutique. Il est devenu mon objectif !

Lors de mon stage à l'Association Larnay Sagesse, j'ai pris en soin quatre personnes aveugles et très malvoyantes. J'ai fait le choix de vous présenter les deux situations les plus pertinentes pour notre étude du fait de leurs problématiques.

Dans la première partie, nous présentons la déficience visuelle, les émotions, les compétences émotionnelles et les troubles émotionnels. Puis, après avoir défini et expliqué ce qu'est l'art-thérapie et présenté les médiums utilisés, nous exposons les bénéfices de l'art-thérapie pour les deux personnes concernées.

La seconde partie de ce mémoire présente la structure qui nous a accueillie en stage, ainsi que les objectifs et les items sélectionnés, le déroulement du stage, les stratégies, l'organisation mise en place, et les études de cas.

Dans la troisième partie, nous ferons un état détaillé des résultats et des bilans des deux cas étudiés.

Enfin, la quatrième partie sera consacrée à des réflexions sur les résultats obtenus, sur les limites de cette étude, mais aussi ses perspectives, et pour terminer, sur le métier d'art-thérapeute.

1. INTRODUCTION

« La personne aveugle ne fonctionne pas comme un voyant à qui manque la vue, mais comme un être à part entière avec ses propres fonctionnements ». (Galiano, 2013, p. 13) [Galiano Anna-Rita, Maître de conférence en psychologie du handicap à l'Université Lumière Lyon 2, psychologue spécialisée dans la clinique du handicap] .

Néanmoins, certaines personnes aveugles, privées de la vue à la naissance ou durant l'enfance, atteintes de pathologies associées et de déficiences cognitives, cumulent des pénalités qui ont des impacts sur leur comportement psychique. Elles n'ont pas pu grandir au sein de leur famille et elles vivent, depuis bien des années, en établissements spécialisés.

Leur quotidien est rythmé par les règles de la vie en collectivité, l'accompagnement des professionnels, soignants, éducateurs, maîtresses de maison, veilleurs de nuit...

Le groupe de pairs* fait partie de leur existence avec son lot de discordes, de conflits mais aussi de moments de partage, et d'événements heureux.

Ces moments de vie en commun sont source de situations d'où surgissent des émotions intenses, parfois incontrôlées et incontrôlables, qui se répètent et s'inscrivent dans la durée, provoquant des tensions et un mal-être pour tous.

L'art-thérapie pourrait être un outil adapté pour permettre aux personnes aveugles submergées par leurs émotions, de mettre des mots sur ce qu'elles ressentent, d'exprimer leurs émotions sans le regard et le jugement de l'autre, au sein d'un atelier d'art-thérapie, puis progressivement, d'apprendre à se connaître, à reconnaître leurs émotions, à les apprivoiser mais aussi, à comprendre les émotions d'autrui.

1.1. LA DEFICIENCE VISUELLE

« La déficience visuelle, une atteinte complexe qui touche tous les âges ». (Heyraud J., 2013, p : 27-45) [Heyraud Josiane, éducatrice spécialisée, instructrice en Autonomie dans la Vie Journalière (AVJ) et formatrice].

Il existe plusieurs définitions de la déficience visuelle, nous retiendrons ici la définition de la cécité légale en France.

1.1.1. DEFINITION ET EPIDEMIOLOGIE

« En France, on reconnaît trois niveaux de déficit : la cécité, la vision basse et l'amblyopie* ». (Galiano A.-R., 2013, p. : 21). Le seuil pour la cécité totale est de $1/20^{\circ}$, c'est-à-dire qu'une personne aveugle voit 20 fois moins qu'une personne voyante dont l'acuité visuelle est de $10/10^{\circ}$.

« La dernière expertise de l'INSERM* (2002) met en évidence le manque d'études épidémiologiques précises sur les déficits visuels en France ». (Galiano A.-R., 2013, p. 23).

Selon l'enquête appelée H.I.D.* (Handicaps, Incapacités et Dépendance) réalisée par l'INSEE* (Rapport DRESS*, 2005), quatre degrés de sévérité ont été dégagés en considérant les déficiences et les incapacités : aveugles, malvoyants profonds, malvoyants moyens et malvoyants légers.

Il y aurait en France 1 700 000 déficients visuels avec une prévalence de $29^{\circ}/00$, soit 12 % aveugles ou malvoyants profonds, 55 % malvoyants moyens, 33% malvoyants légers. (Rapport DRESS, 2005).

1.1.2. CAUSES ET TYPES DE DEFICIENCES VISUELLES

Il existe 4 grandes causes de déficiences visuelles :

- Génétique c'est-à-dire héréditaire. Elle est due à un gène comme la rétinopathie pigmentaire*, la maladie de Stargardt*, la rétinopathie juvénile*, la rétinoblastome*, l'albinisme*.
- Congénitale, avec la présence d'une anomalie à la naissance qui survient chez le fœtus : absence de globe oculaire, absence d'iris, anomalies concernant le nerf optique, et la cornée... La catégorie des handicaps rares englobe le syndrome CHARGE* ¹, association de malformations et de déficits sensoriels (vue, ouïe...), le syndrome USHER* et le syndrome de Bardet-Biedl*, association de plusieurs pathologies : rétinopathie pigmentaire*, polydactylie*, obésité, hypogonadisme* et retard mental.
- Périnatale, avec l'existence d'une anomalie à la naissance suite à une affection ou un accident .
- Traumatique, en lien avec à la vie quotidienne : chute, syndrome du bébé secoué, contusion...

Les personnes atteintes de déficience visuelle vivent des situations diverses. Certaines possèdent un reste visuel, une perception lumineuse ou colorée, tandis que d'autres n'en ont aucune.

De plus, la déficience visuelle peut s'accompagner de pathologies mentales, de déficits cognitifs, de syndrome autistique*.

1.1.3. PATHOLOGIES ASSOCIEES A LA DEFICIENCE VISUELLE

L'enquête H.I.D. (Handicaps, Incapacités et Dépendance) (Rapport DRESS*, 2005) a pris en compte les déficiences associées et estime que quatre personnes déficientes sur cinq seraient atteintes d'une pathologie associée :

¹ Syndrome CHARGE, en Anglais "Coloboma, Heart defects, Atresia choanae, Retardation of growth and development, Genitourinary problems, Ear abnormalities".

« [...] Déficiences motrices (déficiences locomotrices pour un ou deux membres inférieurs), auditives (surdité ou malentendance, déficiences du langage et de la parole, déficiences viscérales ou métaboliques, intellectuelles ou psychiques (perte des acquis intellectuels, des troubles de la mémoire ou une désorientation temporo-spatiale), déficiences autres ou non précisées.... » (Galiano A-R., 2013, p.25/26).

Cependant, aucune étude n'a montré de lien direct entre ces pathologies et la déficience visuelle.

1.2. LES COMPETENCES EMOTIONNELLES

1.2.1. EMOTIONS ET THEORIE DE L'ESPRIT

Le terme émotion est issu du mot latin *motio* qui signifie « mouvement » et de l'ancien français *esmouvoir* , mettre en mouvement.

L'émotion est une réaction soudaine de tout notre organisme, avec des composantes physiologiques, cognitives et comportementales.

Dans le domaine de la psychologie, il existe quatre grands courants théoriques des émotions :   volutionniste, physiologiste, cognitiviste*, culturaliste* (**Annexe 1, p.57**). Nous retiendrons la définition de Scherer (2001) [Scherer Klaus Rainer, ancien professeur de psychologie et directeur du Centre suisse des sciences affectives    Genève, spécialiste de la psychologie de l'émotion], l'émotion peut être considérée comme « un ensemble de variations épisodiques dans plusieurs composantes de l'organisme en réponse à des   v  nements évalués comme importants pour l'organisme » (Pasquier, 2021, p.296).

Selon Ekman (1992) [Psychologue américain], il existe des émotions primaires : la peur, la colère, la joie, la tristesse, la surprise et le dégoût. Elles peuvent se combiner pour devenir des émotions secondaires ou complexes. (**Modèle de Plutchik, Annexe 2, p.58**) [Plutchik Robert, psychologue américain].

Les émotions ont pour fonction de nous renseigner concernant la réalisation de nos objectifs et la satisfaction de nos besoins. Elles facilitent certains comportements pour mieux nous adapter à différentes situations.

L'émotion est un des neuf états mentaux de la théorie de l'esprit décrits par Flavell (1999)² [Flavell John H., psychologue Américain], impliquant pour chaque individu qu'il découvre une compréhension des causes et des conséquences de ses propres émotions et celles d'autrui.

La théorie de l'esprit³ étant l'ensemble des croyances qu'un individu possède des états mentaux, des représentations et des affects* des autres individus. Ces croyances sont indispensables pour interpréter les comportements verbaux et non verbaux des individus.

Deux mécanismes sont essentiels pour le développement de la théorie de l'esprit : l'attention partagée et le pointage.

L'attention partagée* est un processus qui permet de capter l'attention d'une personne en le regardant dans les yeux et en portant son attention vers un autre objet ou une personne.

Le pointage* est la capacité à désigner un objet ou une personne avec son index pour attirer l'attention de l'interlocuteur.

1.2.2. CONSCIENCE EMOTIONNELLE

La conscience émotionnelle est la « capacité d'un individu à faire l'expérience d'états subjectifs différenciés, à les interpréter, à les imaginer et les identifier chez les autres » (Pasquier A., 2021, p.37) [Pasquier Aurélie, psychologue, Maître de conférences en psychopathologie et psychologie clinique].

Durant l'enfance et l'adolescence, la conscience émotionnelle se développe selon cinq stades. Ces stades s'appuient sur la théorie du développement cognitif de Piaget* (**Annexe 3, p.59**) [Piaget Jean, psychologue Suisse].

- 1^{er} stade : « sensorimoteur réflexe ».
- 2^{ième} stade : « sensorimoteur effectif ».

² Development of children's knowledge about the mental world John H. Flavell, Stanford University, Stanford, CA, USA. Les huit autres états mentaux : perceptions, désirs, sentiments, croyances et représentations, connaissances, intentions, pensées).

³ Théorie de l'esprit : Theory of Mind (ToM).

- 3^{ième} stade : « préopératoire ».
- 4^{ième} stade : « opératoire concret ».
- 5^{ième} stade : « opératoire formel ».

Selon Lane (2000)⁴ [Lane Christopher, écrivain, chercheur Anglais. Enseigne les sciences humaines et médicales], la conscience émotionnelle est considérée comme fondamentale aux compétences émotionnelles. En effet, elle implique des dimensions de perception par la reconnaissance des expressions émotionnelles faciales, vocales et gestuelles ainsi que de compréhension par la connaissance conceptuelle des émotions basée sur le langage.

1.2.3. DEFINITION DES COMPETENCES EMOTIONNELLES

Les compétences émotionnelles sont des compétences intra- et inter- personnelles*, contribuant à l'adaptation d'une personne, en impliquant ses capacités à identifier, comprendre, utiliser, réguler et gérer et ses émotions et celles d'autrui. (Nader-Grosbois, 2011, p. 398) [Nader-Grosbois Nathalie, Docteur en sciences de l'éducation, professeure à l'Université Catholique de Louvain].

Il existe 5 compétences de base :

- Identification : les reconnaître, les nommer, les différencier.
- Compréhension : savoir à quel(s) besoin(s) elles correspondent, à quel(s) événement(s). En comprendre les causes et les conséquences.
- Expression : capacité à les exprimer pour améliorer la communication avec les autres.
- régulation : mieux les gérer pour mieux s'adapter.
- utilisation : savoir les utiliser pour augmenter leur efficacité..

⁴ Dans « Psychologie et psychopathologie des émotions », Aurélie Pasquier, Dunod, 2021, 2^e édition.

1.2.4. IMPACTS DE LA DEFICIENCE VISUELLE SUR LES COMPETENCES EMOTIONNELLES

La déficience visuelle empêche certains mécanismes comme ceux de l'attention partagée et du pointage qui sont nécessaires au niveau des interactions sociales et de la compréhension des émotions d'autrui.

De plus, les états internes étant moins bien compris, les compétences émotionnelles sont moins développées et les émotions moins bien régulées.

Ainsi, l'impossibilité pour la personne aveugle d'avoir accès à des signaux visuels, comme les expressions faciales émotionnelles, le regard, les gestes et postures, a un impact sur son évaluation de l'état émotionnel de son interlocuteur. Cependant, cela pourrait être compensé par les informations apportées par le langage et le toucher.

Un déficit des compétences émotionnelles pourrait entraîner des troubles émotionnels comme des syndromes anxieux et dépressifs persistants, et l'alexithymie*.

D'après George Rouan [Rouan George, docteur en psychologie clinique et Maître de conférence à l'Université de Provence] et Jean-Louis Pardinielli [Pardinielli Jean-Louis, professeur de psychopathologie et de psychologie clinique], « ce qui caractérise le trouble émotionnel, ce n'est pas l'émotion en tant que telle mais l'intensité et la durée en tant qu'elles appellent les souffrances psychiques et les dangers pour soi ou pour les autres ». (Pasquier A., 2002, p.65).

1.3. HYPOTHESE DE TRAVAIL

Notre étude s'appuie sur des observations de terrain qui nous ont amenées à faire le constat que les personnes aveugles atteintes de pathologies associées et de déficiences cognitives* expriment leurs émotions de façon inappropriée.

De plus, elles ont du mal à mettre en mots leurs émotions, et à établir un lien entre leurs sensations et leurs émotions.

Ces émotions qui s'expriment de manière excessive et récurrente, peuvent provoquer ou majorer une altération du fonctionnement cognitif et comportemental avec des conséquences sur la santé par la mise en danger de soi-même ou des autres, et augmenter la souffrance psychique.

Nous faisons l'hypothèse que l'art-thérapie, associant les arts-plastiques et l'écoute musicale, favoriserait le développement des compétences émotionnelles des personnes aveugles atteintes de pathologies associées et de déficience cognitive.

1.4. ARTS ET TECHNIQUES UTILISES

Dans cette recherche, nous avons choisi d'utiliser les arts-plastiques en les associant à la musique.

En effet, en nous adressant à des personnes aveugles entendants, il nous a semblé indispensable d'associer ces média afin de favoriser le « lâcher prise », d'être dans l'instant présent (« ici et maintenant »), de visualiser des images mentales et d'accéder aux émotions.

1.4.1. LES ARTS-PLASTIQUES

Les arts-plastiques sont un ensemble de disciplines (le dessin, la peinture, le modelage, le collage, la sculpture...) qui utilisent des outils (pinceaux, ciseaux...) et des matériaux variés (peinture, crayons, encres, terre, tissu, laine, pâte à modeler...). Sans oublier les matériaux de récupération ramassés lors de promenades : coquillages, écorces, branchages, mousse...

Cette diversité, tant dans les techniques que les matériaux, apporte une grande liberté de création et s'adapte au plus grand nombre. Elle permet une expression très large et fait intervenir la sensorialité, notamment au niveau du toucher, par la découverte de textures, et de formes.

Par le modelage par exemple, la personne aveugle non seulement, crée des volumes, des formes, laisse des traces sur la matière, la transforme, elle sent aussi la température, la texture de la terre, son odeur, son poids, sa consistance, son volume. Les doigts, les mains manipulent, lissent, appuient, glissent... Les informations apportées par le toucher peuvent être sources d'inspiration en déclenchant des émotions.

La peinture, que ce soit au doigt ou avec un outil (pinceau, rouleau...) favorise le lâcher prise. Le mouvement est libéré par la texture de la matière qui s'étale sur la feuille. L'espace dont les limites ont été explorées au préalable, se remplit des sensations et des émotions ressenties par le patient aveugle.

La personne aveugle, par l'utilisation de matériaux variés (textile, éléments naturels...) peut transformer, détourner, recréer des objets, des scènes qui sont l'expression de ses sensations et émotions. Ses mains sont à la fois des outils de découverte, d'exploration, de connaissance et de création. L'assemblage et le collage des différents matériaux sont accessibles à tous, ils ne nécessitent aucune technique,

Les possibilités de création avec les arts-plastiques sont infinies. Elles constituent un espace de liberté, d'expression des émotions et d'extériorisation des pensées conscientes et inconscientes.

1.4.2. L'ASSOCIATION DES ARTS-PLASTIQUES ET DE L'ECOUTE MUSICALE

Durant le déroulement de la création artistique, nous faisons entendre de la musique aux patients. Cette musique sert de toile de fond à la création afin de créer une ambiance particulière dans l'atelier pour stimuler, calmer ou dynamiser.

La musique est un soutien à la création, elle va permettre de stimuler des images mentales. Ainsi, le patient en se laissant porter va accéder plus facilement au processus créatif.

Le choix des musiques se fait en lien avec les objectifs de séances, il doit les servir.

1.5. L'ART-THERAPIE

1.5.1. DEFINITION

L'art-thérapie est un soin psychique et corporel qui utilise le processus de création artistique comme moyen d'expression.

L'art-thérapeute est un artiste-thérapeute. Il est à la fois un artiste, qui maîtrise une ou plusieurs techniques artistiques, et un thérapeute. « Il doit pouvoir accompagner et soutenir,

par des propositions plastiques adaptées, le travail du sujet engagé dans ces processus de création » (Colignon M., 2015, p. 14) [Colignon Martine, plasticienne, psychothérapeute et art-thérapeute].

L'art-thérapeute intervient auprès de personnes souffrants de pathologies psychiques et/ou psychologiques, de personnes en situation de fragilité (maladie, vieillissement, handicap, dépendances, traumatismes...).

Il doit connaître les pathologies des patients afin d'évaluer leurs besoins, de fixer, si possible avec le patient, des objectifs thérapeutiques et de définir un plan de traitement adapté.

1.5.2. LES APPORTS D'UN ACCOMPAGNEMENT ART-THERAPEUTIQUE

Un accompagnement art-thérapeutique peut être bénéfique en matière de prévention (primaire, secondaire et tertiaire) de la santé physique et psychique des personnes aveugles vivant en établissement.

En effet, l'art-thérapie, en amenant les patients à développer et/ou à améliorer leurs compétences émotionnelles participera à :

- Améliorer l'estime de soi des patients et leurs relations interpersonnelles.
- Diminuer les manifestations comportementales délétères pour l'intégrité psychique et physique.
- Améliorer la qualité de vie des patients.

1.5.3. LA MISE EN ŒUVRE D'UNE PRATIQUE EN ART-THERAPIE

L'art-thérapeute doit avoir une bonne connaissance de la déficience visuelle, des pathologies associées et des problématiques spécifiques pour chacune des personnes. Il recueille, si possible, certains éléments de leur l'histoire de vie, de leur goût, désirs et besoins.

Ces éléments de compréhension du patient permettent à l'art-thérapeute de déterminer au mieux les attentes et les objectifs à poursuivre.

La création d'une alliance thérapeutique est déterminante pour la mise en œuvre, le déroulement et la réussite du processus de soin. La posture de l'art-thérapeute est fondamentale face aux personnes aveugles qui, en situation de dépendance, lui accorderont leur confiance. Cette posture doit être empathique, non jugeante, et contenant.

L'art-thérapeute doit faire preuve de patience, de sensibilité et de réceptivité. Il doit s'adapter au patient, à son handicap, à ses pénalités mais aussi le reconnaître en tant qu'individu à part entière.

Les effets du cadre :

Le cadre est composé de plusieurs éléments : l'art-thérapeute, le lieu, le temps... Il a valeur de contenant dans lequel le patient peut revivre des vécus douloureux et heureux, reconstruire les limites dedans-dehors.

L'atelier est un espace de jeu et de liberté où le patient fait l'expérience de la création artistique.

Les effets du médium utilisé :

L'art-thérapie particulièrement avec le médium des arts-plastiques, fait appel au sens, le patient va se découvrir au travers de ce langage des sens. Il va pouvoir toucher, écouter, sentir et mieux se connaître par cette découverte sensorielle.

2. MATERIEL ET METHODES

2.1. MATERIEL

2.1.1. LIEU DE STAGE : PRESENTATION DES UNITES, DES EQUIPES, DES RESIDENTS

Les unités :

Notre stage s'est déroulé à l'Association Larnay Sagesse à Biard près de Poitiers et plus précisément sur deux unités, l'unité « Bella » et l'unité « Salsa ».

L'association gère trois établissements. Un Etablissement hébergeant des personnes handicapés sourdes aveugles et dépendantes (EHPHSAD*) pour 55 personnes âgées de plus de 60 ans, un Foyer de vie (FDV*) , un Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM*) où vivent actuellement, 51 résidents (11 résidents FDV* et 40 FAM)* de plus de 18 ans.

L'Association Larnay Sagesse a pour objet social l'accueil, le soutien et l'accompagnement des personnes en situation de handicap(s) sensoriel(s).

Les deux unités sont situées au deuxième étage du bâtiment principal. Chaque unité dispose de chambres individuelles avec salle de douches, d'une salle à manger, d'un salon commun, d'une cuisine ouverte, de locaux pour le rangement de matériels et de bureaux.

Les équipes :

Le Foyer de Vie et le Foyer d'Accueil Médicalisé ont une organisation et un fonctionnement commun et indépendant de l'EHPHSAD*.

L'équipe de Direction se compose d'un Directeur Général, un(e) Directeur(trice) Adjoint(e) (en cours de recrutement), d'une Directrice Financière, de deux Cheffes de service (une Cheffe de service EHPHSAD* et une Cheffe de service Foyers).

L'équipe comprend : quatre infirmières à temps plein ou partiel, une psychologue à temps partiel, un psychomotricien à temps partiel travaillant sur les Foyers et l'EHPHSAD* et un médecin psychiatre qui intervient une demi-journée par semaine.

Depuis plusieurs mois, il n'y a plus de médecin coordonnateur mais un recrutement est en cours. Les résidents sont suivis par des médecins généralistes de ville ou du Centre Hospitalier Universitaire (CHU*) de Poitiers.

Sur chaque unité, les résidents sont accompagnés par des aides-soignantes, Aides Médico-psychologique (AMP*) ou Accompagnant Educatif et Social (AES*), une maîtresse de maison sur chaque unité, des aides-soignants, une coordinatrice.

Depuis 2020, et encore actuellement, l'Association vit des changements importants au niveau de l'équipe de Direction et de l'équipe soin des Foyers. Des mouvements de personnel sont en cours et impactent le fonctionnement des Foyers.

Les habitants de Larnay Sagesse :

Les résidents du Foyer De Vie et du Foyer d'Accueil Médicalisé sont en situation de handicaps sensoriels, surdité, surdicécité, malvoyance ; de handicaps moteurs et de handicaps rares auxquels se surajoutent des déficiences cognitives et des pathologies associées.

Nous avons choisi d'effectuer mon stage au sein des unités « Bella » et « Salsa ». Sur chacune des unités, vivent 6 résidents malvoyants ou aveugles entendants ou malentendants avec des pathologies associées et des déficiences cognitives.

2.1.2. OBJECTIFS DE LA PRISE EN SOIN

La prise en soin art-thérapeutique s'articule autour d'un objectif thérapeutique général, d'objectifs secondaires puis intermédiaires individualisés, fixés pour chaque séance. Les objectifs secondaires et intermédiaires servent à atteindre l'objectif général.

Les objectifs thérapeutiques peuvent être psychologiques (estime de soi, confiance en soi), psycho-sociaux (expression, communication, socialisation) et/ou rééducatifs (stimulation des capacités cognitives, entraînement des fonctions ex  cutes...).

L'établissement a pour but le soutien et l'accompagnement global des résidents. L'objectif de la prise en soin art-thérapeutique y a toute sa place dans la mesure où elle peut favoriser le maintien d'un état de bien-être et prévenir des dysfonctionnements, améliorer ou développer des capacités physiques et/ou cognitives... Elle a pour fonction d'accompagner, et de soutenir les patients.

2.1.3. CHOIX DES ITEMS ET DES GRILLES SCIENTIFIQUES VALIDEES

Nous avons choisi quatre thèmes pour cette recherche :

➤ **Comportement général et posture :**

Items	Cotation
Accueil Art-thérapeute	1 = Indifférent/ 2 = Mécontent/ 3 = Content et Cordial/ 4 = Chaleureux
Etat physique	1 = Très fatigué/ 2 = Fatigué/ 3 = En forme/ 4 = Très en forme
Etat émotionnel	1 = Mauvaise Humeur/ 2 = Triste-soucieux/ 3 = Normal/ 4 = Bonne humeur
Posture interpersonnelle	1 = Replié/ 2 = En retrait-distant/ 3 = Ouvert/ 4 = Implication dans la relation
Implication dans la relation	1 = Active/ 2 = Passive/ 3 = En retrait/ 4 = Subit

➤ **Estime de soi :**

(Annexe 4, p.60)

- Utilisation d'items de l'échelle de Rosenberg reformulés : « Satisfaction du travail effectué »/ « Valeur accordée à soi-même ».

Items propre à l'art-thérapie : « Valeur esthétique de la réalisation ».

- Cotation pour les items : 0 = Aucune / 1 = Faible / 2 = Moyenne / 3 = Forte

➤ **Implication et perception :**

Items	Cotation
Participation	1 = Ne participe pas/ 2 = Participe/ 3 = Participe activement
Adaptation des outils	1 = Ne s'adapte pas/ 2 = Essaie de s'adapter/ 3 = S'adapte sans innover/ 4 = s'adapte et innove
Invention	1 = Ne sort pas des sentiers battus/ 2 = Essaie de détourner le matériel/ 3 = Détourne/ 4 = Invente de nouvelles techniques de son propre chef
Appréciation	1 = Indifférent/ 2 = N'apprécie pas son travail / 3 = Apprécie plus ou moins/ 4 = Apprécie

➤ **Expression des émotions :**

Items	Cotation
Expression physique des émotions	1 = Aucune expression/ 2 = Expression modérée/ 3 = Beaucoup de signes
Expression Verbale des émotions	1 = Aucune expression/ 2 = Sur demande/ 3 = Expression modérée/ 4 = Avec aisance
Reconnaissance des émotions	1 = Aucune/ 2 = Utilise toujours les mêmes termes/ 3 = Utilise des termes inappropriés/ 4 = Utilise des termes appropriés
Expression des émotions face à sa production	1 = Aucune expression/ 2 = Sur demande/ 3 = Expression modérée/ 4 = Avec aisance

2.1.4. CHOIX DES PATIENTS POUR L'ETUDE

- Critères d'inclusion : les patients pour cette prise en soin sont concernés par des problématiques liées aux troubles émotionnels.
- Critères d'exclusion : certains patients ont des pathologies sévères non stabilisées.
- Patients choisis pour l'étude : sur quatre patients, deux ont été choisis.

2.1.5. STRATEGIES THERAPEUTIQUES

La prise en soin art-thérapeutique nécessite de connaître les patients, en amont en recueillant des informations par la consultation du dossier du patient, lors des temps de transmissions quotidiennes pour avoir des éléments d'informations récents et lors des réunions d'équipes.

Dans un premier temps, l'art-thérapeute crée une fiche de recueil d'informations concernant le patient dans laquelle sont recensés les éléments nécessaires à sa prise en soin : biographie, anamnèse, difficultés rencontrées, médicaments et leurs effets secondaires.

Dans un second temps, lors d'un entretien individuel avec le patient, l'art-thérapeute complète cette fiche en y indiquant ses besoins et ses attentes, ses goûts et ses centres d'intérêts. L'art-thérapeute veillera à recueillir l'état de base du patient. Il déterminera avec lui, et en tenant compte des indications recueillies auprès des professionnels, les objectifs thérapeutiques ainsi que les modalités pratiques afin de réaliser un plan de traitement.

2.1.6. ORGANISATION DE LA RECHERCHE : DUREE ET ORGANISATION DES SEANCES

Cette recherche s'est déroulée sur une durée de quatre mois et demi, du 22 octobre 2021 au 25 février 2022, à raison d'une journée par semaine, tous les vendredis.

Toutes les séances étaient individuelles et leur durée, fixée initialement à une heure, a été adaptée du fait de la fatigabilité des patients et de leur rythme.

La première séance a été consacrée à la découverte du lieu, l'atelier d'art-thérapie, afin que la personne puisse s'en imprégner au niveau sensoriel : température, contact et ressenti corporel avec le mobilier, odeurs, sonorités...

Pour des raisons pratiques et du fait du handicap des patients, nous avons dû accompagner chaque patient de son lieu de vie jusqu'à l'atelier d'art-thérapie puis le raccompagner après les séances. Ces temps d'accompagnement ont permis une première prise de contact et d'établir une relation de confiance. Il était important que les personnes accompagnées se sentent en sécurité lors de ces déplacements afin d'être dans de bonnes dispositions pour les séances.

Les séances se décomposent en quatre temps :

- Expression des ressentis, de l'état du moment... 5 minutes environ.
- Recentrage sur soi avec une écoute musicale. Exercices de respiration pendant 10 minutes.
- Temps de création pendant 15 à 20 minutes.
- Echange sur les ressentis et auto-évaluation : 5 à 10 minutes.

Les séances sont programmées au préalable dans le planning d'activités des résidents, logiciel « imago* » logiciel utilisé par les professionnels de l'établissement. Puis, après chaque séance, un compte-rendu succinct est réalisé dans le logiciel.

Le contenu des séances a été adapté au handicap sensoriel et orienté vers des contenus faisant appel au toucher, aux sons et aux sensations corporelles.

2.1.7. RETOMBEES ATTENDUES

Dans un premier temps, cette recherche devait nous permettre de vérifier que l'art-thérapie peut favoriser l'expression des émotions des patients, développer et/ou améliorer leurs compétences émotionnelles, et par conséquent, améliorer leur qualité de vie.

Dans un second temps, elle avait pour but de faire connaître l'art-thérapie auprès des professionnels, qu'ils en aient une représentation concrète, qu'ils en comprennent les fonctionnements et les enjeux pour les patients.

2.1.8. EVALUATION DES SEANCES

L'évaluation des séances permet de mesurer les effets de chaque séance et de faire le point au fur et à mesure du déroulement du soin art-thérapeutique. Ainsi, en fonction des résultats obtenus, l'art-thérapeute peut être amené à faire des réajustements si nécessaires.

2.2. METHODES

Dans cette étude, nous avons choisi de présenter les études de deux patientes, Mme M. et Mme C., sur les quatre patients pris en soin lors du stage.

2.2.1. ETUDE DE CAS MME M.

2.2.1.1. *Histoire de vie et anamnèse*

Biographie :

Mme M. est âgée de 48 ans, elle a été scolarisée dans différents établissements spécialisés.

En 2009, elle est arrivée à Larnay tout d'abord sur l'unité de vie « Salsa » puis en 2018, sur l'unité « Bella » où elle vit actuellement.

Elle a des contacts réguliers avec sa mère.

Anamnèse :

Mme M. est atteinte de cécité bilatérale acquise et de troubles auditifs. Elle porte des appareils auditifs.

Jusqu'à ses 3 ans, elle a vécu plusieurs hospitalisations pour des interventions chirurgicales. Elle a effectué plusieurs séjours en hôpital psychiatrique.

Depuis 2019, elle est traitée avec un appareil à pression positive pour des apnées du sommeil.

Ses goûts :

Mme M. apprécie la musique mais aussi la peinture, la terre et elle est prête à découvrir d'autres techniques d'art-plastique.

Traitement :

PIPAMPERONE (dichlorhydrate) 40 mg cp (DIPIPERON), neuroleptique. Troubles du caractère. Irritabilité/impulsivité.

Effets indésirables : somnolence. Indifférence, réaction anxieuse, variation de l'humeur. Mouvements involontaires ou inadaptés, tics. Raideur musculaire et difficulté à coordonner les mouvements. Baisse de la tension artérielle. Augmentation de la sécrétion de prolactine pouvant se traduire par une absence de règles, une augmentation du volume des seins, un écoulement de lait par le mamelon. Troubles digestifs. Prise de poids.

LOXAPINE (succinate) 25 mg (LOXAPAC), neuroleptique. Sédatif et anxiolytique. Diminuer l'anxiété et l'impulsivité.

Effets indésirables : somnolence. Mouvements involontaires ou inadaptés, tics. Raideur musculaire et difficulté à coordonner les mouvements. Baisse de la tension artérielle. Constipation, bouche sèche, troubles de l'accommodation, blocage des urines. Augmentation de la sécrétion de prolactine* pouvant se traduire par une absence de règles, une augmentation du volume des seins, un écoulement de lait par le mamelon. Troubles sexuels. Prise de poids ou perte de poids. Faiblesse, réaction allergique.

RISPERIDONE 4 mg (RISPERDAL), neuroleptique. Sédatif et anxiolytique. Diminuer l'anxiété et l'impulsivité.

Effets indésirables : très fréquents : maux de tête, insomnie. Fréquents : baisse de la tension artérielle, accélération du rythme cardiaque. Somnolence, fatigue, vertiges. Difficultés de concentration, grimaces ou mouvements involontaires, tremblements, raideur anormale. Agitation, anxiété. Diarrhée, constipation, nausée, vomissements, douleurs abdominales, digestion difficile, sécheresse buccale. Prise de poids. Augmentation de la sécrétion de prolactine* pouvant se traduire par une absence de règles, une augmentation du volume des seins, un écoulement de lait par le mamelon. diminution de la capacité à réguler la température du corps. Incontinence urinaire. Douleur articulaire. Infection des voies respiratoires ou urinaires, rhinite.

PAROXETINE (chlorhydrate) 20 mg (PAROXETINE ALMUS), antidépresseur. Sédatif et anxiolytique.

Effets indésirables : Très fréquents : nausées, troubles sexuels. Fréquents : diminution de l'appétit, somnolence ou au contraire insomnie, rêves anormaux, cauchemars, sensations vertigineuses, tremblements, maux de tête, manque d'attention, bâillements, vomissements, constipation, diarrhée, sécheresse buccale, transpiration excessive, fatigue, prise de poids, augmentation du taux de cholestérol dans le sang.

Plus rarement : confusion des idées, hallucinations, anxiété, idées suicidaires, convulsions, douleurs articulaires ou musculaires, mouvements involontaires, difficulté à uriner ou au contraire incontinence urinaire, bourdonnement d'oreille, dilatation de la pupille, éruption cutanée, modification de la tension artérielle, écoulement de lait par le mamelon, priapisme, réaction allergique, baisse du taux de sodium dans le sang, élévation des transaminases.

une agitation désagréable et un besoin irrépressible de bouger (impossibilité à rester assis ou debout tranquillement). Des saignements tels que des bleus, des saignements de nez, des hémorragies génitales ou digestives.

VALPROATE DE SODIUM 500 mg (DEPAKINE). Troubles du caractère.

Effets indésirables : Très fréquents: nausées, tremblements. Fréquents : vomissements, diarrhées, maux d'estomac, le plus souvent en début de traitement ; gonflement des gencives, inflammation de la bouche, prise de poids, somnolence, maux de tête, sensation de vertiges, troubles de la mémoire, confusion des idées, agressivité, hallucinations, agitation, troubles de l'attention, baisse d'audition, syndrome extrapyramidal*, mouvements involontaires et saccadés des yeux, règles irrégulières, saignements, anémie, baisse des plaquettes sanguines, hépatite.

ANETHOLTRITHIONE 25 mg (SULFARLEM). Correcteur. Eviter la sensation de bouche sèche.

Effets indésirables : Selles molles pouvant aller jusqu'à la diarrhée.

MIDODRINE CHLORHYDRATE 2.5 mg (GUTRON). Augmente la tension.

Effets indésirables : bradycardie réflexe, angine de poitrine, cardiopathie ischémique. paresthésies, céphalées, fatigabilité, excitabilité, irritabilité. Nausées. Fréquence indéterminée : douleur abdominale, vomissement, diarrhées. dysurie, rétention d'urines, miction impérieuse. Pilo-érection, prurit, frissons, bouffées de chaleur, éruption cutanée. Hypertension artérielle, survenant en particulier en position couchée. Insomnie. Fréquence indéterminée : anxiété, état confusionnel.

TROPATEPINE CHLORHYDRATE 10 mg (LEPTICUR). Correcteur. Eviter les tremblements.

Effets indésirables : troubles de l'accommodation, bouche sèche, constipation, difficultés à uriner. Rarement : confusion des idées. Très rarement : occlusion intestinale.

LACTULOSE 10 g. Constipation. Laxatif.

Effets indésirables : très fréquents : diarrhées. Fréquents : flatulences (ballonnements), nausées, vomissements, douleurs abdominales.

VISMED Gel ophtalmique stérile 0.45 ml. Sécheresse oculaire.

Effets indésirables : dans de très rares cas, des troubles passagers : irritation de la conjonctive, une sensation de corps étranger, une rougeur ou une sensation de brûlure de l'œil ainsi qu'une vision momentanément trouble.

XYLENE 5% solution auriculaire (CERULYSE). Extraction des bouchons de cérumen.

Effets indésirables : irritation locale, allergie.

BILASTINE 20 mg (INORIAL). Système respiratoire : antihistaminiques à usage systémique.

Effets indésirables : fréquents : maux de tête, somnolence. Peu fréquents : Sensations vertigineuses. Douleur au niveau de l'estomac. Fatigue. Augmentation de l'appétit. Battements cardiaques irréguliers. Prise de poids. Nausées. Anxiété. Sécheresse ou inconfort nasal. Douleur abdominale. Diarrhées. Gastrite (inflammation de la paroi de l'estomac). Vertiges. Sensation de faiblesse générale. Soif. Dyspnée (difficulté à respirer). Sécheresse buccale. Indigestion. Démangeaisons. Herpès labial. Fièvre. Acouphènes (bourdonnements dans les oreilles). Trouble du sommeil. Augmentation des taux de lipides (graisses) mesurés dans le sang. Palpitations (perception des battements du cœur). Tachycardie (accélération des battements du cœur). Vomissements.

FESOTERODINE FUMARATE 8 mg (TOVIAZ). Médicament de l'incontinence urinaire.

Effets indésirables : Le plus fréquemment : sécheresse de la bouche. Fréquents : insomnie, maux de tête, sensation de vertiges, douleur thoracique, œil sec, gorge sèche, douleur abdominale, diarrhées, digestion difficile, constipation, nausées, difficulté à uriner. Peu fréquents : fatigue, tachycardie, palpitations, trouble du goût, somnolence, mal de gorge, toux, gêne abdominale, ballonnements, sécheresse de la peau, éruption cutanée, démangeaisons, blocage des urines, infection des voies urinaires, augmentation des transaminases.

LACTULOSE 1.75 g/5g . Ce médicament est un laxatif. Il attire l'eau dans l'intestin et augmente le volume des selles. Il est utilisé dans le traitement symptomatique de la constipation

Effets indésirables : Ballonnements, douleur abdominale, nausées et vomissements. Diarrhée,

PARAFFINE LIQUIDE 2.15 g/5g. Traitement de la constipation.

Effets indésirables : rares : démangeaisons, douleurs au niveau de l'anus et perte de poids modérée. Fréquence indéterminée : ballonnements, selles semi-liquides.

VASELINE 1.07 g/5g gel. Constipation. Laxatif. Par voie orale, l'huile de vaseline est un laxatif à action mécanique agissant en lubrifiant le contenu colique et en ramollissant les selles.

Effets indésirables : Sensation de ballonnement, diarrhée devant inciter à diminuer la posologie. Démangeaisons, douleur anale perte de poids modérée. Suintement anal pouvant entraîner une irritation.

Demande de la patiente au cours du 1^{er} entretien :

Elle souhaite pouvoir se reposer après le déjeuner.

Observations des professionnels :

Mme M., du fait de son intolérance à la frustration, se met régulièrement en colère. Elle ne supporte pas l'attente et elle angoisse très vite.

Son traitement médicamenteux occasionne une baisse des capacités motrices. De ce fait, Mme M. est apathique et fatigable. Son état nécessite qu'elle ait un temps de repos après le déjeuner.

2.2.1.2. Objectifs thérapeutiques

- L'objectif thérapeutique général : développer ses compétences émotionnelles.
- Les objectifs secondaires :
 - Diminuer l'anxiété,
 - Exprimer ses émotions,
 - Reconnaître ses émotions,
 - Nommer ses émotions.

2.2.1.3. Séances d'art-thérapie

Séance 1 Individuelle Date : 26/11/2021 Temps : ½ H Lieu : Atelier d'art-thérapie	
Objectifs	Favoriser le bien-être/exprimer ses ressentis.
Techniques/sujets	Argile. Modelage d'un personnage qui exprime ce qu'elle ressent au moment présent.
Déroulement Début Milieu Fin	Expression de ce qu'elle ressent. Fait des choix de musique. Exprime son plaisir lors de l'activité. Dit qu'elle se sent bien.

Séance 2 Individuelle Date : 03/12/2021 Temps : 40 min Lieu : Atelier d'Art-thérapie	
Objectifs	Favoriser le bien-être/exprimer ses ressentis.
Techniques/sujets	Utilisation de tissu avec différentes textures. Création d'un paysage représenter une émotion positive.
Déroulement Début Milieu Fin	S'exprime ses images mentales : dit avoir pensé à la mer, au voyage, s'exprime sur son passé. Propose une création sur le voyage. Très concentrée et créative. Dit se sentir bien.

Séance 3, du 10/12/2021 : non réalisée car Mme M.F. choisit d'aller à un spectacle.

Séance 4 Individuelle Date : 17/12/2021 Temps : ½ H Lieu : Atelier d'Art-thérapie	
Objectifs	Favoriser le bien-être/expression ses émotions.
Techniques/sujets	Collages tissus/laine. Thème : Le voyage comme Mme M.F. l'a proposé lors de la séance précédente.
Déroulement Début Milieu Fin	Est détendue. Très motivée pour poursuivre sa création. Satisfaite de sa séance.

Séance 5 Individuelle Date : 31/12/2021 Temps : ½ H Lieu : Atelier d'Art-thérapie	
Objectifs	Favoriser le bien-être/expression ses émotions.
Techniques/sujets	Demande à jouer du synthétiseur car a appris à en jouer il y a quelques années.
Déroulement Début Milieu Fin	Détendue. S'applique à jouer différents morceaux au synthétiseur. Satisfaite mais sans plus.

Séance 6 Individuelle Date : 07/01/2022 Temps : ½ H Lieu : Atelier d'art-thérapie	
Objectifs	Expression ses émotions/Mettre des mots sur ses émotions.
Techniques/sujets	Collage avec tissus et laine. Thème : Le voyage.
Déroulement Début Milieu Fin	Est inquiète et le verbalise car elle pensait ne pas pouvoir venir à la séance du fait d'un autre rendez-vous. Motivée pour poursuivre sa création. Elle termine sa création. Satisfaite et détendue.

Séance 7 Individuelle Date : 14/01/2021 Temps : Lieu :	
Objectifs	Expression ses émotions/Mettre des mots sur ses émotions.
Techniques/sujets	Collage avec morceaux de tissus.
Déroulement Début Milieu Fin	Décrit ce qu'elle imagine en écoutant la musique : une danseuse, une danseuse qui fait du patin à glace, une patineuse. Un cygne. Un danseur. Souhaite créer un tableau dérivant ce qu'elle a imaginé. Très concentrée et appliquée. Satisfaite et détendue.

Séance 8, du 21/01/2022 et séance 9, du 04/05/2022 : non réalisées du fait de l'absence de la stagiaire art-thérapeute pour cause de maladie.

Séance 10 Individuelle Date : 11/02/2022 Temps : Lieu :	
Objectifs	Expression ses émotions/Mettre des mots sur ses émotions.
Techniques/sujets	Collage sur toile à peindre. Thème : La mer.
Déroulement Début Milieu Fin	Décrit ce qu'elle a imaginé durant cette écoute : feu de bois, feu de cheminée, Château de Chambord. Exprime ses sensations : chaleur... Motivée et appliquée. Elle explore à nouveau sa création. Elle souhaite la poursuivre lors de la prochaine séance. Déçue de devoir arrêter les séances.

Séance 11 Individuelle Date : 25/02/2022 Temps : Lieu :	
Objectifs	Expression ses émotions/Mettre des mots sur ses émotions.
Techniques/sujets	Collage sur toile à peindre. Thème : La mer.
Déroulement Début Milieu Fin	Motivée pour terminer sa production. S'applique et prend plaisir. Termine sa création. Déçue de devoir arrêter les séances.

2.2.2. ETUDE DE CAS MME C.

2.2.2.1. Anamnèse

Biographie :

Mme C. est âgée de 57 ans.

Elle est arrivée à Larnay aux Foyers en 1984, puis sur l'unité « Bella » au Foyer d'Accueil Médicalisé en 2015.

Ses parents sont décédés. Elle a des liens avec ses frères et sœurs.

Anamnèse :

Mme C. est atteinte de cécité bilatérale congénitale due aux séquelles d'une grande prématurité (à 6 mois de grossesse). Ceci a également occasionné un retard de développement.

Elle a des angoisses d'abandon et des difficultés d'ajustement relationnel.

Observations et propositions d'objectifs par les professionnels :

- Mme C. a de plus en plus de mal à se lever le matin et à participer aux activités qu'elle apprécie habituellement. Fatigue exprimée et désintérêt.
- Son humeur est instable. Elle peut être agressive verbalement et physiquement.
- Eviter l'isolement, le repli sur soi.

Traitement :

ALPRAZOLAM 0.25 mg (XANAX) ANXIOLYTIQUE. Sédatif et anxiolytique.

Effets indésirables : Sensation d'ivresse, maux de tête, fatigue, somnolence particulièrement chez la personne âgée, ralentissement des idées, sensation de faiblesse musculaire, baisse de la libido, éruption cutanée avec ou sans démangeaisons, vision double. Dans certaines circonstances et chez certaines personnes : réactions paradoxales avec augmentation de l'anxiété, agitation, agressivité, confusion des idées, hallucinations.

RISPERIDONE 1 mg (RISPERDAL). Troubles du caractère.

Effets indésirables : très fréquents : maux de tête, insomnie. Fréquents : hypotension orthostatique (voir Attention), accélération du rythme cardiaque. Somnolence, fatigue, vertiges, difficulté de concentration, mouvements ou grimaces involontaires, tremblements, raideur anormale. Agitation, anxiété. Diarrhée, constipation, nausées, vomissements, douleur abdominale, digestion difficile, sécheresse buccale. Prise de poids. Augmentation de la sécrétion de prolactine pouvant se traduire par une absence de règles, une augmentation du volume des seins, un écoulement de lait par le mamelon. Diminution de la capacité à réguler la température du corps. Incontinence urinaire, douleur articulaire, œdème. Infection des voies respiratoires ou urinaires, rhinite.

SETRALINE (chlorhydrate) 25 mg (SERTRALINE ARROW), antidépresseur. Anxiolytique. Stimulant.

Effets indésirables : Très fréquents : somnolence ou au contraire insomnie, maux de tête, étourdissements, fatigue, diarrhée, nausées, bouche sèche, troubles de l'éjaculation. Fréquents : dépression, cauchemars, anxiété, agitation, nervosité, grincement intempestif des dents, tremblements, fourmillements, douleur musculaire, manque d'attention, goût anormal, vomissements, constipation, douleur abdominale, digestion difficile, flatulence, bâillements,

bourdonnement d'oreille, troubles visuels, éruption cutanée, transpiration excessive, chute de cheveux, augmentation ou perte de l'appétit, palpitations, bouffées de chaleur, baisse de la libido. Plus rarement : hallucinations, euphorie, pensées anormales, agressivité, troubles psychiques, idées suicidaires, somnambulisme, crampes, douleurs articulaires, mouvements involontaires, difficulté à uriner ou au contraire incontinence urinaire, dilatation de la pupille, convulsions, tachycardie, hypertension, écoulement de lait par le mamelon, irrégularité des règles, réaction allergique, baisse du taux de sodium dans le sang, élévation des transaminases.

MIRTAZAPINE 15 mg (NORSET), antidépresseur. Anxiolytique. Favorise le sommeil.

Effets indésirables : les plus fréquemment observés: augmentation de l'appétit, prise de poids, maux de tête, bouche sèche, somnolence, étourdissement, fatigue. Fréquents : nausées, diarrhées, vomissements, constipation, sensation vertigineuse, tremblements, hypotension orthostatique, rougeur cutanée, douleurs articulaires ou musculaires, œdème, rêves anormaux, confusion des idées, anxiété, insomnie. Peu fréquents : cauchemars, agitation, hallucinations, perte de sensibilité, fourmillements des extrémités, besoin de bouger souvent accompagné d'une incapacité à rester assis ou debout sans bouger, syndrome des jambes sans repos, malaise.

CARBOMERE [974] P 0.3 % gel ophtalmique (LACRYVISC).

Effets indésirables : très fréquents : un trouble visuel bref peut survenir après l'instillation du produit, jusqu'à ce que le gel se répartisse uniformément sur la surface de l'œil. Fréquents : irritation ou gêne oculaire, formation de croûtes sur le bord de la paupière. Peu fréquents : douleur ou démangeaison oculaire, larmolement, gonflement de la paupière. En raison de la présence de chlorure de benzalkonium (tube de 15 g) : eczéma de contact, irritation.

VISMED gel ophtalmique stérile unidoses 0.45 ml. Sécheresse oculaire.

Effets indésirables : dans de très rares cas, des troubles passagers tels qu'une irritation de la conjonctive, une sensation de corps étranger, une rougeur ou une sensation de brûlure de l'œil ainsi qu'une vision momentanément trouble.

2.2.2.2. *Objectifs thérapeutiques*

- L'objectif thérapeutique général : Eviter l'isolement, le repli sur soi.
- Les objectifs secondaires :
 - Diminuer l'anxiété,
 - Exprimer ses émotions,
 - Reconnaître ses émotions,

- Nommer ses émotions.

2.2.2.3. Séances d'art-thérapie

Séance 1 Individuelle Date : 26/11/2021 Temps : ½ H Lieu : Atelier d'art-thérapie	
Objectifs	Etablir une relation de confiance.
Techniques/sujets	Eveil du toucher par la découverte de tissus de textures différentes.
Déroulement	
Début	Elle dit se sentir bien.
Milieu	Mme C.S. s'exprime sur ses sensations, ses ressentis.
Fin	Fait des propositions pour la prochaine séance.

Séance 2 Individuelle Date : 03/12/2021 Temps : ½ H Lieu : Atelier d'art-thérapie	
Objectifs	Diminuer l'angoisse, s'apaiser.
Techniques/sujets	Terre. Laisser des traces sur la terre.
Déroulement	
Début	Elle se détend. Je la guide sur sa respiration.
Milieu	A besoin d'être rassurée.
Fin	Exprime son impatience de terminer la séance.

Séance 3 Individuelle Date : 10/12/2021 Temps : ½ H Lieu : Atelier d'art-thérapie	
Objectifs	Diminuer l'angoisse, s'apaiser.
Techniques/sujets	Terre. Création d'un animal.
Déroulement	
Début	Se détend.
Milieu	Difficulté avec la consigne et fabrique un pot.
Fin	Dit se sentir bien.

Séance 4 Individuelle Date : 17/12/2022 Temps : 1H Lieu : Atelier d'Art-thérapie	
Objectifs	Diminuer l'angoisse, s'apaiser. Exprimer ses ressentis.
Techniques/sujets	Souhaite écouter un conte sur les animaux. Ecoute d'un conte africain.
Déroulement	
Début	Dit se sentir bien.
Milieu	Très attentive et concentrée.
Fin	Satisfaite.

Séance 5, du 31/12/2021 : non réalisée car Mme C. ne s'est pas levée.

Séance 6 Individuelle Date : 7/01/2022 Temps : 50 min Lieu : Atelier d'Art-thérapie	
Objectifs	prendre du plaisir, faire des choix, exprimer ses ressentis.
Techniques/sujets	Tableau collage avec tissus de textures différentes. Thème : les animaux.
Déroulement Début Milieu Fin	Demande ce qu'elle va faire. Ecoute d'un conte : « Le petit paon ». Elle répète à plusieurs reprises : « c'est bien » Elle fait des choix. S'applique lors de la réalisation de sa production. Satisfaite.

Séance 7 Individuelle Date : 14/01/2022 Temps : 35 min Lieu : Atelier d'Art-thérapie	
Objectifs	prendre du plaisir, faire des choix, exprimer ses ressentis.
Techniques/sujets	Tableau collage avec tissus de textures différentes. Thème : les animaux.
Déroulement Début Milieu Fin	J'observe un changement au niveau de son visage : elle a les larmes aux yeux. A dû mal à exprimer ses ressentis mais dit qu'elle a des émotions. Termine sa création. Dit qu'elle a fini. Semble soulagée.

Séance 8 Individuelle Date : 21/01/2022 Temps : 35 min Lieu : Atelier d'Art-thérapie	
Objectifs	Lâcher prise. Exprimer ses émotions.
Techniques/sujets	Sur proposition de Mme C.S. Peinture avec pinceau sur feuilleanson blanc format A4*.
Déroulement Début Milieu Fin	Dit se sentir bien. Arrête brutalement l'activité : lâche son pinceau et dit qu'elle arrête. N'exprime pas de désagréments mais dit simplement qu'elle arrête. Dit que c'était bien mais exprime sa déception du fait de l'arrêt des séances Frappe dans ses mains et chante durant le temps d'écoute musicale.

Séance 9 Individuelle Date : 11/02/2022 Temps : 35 min Lieu : Atelier d'Art-thérapie	
Objectifs	Lâcher prise. Exprimer ses émotions.

Techniques/sujets	Livre en relief. Découverte du livre, de l'histoire.
Déroulement Début Milieu Fin	Demande ce qu'elle va faire. Je lui propose de découvrir le livre en touchant les motifs en relief. J'observe qu'elle pose 3 doigts sur le livre et reste toujours au même endroit. Me demande de lui raconter l'histoire. Exprime à plusieurs reprises sa tristesse du fait de l'arrêt des séances.

3. RESULTATS ET BILANS

3.1 MME M.

3.1.1 GRILLES D'OBSERVATION DES SEANCES ET ITEMS SELECTIONNES

Fiche d'observations Annexe 5, p.61.

COMPORTEMENT GENERAL/POSTURE											
ITEMS	SEANCES										
	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11
Accueil AT	4	4		4	4	4	4			4	4
Etat physique	3	3		3	2	3	3			3	3
Etat émotionnel	3	3		4	4	4	4			3	3
Posture interpersonnelle	3	3		4	4	3	4			4	4
Implication dans la relation	1	1		1	1	1	1			1	1

Accueil AT : 1 = Indifférent / 2 = Mécontent / 3 = Content et Cordial / 4 = Chaleureux

Etat physique : 1 = Très fatigué / 2 = Fatigué / 3 = En forme / 4 = Très en forme

Etat émotionnel : 1 = Mauvaise Humeur / 2 = Triste-soucieux / 3 = Normal / 4 = Bonne humeur

Posture interpersonnelle : 1 = Replié / 2 = En retrait-distant / 3 = Ouvert / 4 = Implication dans la relation

Implication dans la relation : 1 = Active / 2 = Passive / 3 = En retrait / 4 = Subit

ESTIME DE SOI

ITEMS	SEANCES										
	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11
Satisfaction du travail effectué	1	3		2		2	3			2	2
Valeur accordée à soi même	1	1		2	2	2	2			2	2
Valeur esthétique de la réalisation		1		2		2	2			2	2

Satisfaction travail effectué : 0 = Aucune / 1 = Faible / 2 = Moyenne / 3 = Forte

Valeur accordée à soi-même : 0 = Aucune / 1 = Faible / 2 = Moyenne / 3 = Forte

Valeur esthétique de la réalisation : 0 = Aucune / 1 = Faible / 2 = Moyenne / 3 = Forte

IMPLICATION/PERCEPTION

ITEMS	SEANCES										
	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11
Participation	2	2		2	2	3	3			3	3
Adaptation des outils	2	2		3	2	2	3			3	3
Invention	1	1		1	1	1	1			1	1

Participation : 1 = Ne participe pas / 2 = Participe / 3 = Participe activement.

Adaptation des outils : 1 = Ne s'adapte pas / 2 = Essaie de s'adapter / 3 = S'adapte sans innover / 4 = s'adapte et innove

Invention : 1 = Ne sort pas des sentiers battus / 2 = Essaie de détourner le matériel / 3 = Détourne / 4 = Invente de nouvelles techniques de son propre chef.

EXPRESSION DES EMOTIONS

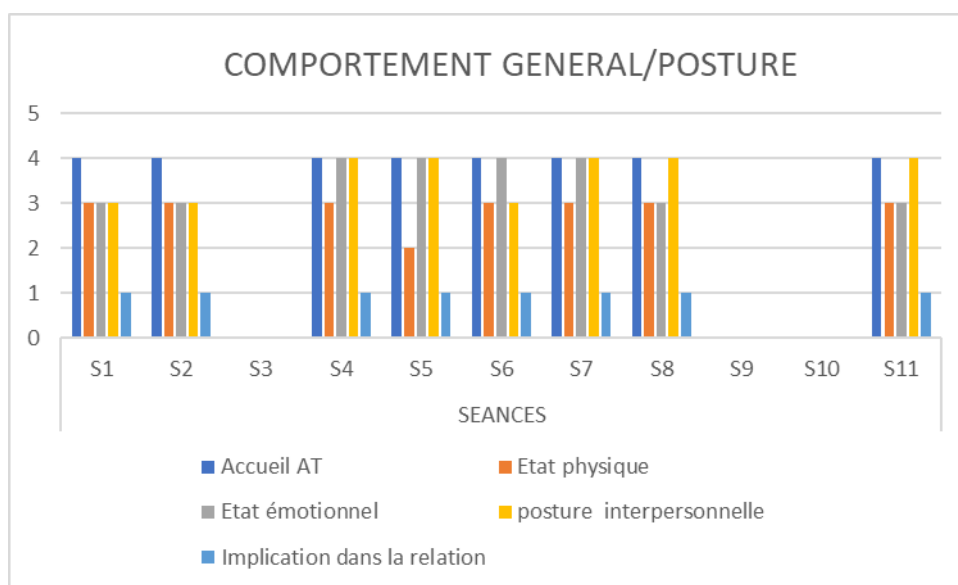
ITEMS	SEANCES										
	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11
Expression physique des émotions	2	2		2	2	2	2			2	2
Expression Verbale des émotions	3	4		2	2	4	4			4	4
Reconnaissance des émotions	1	2		2	2	4	2			4	4
Expression des émotions face à sa production				2		2	2			3	3

Expression physique des émotions : 1 = Aucune expression / 2 = Expression modérée / 3 = Beaucoup de signes
Expression Verbale des émotions : 1 = Aucune expression / 2 = Sur demande / 3 = Expression modérée / 4 = Avec aisance
Reconnaissance des émotions : 1 = Aucune / 2 = Utilise toujours les mêmes termes / 3 = Utilise des termes inappropriés / 4 = Utilise des termes appropriés
Expression des émotions face à sa production : 1 = Aucune expression / 2 = Sur demande / 3 = Expression modérée / 4 = Avec aisance

3.1.2 AUTO-EVALUATION

Le temps d'expression à la fin de chaque séance a permis à Mme M. de donner son avis sur ses ressentis pendant la séance, et sur l'appréciation de ses créations. Elle utilisait souvent les mêmes expressions : « je me sens bien », « je suis contente », « C'était bien »... Il était indispensable de lui proposer des termes négatifs et positifs afin qu'elle puisse choisir et ainsi exprimer son ressenti : satisfaite/insatisfaite, facile/difficile...

3.1.3 ANALYSE DES RESULTATS ET BILAN



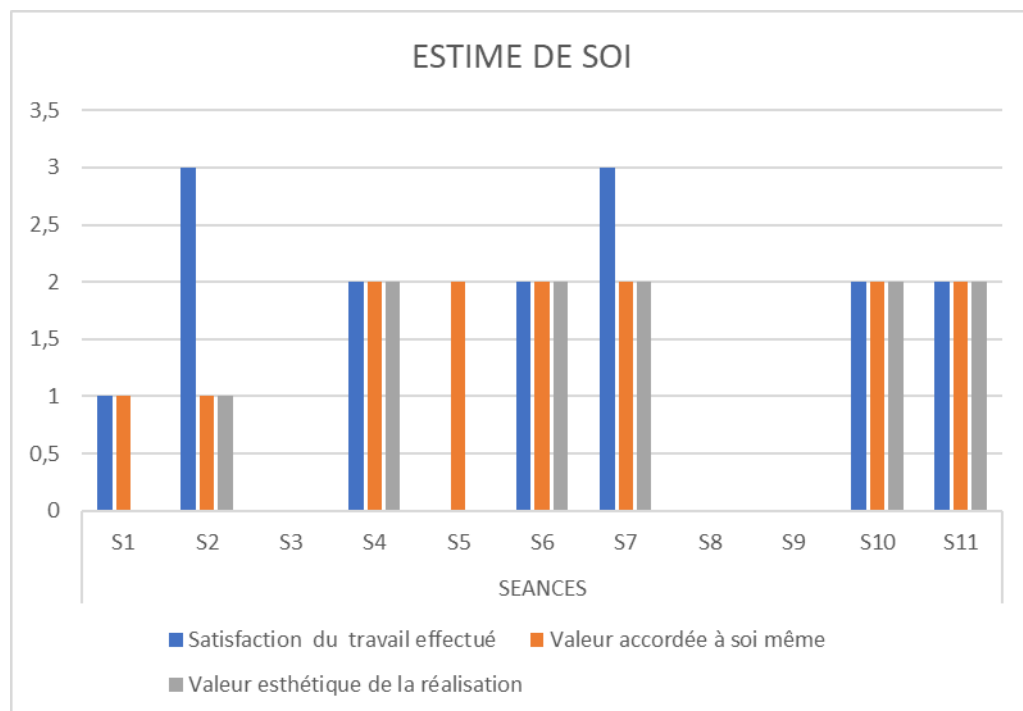
Mme M. a fait le choix de cette prise en soin art-thérapeutique. Elle avait eu l'occasion de faire de la musicothérapie dans un autre établissement.

La relation de confiance s'est établie rapidement et une alliance thérapeutique s'est créée dès les premières séances. Ainsi, elle nous a accueilli chaleureusement tout au long de cet accompagnement.

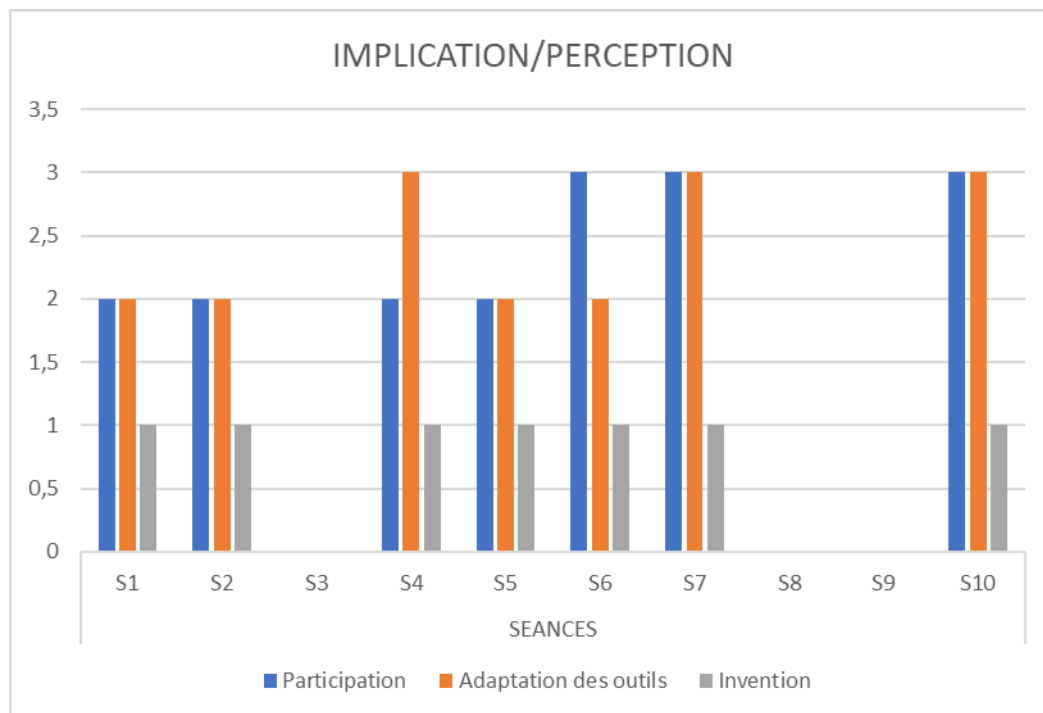
Mme M. a été assidue et ponctuelle. Elle était en attente des séances qui lui ont permis de s'isoler du groupe et d'avoir un moment pour elle, en relation duelle et dans un climat de sérénité. Elle a exprimé régulièrement son plaisir d'entrer dans cet espace clos et sécurisant. Elle a constaté la chaleur de la pièce qu'elle a apprécié tout particulièrement.

Son état physique, lié aux médicaments, a nécessité de s'adapter à son rythme et d'adapter les séances (durée, installation, contenu...). Il était important de veiller à lui apporter l'aide nécessaire à la réalisation de ses créations.

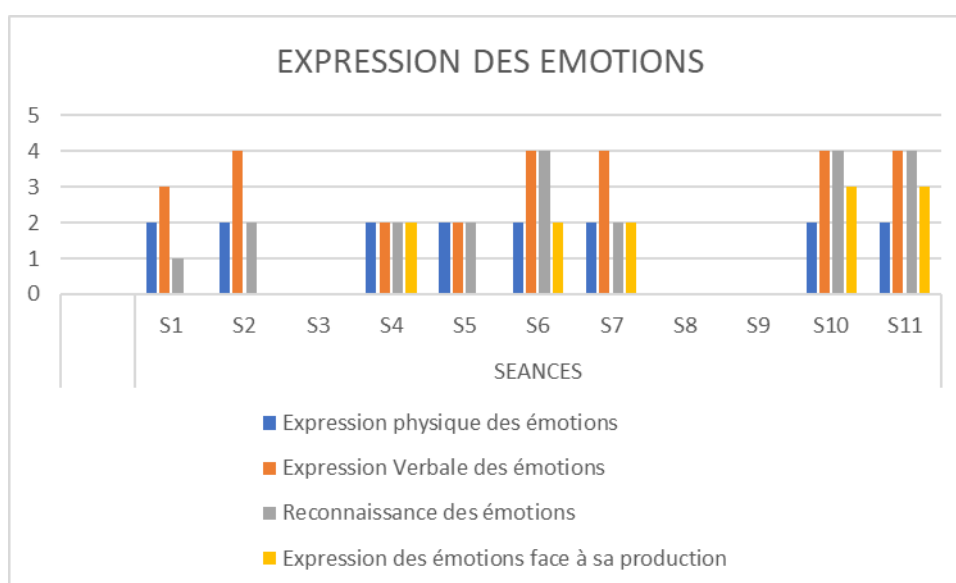
Lors des séances, Mme M. était calme et détendue et n'a jamais montré de signes d'agacement ou de colère.



Mme M. s'est peu exprimée sur la valeur esthétique de ses réalisations et sur elle-même même si parfois, elle a pu dire qu'elle était contente d'elle, et de ce qu'elle avait réalisé. Il lui était plus facile de dire qu'elle était satisfaite du travail effectué.



Mme M. a une bonne capacité à imaginer, à produire des images mentales à partir de l'écoute musicale et elle a apprécié de pouvoir les raconter en utilisant le matériel à sa disposition. Puis, elle a été en mesure de faire des propositions, par exemple, elle nous a proposé de coller une image sur un de ses tableaux... Elle a participé activement et exprimé ses choix, ses désirs.



Mme M. a toujours été calme et a montré peu de signes d'expression physique de ses émotions. Cependant, elle a su les dire avec des termes simples, par exemple, lorsqu'elle a exprimé son inquiétude du fait du risque d'annulation d'une séance.

Il lui a été plus difficile de s'exprimer sur ses créations mais elle a eu besoin d'être sollicitée. D'ailleurs, elle se détachait très vite de ses créations et elle n'a souhaité garder que sa dernière création, le tableau sur toile à peindre sur le thème de la mer.

3.2 MME C.

3.2.1 GRILLES D'OBSERVATION DES SEANCES ET ITEMS SELECTIONNES

COMPOTEMENT GENERAL POSTURE									
ITEMS	SEANCES								
	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9
Accueil AT	3	2	3	3		3	3	3	3
Etat physique	2	3	3	3		3	3	3	3
Etat émotionnel	3	2	3	3		3	2	3	3
posture interpersonnelle	3	3	3	3		3	3	3	3
Implication dans la relation	1	1	1	1		1	1	1	1

Accueil AT : 1 = Indifférent / 2 = Mécontent / 3 = Content et Cordial / 4 = Chaleureux
 Etat physique : 1 = Très fatigué / 2 = Fatigué / 3 = En forme / 4 = Très en forme
 Etat émotionnel : 1 = Mauvaise Humeur / 2 = Triste/ soucieux 3 = Normal / 4 = Bonne humeur
 posture interpersonnelle : 1 = Replié / 2 = En retrait/distant / 3 = Ouvert / 4 = Implication dans la relation
 Implication dans la relation : 1 = Active / 2 = Passive / 3 = En retrait / 4 = Subit

ESTIME DE SOI									
ITEMS	SEANCES								
	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9
Satisfaction du travail effectué	1	3	3	2		2	3	3	2
Valeur accordée à soi même	1	2	2	2		2	2	2	2
Valeur esthétique de la réalisation			1	1		2	2	2	2

Satisfaction travail effectué : 0 = Aucune / 1 = Faible / 2 = Moyenne / 3 = Forte
 Valeur accordée à soi-même : 0 = Aucune / 1 = Faible / 2 = Moyenne / 3 = Forte
 Valeur esthétique de la réalisation : 0 = Aucune / 1 = Faible / 2 = Moyenne / 3 = Forte

IMPLICATION/PERCEPTION									
ITEMS	SEANCES								
	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9
Participation	2	2	2	2		3	2	3	3
Adaptation des outils	1	1	1	1		1	1	1	1
Invention	1	1	1	1		1	1	1	1

Participation : 1 = Ne participe pas / 2 = Participe / 3 = Participe activement.
 Adaptation des outils : 1 = Ne s'adapte pas / 2 = Essaie de s'adapter / 3 = S'adapte sans innover / 4 = s'adapte et innove
 Invention : 1 = Ne sort pas des sentiers battus / 2 = Essaie de détourner le matériel / 3 = Détourne / 4 = Invente de nouvelles techniques de son propre chef.

EXPRESSION DES EMOTIONS										
ITEMS	SEANCES									
	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10
Expression physique des émotions	1	3	3	2		2	3	3	2	2
Expression Verbale des émotions	3	3	3	3		2	2	3	2	2
Reconnaissance des émotions		1	4	2		2	2	2	2	2
Expression des émotions face à sa production		2	2	2		2	2	2	2	2

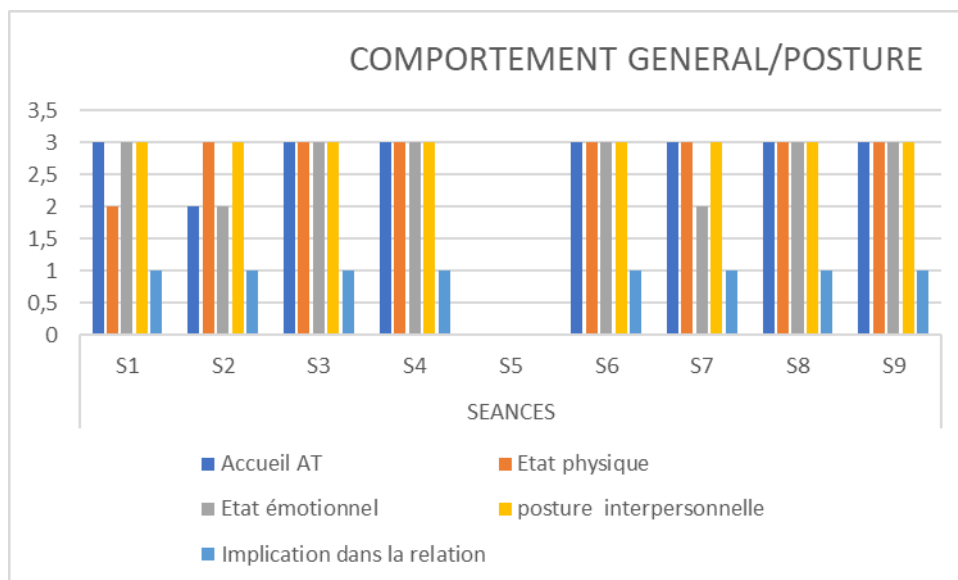
Expression physique des émotions : **1** = Aucune expression / **2** = Expression modérée / **3** = Beaucoup de signes /
 Expression Verbale des émotions : **1** = Aucune expression / **2** = Sur demande / **3** = Expression modérée / **4** = Avec aisance
 Reconnaissance des émotions : **1** = Aucune / **2** = Utilise toujours les mêmes termes / **3** = Utilise des termes inappropriés / **4** = Utilise des termes appropriés
 Expression des émotions face à sa production : **1** = Aucune expression / **2** = Sur demande / **3** = Expression modérée / **4** = Avec aisance

3.2.2. AUTO-EVALUATION

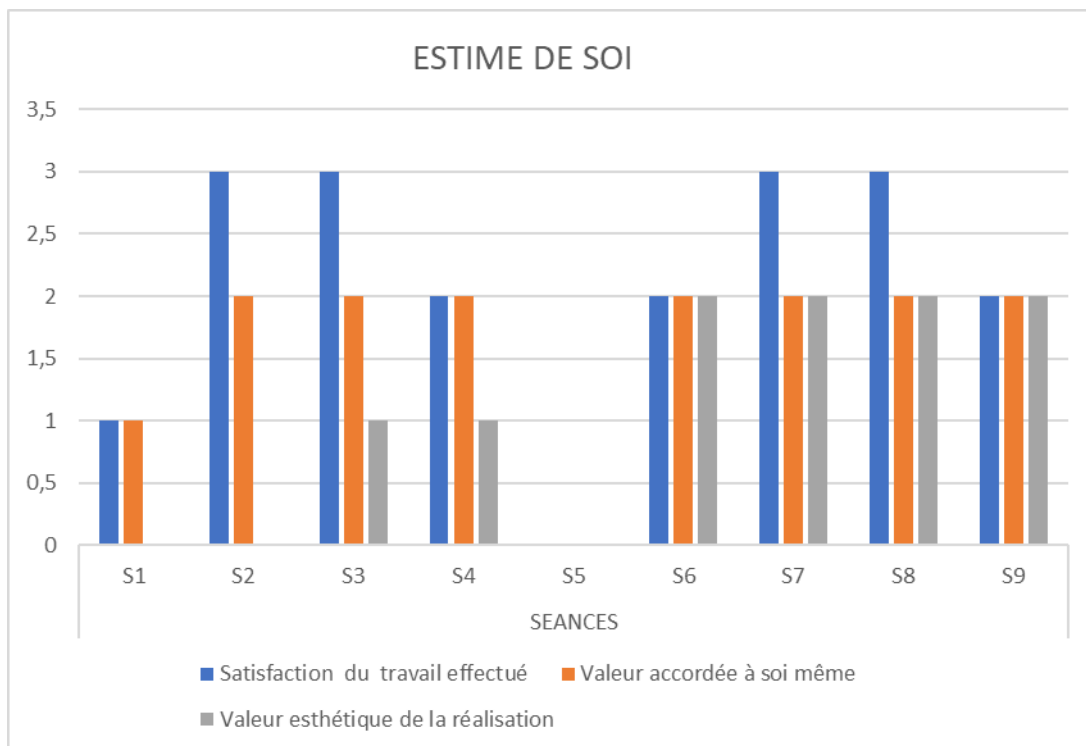
Tout comme Mme M., un temps d'expression à la fin de chaque séance a été proposé à Mme C. afin de donner son sentiment concernant la séance et sur sa création. Il lui était très difficile de s'exprimer, ne sachant pas quoi répondre, elle avait tendance à nous retourner la question ou à répondre : « c'était bien... ». Cependant, elle était en mesure de répondre à des questions ouvertes, avec des réponses simples et récurrentes. Par exemple : L'Art-thérapeute - « comment vous êtes-vous sentie pendant cette séance ? » ; Mme C. - « Je me suis sentie bien » ou encore : L'Art-thérapeute - « Qu'est-ce que vous pensez de votre création ? », Mme C. – « C'est bien, j'ai bien réussi ».

Concernant l'évaluation de ses créations, Mme C., en étant sollicitée a pu dire ce qu'elle pensait avec des mots simples et souvent les mêmes.

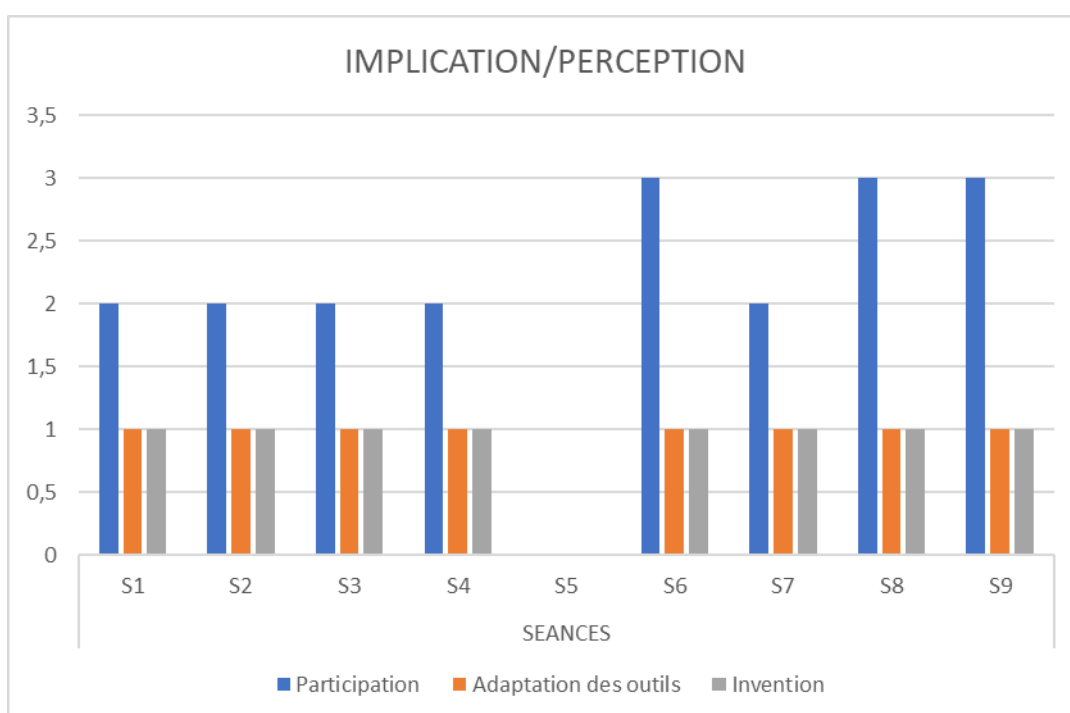
3.2.3. ANALYSE DES RESULTATS ET BILAN



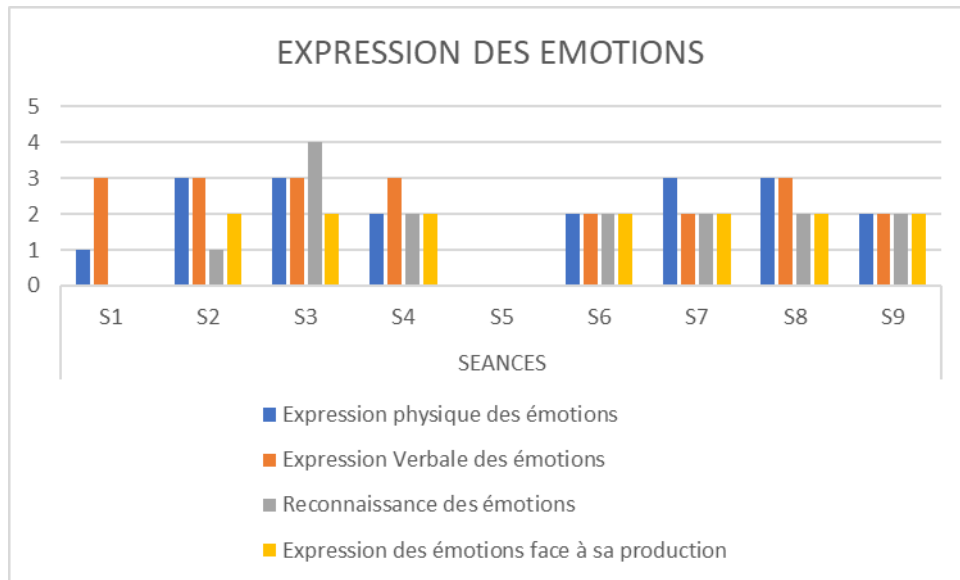
Nous avons eu l'occasion d'accompagner Mme C. lors de notre pratique professionnelle à Larnay, et la relation déjà instaurée a facilité son enthousiasme à accepter ce soin art-thérapeutique. Même si, de manière récurrente, Mme C. rencontre des difficultés pour se lever le matin, elle a toujours réussi à faire cet effort (sauf une fois !) pour participer aux séances.



Mme C. a su apprécier son travail lors des séances et a progressé dans la valeur accordée à ses réalisations. Pour cela, elle a eu besoin d’être sollicitée et encouragée. Par contre, il lui a été difficile de s’exprimer sur elle-même.



Lors des premières séances (séances 1 à 4), Mme C. a participé sans trop s'impliquer par la suite, nous avons noté une progression de sa participation. Il lui a été difficile de laisser aller son imagination et d'inventer. Elle avait besoin d'être rassurée et guidée pour utiliser et adapter les outils



Selon son état du moment, les émotions de Mme C. se sont exprimées par des signes physiques (transpirations, tremblements), notamment lorsqu'elle était inquiète de ne pas savoir quand la séance allait se terminer ou bien lorsqu'elle était satisfaite de son travail. Dans le même temps, elle a pu parfois verbaliser ses émotions : « Je suis angoissée », « Je suis contente », « j'ai peur... ».

Elle était très détachée face à ses propres créations et malgré mes sollicitations, elle a eu du mal à exprimer ce qu'elle en pensait.

4. DISCUSSION

4.1. REFLEXION SUR LES RESULTATS OBTENUS

Des bénéfices et des améliorations ont été constatés lors des séances pour les personnes prises en soin. Néanmoins, il nous est impossible de nous rendre compte des impacts sur la vie quotidienne des patients que ce soit pour eux-mêmes ou dans leurs relations interpersonnelles.

Tout d'abord parce que l'étude concerne un trop faible nombre de patients et de ce fait, il est impossible d'en tirer des résultats fiables.

De plus, la durée de la recherche n'est pas suffisante. Nous pensons qu'il serait nécessaire de proposer des séances sur au moins une année afin de pouvoir obtenir des résultats. D'autant plus que le handicap des patientes, associées à leurs pathologies et déficiences cognitives obligent à des adaptations constantes en terme de durée des séances, par exemple. Aussi, il nous semble que les progressions sont plus lentes et peuvent être freinées par des difficultés à entrer dans le processus créatif.

4.2. APPORTS ET BENEFICES DE L'ETUDE

Cette recherche a été motivée par l'observation de comportements de résidents qui occasionnent des perturbations pour la vie du groupe. Ces comportements étant provoqués par des débordements émotionnels récurrents qui ont des impacts néfastes pour la personne qui les vit et ses pairs qui les subissent.

Elle nous amène à nous interroger plus globalement sur la prise en soin des personnes vivant en institution, sur la place du projet thérapeutique et les moyens mis en œuvre.

En effet, cette étude met en évidence l'importance d'un travail d'équipe pluridisciplinaire associant l'art-thérapeute avec l'équipe soin et les professionnels des unités.

De plus, cette étude a mis en exergue la nécessité d'une diversité de propositions thérapeutiques dans un domaine où les handicaps et les pathologies sont elles-mêmes très

différentes et spécifiques. Ainsi, il est indispensable de proposer des accompagnements thérapeutiques adaptés au plus grand nombre de résidents.

4.3. LIMITES DE L'ETUDE ET SES EVOLUTIONS POTENTIELLES

Comme nous l'avons expliqué précédemment, les limites principales de l'étude résident dans sa durée trop courte et le nombre restreint des personnes concernées.

Nous pouvons également évoquer les conditions difficiles de la mise en œuvre de cette recherche liées aux conditions sanitaires. En effet, cette situation a impacté son déroulement du fait de l'annulation d'un certain nombre de séances.

Cependant, elle pourrait avoir une suite, voire même se développer, en s'adressant aux personnes sourdes et aux personnes sourdes/aveugles de l'établissement.

Le domaine des compétences émotionnelles est un domaine de recherche vaste et complexe qui nécessite de solides apports théoriques et une approche scientifique pointues. Mais c'est aussi un champ de connaissance qui doit être partagé par tous les professionnels puisqu'il concerne tous les individus et particulièrement les personnes en situation de handicaps sensoriels et/ou moteurs, atteintes de pathologies associées et de déficits cognitifs.

4.4. LE CADRE CONCEPTUEL DE L'ART-THERAPIE

« L'art-thérapie est une pratique complexe car elle participe à la fois des sciences humaines et du champ artistique » (Dans l'article, « Le concept de cadre en art-thérapie », Jacques Stitelmann PhD ; Catherine Gardiol ; Noëlle Julien ; Sybille Savioz ; Domi Volckaert-Margot).

Dans le domaine de l'art-thérapie, le cadre conceptuel est le garant de la démarche de soin art-thérapeutique. Il est le fondement de l'action de l'art-thérapeute pour mettre en œuvre sa prise en soin. Ce cadre s'appuie sur une méthodologie et un dispositif propre à l'art-thérapie.

La pratique de l'art-thérapie s'exerçant dans différents milieux, elle doit s'adapter et adapter ses outils. Pour cela, il est indispensable que l'art-thérapeute fasse preuve d'une grande souplesse, de capacités d'improvisation, et de créativité.

Le concept de cadre est important également pour l'efficacité des interventions art-thérapeutiques. Le cadre doit être défini et expliqué clairement aux patients. Il doit rester fixe, stable, et pérenne afin que les patients soient accompagnés au mieux dans leurs processus de changements.

4.5. PLACE ET POSTURE DE L'ART-THERAPEUTE EN INSTITUTION, LES PARAMETRES A PRENDRE EN COMPTE DANS L'EXERCICE DE SA FONCTION

Les art-thérapeutes peuvent exercer leur profession dans différents secteurs et de multiples lieux. Dans les institutions, leur place n'est pas toujours pérenne et dépend des financements qui sont accordés par les organismes de tutelle aux établissements et de la volonté de ces derniers pour créer des postes.

Dans cette situation, les patients ne bénéficient parfois de soins art-thérapeutiques que très ponctuels, alors qu'il serait important qu'ils en bénéficient de manière permanente puisque l'art-thérapie intervient dans les trois domaines de prévention* : primaire*, secondaire* et tertiaire*.

Il nous semble que les art-thérapeutes ont toutes leur place au sein des équipes de soin, que ce soit en institution ou dans des services à domicile, par exemple.

A l'Association Larnay Sagesse, l'art-thérapeute en poste à l'EHPHAD travaille en lien avec le médecin coordonnateur, la psychologue, le médecin psychiatre, le psychomotricien, et bien sûr, avec tous les professionnels de l'accompagnement des résidents.

Ainsi, c'est une possibilité pour les résidents d'avoir accès à des soins adaptés, et pour les professionnels, cela constitue une richesse du fait de pratiques professionnelles diversifiées. Ils peuvent ainsi échanger leurs observations, leurs points de vue et leurs expertises sur les problématiques rencontrées.

L'art-thérapeute, par une pratique professionnelle de proximité avec les patients en situation de handicaps et atteints de pathologies associées, serait plus à même de connaître, de comprendre, de s'adapter et d'adapter sa pratique pour des soins plus efficaces.

CONCLUSION

« Les aveugles sont-ils des *êtres à demi* par rapport aux bien-voyants ? Non ! Leurs yeux sont au bout de leurs doigts et ils appréhendent le monde au-delà des apparences. La beauté est pour eux quelque chose de chaud, doux, harmonieux : le velouté d'un visage, la mélodie d'une musique, le timbre et la couleur d'une voix, la plastique d'une sculpture. Evgen Bavcar, photographe non voyant, raconte qu'il colore les objets et les personnes qu'il rencontre. » (Gardou, 2015, p. 3).

En côtoyant des personnes aveugles entendantes et sourdes-aveugles, nous avons acquis la conviction qu'elles possèdent des compétences insoupçonnées qui ne demandent qu'à se réaliser, se développer.

Ces personnes dont la vie quotidienne se déroule au sein d'une collectivité subissent certains effets liés aux fonctionnements institutionnelles, et cela n'est pas sans incidence sur leur intégrité psychique, leur autonomie... Même si tout est fait pour proposer des accompagnements adaptés à partir des projets d'accompagnements personnalisés conçus avec les personnes ; chaque jour, la vie collective est là, avec les pairs, et les professionnels.

Notre recherche, basée sur des observations de terrain, avait pour but de proposer des soins art-thérapeutiques à des personnes aveugles, atteintes de pathologies associées et de déficiences cognitives afin de favoriser leurs compétences émotionnelles, et par conséquent d'améliorer la qualité de vie.

Même si cette étude n'a pas permis d'apporter tous les bénéfices attendus, elle a montré des résultats encourageants sur le comportement des personnes prises en soin.

L'art-thérapie a déjà pris une place à Larnay, cependant, il reste à lui donner plus d'ampleur, à la développer pour qu'elle s'adresse au plus grand nombre, et à l'intégrer aux projets de soins thérapeutiques. Ainsi, il deviendrait possible d'en mesurer les effets.

En effet, il nous semble que les bienfaits de cette pratique pourraient bénéficier bien plus encore aux résidents en étant menée d'une manière régulière et pérenne.

Ne pourrait-elle pas avoir, notamment pour effet, de diminuer la prise de médicaments psychotropes (neuroleptiques, antidépresseurs et anxiolytiques) ?

L'art-thérapie à elle seule ne peut pas tout, mais associée à d'autres pratiques thérapeutiques et aux accompagnements socio-éducatifs mis en place, ou tout simplement pour compléter les actions proposées, ne serait-elle pas une approche à offrir aux résidents ?

BIBLIOGRAPHIE

- Bayro-Corrochano, Fernando. *Les arts plastiques en psychothérapie*. Champ psychosomatique 23, n° 3 (2001): 117-35.
- Boyer-Labrousche, Annie. *Les arts plastiques*. Les Ateliers du praticien, 2017, 66-100.
- Boyer-Labrousche, Annie. *Manuel d'art-thérapie*, Dunod, Paris, 2017.
- Boyer-Labrousche, Annie. *Pratiquer l'art-thérapie*, Dunod, Paris, 2021.
- Chokron, Sylvie, et Tiziana Zalla. *Troubles de la fonction visuelle, troubles de l'interaction et développement cognitif*. *Revue de neuropsychologie* 9, n° 1 (9 mars 2017): 35-44.
- Colignon, Martine. *De l'art-thérapie à la médiation artistique*. Érès, 2015.
- Compte, Roy. *Handicap mental et créativité : pour une esthétique du regard*. *Empan* n° 90, n° 2 (10 juillet 2013): 88-97.
- Duval, Céline, Pascale Piolino, Alexandre Bejanin, Mickael Laisney, Francis Eustache, et Béatrice Desgranges. *La théorie de l'esprit : aspects conceptuels, évaluation et effets de l'âge*. *Revue de neuropsychologie* 3, n° 1 (2011): 41-51.
- Faure, Noémie, Stéphanie Habersaat, Jennifer Nessi, Margarita Forcada-Guex, Blaise Pierrehumbert, François Ansermet, Carole Müller Nix, et Ayala Borghini. *Validation d'une nouvelle grille de codage de la régulation émotionnelle avec le Laboratory Temperament Assessment Battery (Lab-TAB)*. *Devenir* 25, n° 1 (29 avril 2013): 27-48.
- Flavell, John H. *Development of Children's Knowledge about the Mental World*. *International Journal of Behavioral Development* 24, n° 1 (mars 2000): 15-23.
- Galiano Anna-Rita, *Psychologie cognitive et clinique du handicap visuel*, De Boeck Supérieur, Bruxelles, 2013.
- Gardou, Charles. *Y a-t-il de l'universel dans ce tellement singulier ?*, *Reliance* 15, n° 1 (2005): 10-15.
- Inserm, Institut national de la santé et de la recherche médicale. *Déficits visuels : Dépistage et prise en charge chez le jeune enfant. Synthèse et recommandations. Collection Expertise collective Inserm*, 2002.
- *La déficience visuelle, une atteinte complexe qui touche tous les âges*. In *L'accompagnement au quotidien des personnes déficientes visuelles*, 27-45. Trames. Érès, Toulouse, 2013.

- Lelord François, Christophe André. *La force des émotions*, Editions Odile Jacob, Paris, 2001.
- Les personnes ayant un handicap visuel - Les apports de l'enquête Handicaps - Incapacités - Dépendance, 2005, 12.
- Livet, Pierre. *La catégorisation des émotions*. Dans *Emotions et rationalité morale*, 2002, p. 13 à 72.
- Lubard Todd, Lecourt Edith, *Les arts-thérapies*, Dunod, Malakoff, 2020.
- Mikolajczak, Quoidbach Jordi, Kotsou Ilios, Nélis Delphine, *Les compétences émotionnelles*, Dunod, Paris, 2020.
- Nader-Grosbois Nathalie, *La théorie de l'esprit*, De boeck, Bruxelles, 2011.
- Nélis, Delphine. *L'identification des émotions*. Dans *Les compétences émotionnelles*, Chap. 3, p. 37 à 58, 2014.
- Oyonarte, Marilyn, Michel Pauc, et Maurice Villard. *Perte de la vue : de la révolte et du désespoir... à une nouvelle indépendance ?* Le Journal des psychologues n° 383, n° 1 (1 décembre 2020): 62-66.
- Pasquier Aurélie. *Psychopathologie des émotions*, sous la direction de Jean-Louis Pardinielli. 128 Psychologie, psychanalyse. Paris: A. Colin, 2012.
- Petit Emmanuel. *Qu'est-ce qu'une émotion ?* Dans *Economie des émotions*, p. 9 à 28, 2015.
- Picard, Catherine. *Contes et thérapie*. *Dialogue* 156, n° 2 (2002): 15-22.
- Portalier, Serge. *Le triptyque de la déficience visuelle : affordance, vicariance et résilience*. *Enfance* N° 1, n° 1 (2014): 5-17.
- Stitelmann, Jacques, Catherine Gardiol, Noëlle Julien, et Sybille Savioz. *Le concept de cadre en art-thérapie*, L'Atelier, Genève.
- Vandeninden, Élise. *L'art-thérapie au secours de la communication*. *Questions de communication*, n° 15 (1 juillet 2009): 79-92.
- Villette, Hélène. *La voix dans l'expression et la perception des émotions chez les adultes déficients visuels*, 4 juillet 2011, 175.

GLOSSAIRE

AES : Accompagnant Educatif et Social.

Affect : l'affect est défini, dans le DSM-5 (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) , comme un ensemble de comportements observables qui expriment un état émotionnel.

Albinisme : maladie génétique caractérisée par une production insuffisante du pigment qui colore la peau, les yeux, les poils et les cheveux.

Alexithymie : Alexithymie : du Grec α : sans, lexis : mot et thymos : émotion. L'alexithymie est une difficulté à identifier, différencier et exprimer ses émotions, ou parfois celles d'autrui.

AMP : Aide Médico-psychologique.

Amblyopie : elle est caractérisée par une différence d'acuité visuelle entre les deux yeux. L'un est dit « œil paresseux » : les images transmises par cet œil sont de qualité insuffisante pour être traitées par le cerveau. Celui-ci va ignorer ces images, un phénomène qui va progressivement entraîner une perte progressive de la vision.

Attention partagée : la capacité à diviser son attention, c'est-à-dire à partager son attention entre plusieurs activités, est essentielle à la réalisation simultanée de plusieurs tâches. Cela nécessite de répartir logiquement ses ressources attentionnelles en fonction des exigences de chaque activité.

CHU : Centre Hospitalier Universitaire.

Cognitiviste : La psychologie cognitive se construit en complément au behaviorisme et propose de concevoir les Hommes non pas comme des récepteurs passifs guidés par des forces environnementales (modèle S-R) mais comme des acteurs des expériences qu'ils vivent. Tout individu change et forme ses expériences en employant des processus mentaux pour transformer l'information.

Compétences Interpersonnelles : capacité à interagir avec autrui.

Compétences Intra-personnelles : capacité à faire face à des circonstances défavorables en maîtrisant ses émotions.

Culturaliste : en psychologie cognitive, l'approche culturaliste privilégie le rôle des outils transmis par la culture, en particulier le langage. Le culturaliste défend l'idée que les processus d'acquisition des connaissances ne peuvent se comprendre sans faire référence au sens que les symboles véhiculent et à leur valeur sociale en tant que moyen de communication. Les culturalistes s'intéressent au fonctionnement cognitif dans les situations de la vie quotidienne.

EHPHAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Handicapées Sensorielles Agées Dépendantes.

FAM : Foyer d'Accueil Médicalisé.

FDV : Foyer De Vie.

FORMAT A4 : format d'une feuille rectangulaire dont les mesures sont 21 cm x 29,7 cm.

Hypogonadisme : défaut de l'appareil reproducteur qui entraîne une perte de fonction des gonades (ovaire ou testicule).

HID : Handicaps, Incapacités et Dépendance.

IMAGO : nom du logiciel informatisé Dossier Usager.

INSEE : Institut Nationale de la Statistique et des Etudes Economiques.

INSERM : Institut National de la Recherche Médicale.

Les quatre courants de la psychologie :

Maladie de Stargardt : les symptômes de cette maladie sont la baisse de l'acuité visuelle, associée à une moins bonne vision des couleurs. L'acuité visuelle baisse progressivement.

Pair : égal d'une personne par la fonction ou la situation sociale.

Pointage : le pointage correspond à une atteinte ou à une visée précise (perceptive ou motrice) d'une cible à distance. Ainsi la fixation oculaire représente un pointage, de même que le geste d'atteinte manuelle. La désignation d'un point dans l'espace par l'index tendu est également une forme de pointage.

Polydactylie : désigne la présence de plus de cinq doigts ou orteils sur chaque membre.

Prévention primaire : elle vise à empêcher la survenue et l'incidence d'une maladie ou d'un accident sur une population, notamment en diminuant les facteurs de risques. La prévention primaire consiste en des mesures de prévention individuelles (exemple : alimentation, hygiène, etc.) ou collectives (exemple : campagnes de vaccination, etc.)

Prévention secondaire : elle recouvre tous les actes liés au dépistage, diagnostic et traitement précoce des maladies (exemple : travail de l’infirmière scolaire, du médecin du travail, etc.)

Prévention tertiaire : elle vise à limiter la progression et les séquelles d’une pathologie avérée, notamment par le biais d’actions de rééducation ou de réinsertion sociale.

Prolactine : hormone sécrétée par l’hypophyse qui provoque la montée de lait après l’accouchement. Sa sécrétion anormale en dehors de cette période peut entraîner chez la femme des troubles des règles, un écoulement pathologique du lait par le mamelon, ou une stérilité. Chez l’homme, un excès de prolactine provoque une augmentation du volume des seins ou une impuissance.

Rapport DRESS : Rapport de la Direction de la Recherche, des Etudes de l’Evaluation et des Statistiques.

Rétinoblastome : tumeur cancéreuse intraoculaire rare. Il se manifeste généralement avant l’âge de 5 ans.

Rétinopathie pigmentaire : maladie génétique dégénérative de l’œil caractérisée par une perte progressive et graduelle de la vision évoluant généralement vers la cécité.

Rétinoschisie juvénile : maladie rétinienne congénitale, bilatérale, asymétrique se traduisant par une perte de la vision.

Syndrome autistique ou trouble du spectre de l’autisme : ensemble de troubles neurobiologique qui agissent sur le développement de personnes dites « autistes ». Il se caractérise notamment par des dysfonctionnement dans les interactions sociales, la communication, les comportements et les activités.

Syndrome CHARGE : Acronyme anglo-saxon signifiant « colobome, malformations cardiaques, atrésie coanale, retard de croissance et /ou de développement, hypoplasie génitale, anomalies des oreilles et/ou surdité ». C’est une maladie rare qui peut affecter différentes parties du corps. Les problèmes les plus communs se situent aux yeux, au cœur, au nez, aux parties génitales, aux oreilles, ainsi qu’au niveau de la croissance.

Syndrome de Bardet-Biedl : maladie génétique qui associe le plus souvent une obésité, des troubles de la vision, des anomalies des doigts, et dans certains cas un mauvais fonctionnement des reins et des anomalies des organes génitaux. Des difficultés d’apprentissage sont souvent présentes. D’autres malformations (du cœur par exemple) peuvent être associées, mais plus rarement. Les manifestations et la sévérité du syndrome varient considérablement d’une personne à l’autre.

Syndrome extrapyramidal : ensemble de troubles neurologiques se traduisant par des mouvements involontaires et une augmentation du tonus musculaire.

Syndrome USHER : maladie qui associe une surdité et des troubles de la vision dus à un mauvais fonctionnement de la rétine (rétinite pigmentaire).

Théorie de l'esprit : La théorie de l'esprit est la capacité à comprendre et à se représenter ses états internes et ceux des autres, ainsi que la capacité à attribuer des états aux autres sans égard pour les siens. Le développement de cette capacité commence dès le plus jeune âge, mais celle-ci n'atteint une forme mature et complexe qu'à la fin du parcours scolaire primaire.

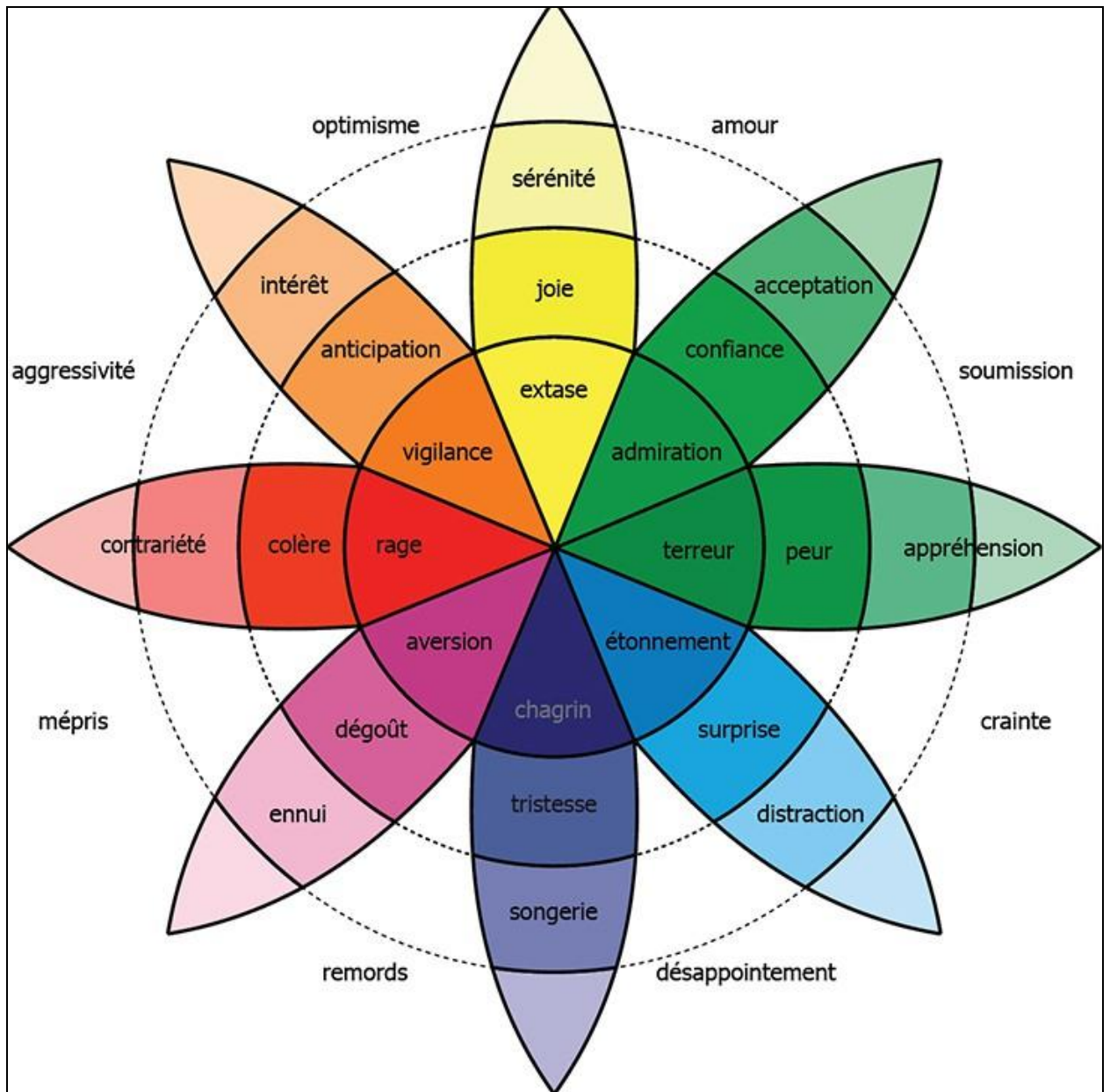
ANNEXES

1. LES GRANDS COURANTS THEORIQUES DES EMOTIONS

LES QUATRE GRANDES THEORIES DES EMOTIONS

Courant théorique	Devise	Fondateur ou grand représentant	Conseil de vie
Evolutionniste	Nous sommes émus parce que c'est dans nos gènes.	Charles Darwin (1809-1882)	Soyons attentifs aux émotions : elles nous sont utiles.
Physiologiste	Nous sommes émus parce que notre corps est ému.	William James (1842-1910)	Contrôlons notre corps, nous contrôlons nos émotions.
Cognitiviste	Nous sommes émus parce que nous pensons.	Epictète (55-135 après J-C)	Pensons différemment : nous contrôlerons nos émotions.
Culturaliste	Nous sommes émus parce que c'est culturel.	Margaret Mead (1901-1978)	Soyons attentifs au milieu avant d'exprimer ou d'interpréter une émotion.

2. LE MODELE DES EMOTIONS DE PLUTCHIK (1980)



3. CONCEPTION DEVELOPPEMENTALE PROPOSEE PAR LANE ET SCHWARTZ (1987) AVEC LEUR MODELE DES NIVEAUX DE CONSCIENCE EMOTIONNELLE

Selon Lane et Schwartz (1987), le fonctionnement émotionnel suivrait une ligne développementale hiérarchique qui se caractérise par une succession de niveaux de conscience émotionnelle.

- **1^{er} stade : « sensorimoteur réflexe ».** L'émotion est ressentie uniquement par une sensation physique et corporelle et peut être évidente pour autrui par l'expression faciale .
- **2^{ème} stade : « sensorimoteur effectif ».** Le sujet a recours au langage verbal pour traduire ses états émotionnels mais seulement sur un mode binaire d'états agréables versus désagréables. La conscience des autres comme êtres séparés de lui-même est encore minimale à cette étape du développement.
- **3^{ème} stade : « préopératoire »** où la représentation de l'émotion devient possible. L'expérience émotionnelle s'enrichit de facteurs psychologiques. Le registre des états émotionnels face à des événements particuliers est encore limité et non complexifié par la combinaison d'émotions simples telles que la joie et la tristesse par ex. De plus, la conscience des autres reste peu développée.
- **4^{ème} stade : « opératoire concret »**, les expériences émotionnelles se complexifient. L'enfant est capable de ressentir différents états émotionnels lors d'un même événement. Il devient capable de décrire ses états affectifs à son entourage et de prendre en compte ceux d'autrui. Cependant, la compréhension des états d'autrui est limitée au propre registre qu'offrent les perceptions et expériences propres.
- **5^{ème} stade : « opératoire formel ».** Enrichissement des capacités de différenciation des états émotionnels, autant pour leur reconnaissance que dans leur ressenti et expression. Il peut distinguer ses émotions selon des critères d'intensité, de qualité et de nuance. Il sait recourir à la métaphore pour décrire son état émotionnel ; il parvient à intégrer dans ses schémas les expériences émotionnelles complexes d'autrui.

4. ECHELLE D'ESTIME DE SOI DE ROSENBERG

Rubrique : Echelle d'Evaluation

Echelle d'Estime de Soi de Rosenberg

Par Nathalie Crépin et Florence Delerue

L'estime de soi est définie comme le jugement ou l'évaluation que l'on fait de soi-même, de sa valeur personnelle. De façon plus simple, l'estime de soi peut-être également assimilée à l'affirmation de soi. L'estime

de soi est un facteur essentiel dans la performance sportive. (Voir article : « encore une erreur d'arbitrage ou

comment maintenir une estime de soi positive... »

En répondant à ce test, vous pourrez ainsi obtenir une évaluation de votre estime de soi.

Pour chacune des caractéristiques ou descriptions suivantes, indiquez à quel point chacune est vraie pour vous

en encerclant le chiffre approprié.

Tout à fait Plutôt Plutôt Tout à fait

en désaccord en désaccord en accord en accord

1 2 3 4

1. Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre 1-2-3-4

2. Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités. 1-2-3-4

3. Tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté 1-2-3-4

4. Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens 1-2-3-4

5. Je sens peu de raisons d'être fier de moi. 1-2-3-4

6. J'ai une attitude positive vis-à-vis moi-même. 1-2-3-4

7. Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi. 1-2-3-4

8. J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même 1-2-3-4

9. Parfois je me sens vraiment inutile. 1-2-3-4

10. Il m'arrive de penser que je suis un bon à rien. 1-2-3-4

IRBMS

Institut Régional du Bien-être,
de la Médecine et du Sport Santé

WWW.PSYCHOLOGIEDUSPORTIF.FR

WWW.IRBMS.COM - NORD-PAS-DE-CALAIS

Comment évaluer votre estime de soi ?

Pour ce faire, il vous suffit d'additionner vos scores aux questions **1, 2, 4, 6 et 7**.

Pour les questions **3, 5, 8, 9 et 10**, la cotation est inversée, c'est-à-dire qu'il faut compter 4 si vous entourez le

chiffre 1, 3 si vous entourez le 2, 2 si vous entourez le 3 et 1 si vous entourez le 4.

Faites le total de vos points. Vous obtenez alors un score entre 10 et 40.

L'interprétation des résultats est identique pour un homme ou une femme.

Si vous obtenez un **score inférieur à 25**, votre estime de soi est très faible. Un travail dans ce domaine semble souhaitable.

Si vous obtenez un **score entre 25 et 31**, votre estime de soi est faible. Un travail dans ce domaine serait

bénéfique.

Si vous obtenez un **score entre 31 et 34**, votre estime de soi est dans la moyenne.

Si vous obtenez un **score compris entre 34 et 39**, votre estime de soi est forte.

Si vous obtenez un **score supérieur à 39**, votre estime de soi est très forte et vous avez tendance à être

fortement affirmé.

5. FICHE OBSERVATIONS

GRILLE D'OBSERVATIONS

Nom:

Prénom:

Droitier ☐ Gaucher ☐ Séance en : Groupe ☐ Individuelle ☐

OBJECTIF(S) THERAPEUTIQUE(S) :

- Global :
- Intermédiaire :

DATES ET DUREES DES SEANCES

COMPORTEMENT GENERAL/POSTURE

Accueil AT	Etat physique	Etat émotionnel	posture interpersonnelle	Implication dans la relation
Indifférent	Très fatigué	Mauvaise Humeur	replié	Active
Mécontent	Fatigué	Triste/soucieux	En retrait/distant	Passive
Content et Cordial	En forme	Normal	Ouvert	En retrait
Chaleureux	Très en forme	Bonne humeur	Implication dans la relation	Subit

ESTIME DE SOI

	Satisfaction du travail effectué	Valeur accordée à soi-même	Valeur esthétique de la réalisation
Aucune			
Faible			
Moyen			
Forte			

IMPLICATION/PERCEPTION

Participation	Adaptation des outils	Invention
Ne participe pas	Ne s'adapte pas	Ne sort pas des sentiers battus
Participe	Essaie de s'adapter	Essaie de détourner le matériel
Participe activement	S'adapte sans innover	Détourne
	s'adapte et innove	Invente de nouvelles techniques de son propre chef

EXPRESSION DES EMOTIONS

Expression physique des émotions	Expression Verbale des émotions	Reconnaissance des émotions	Expression des émotions face à sa production
Aucune expression	Aucune expression	Aucune	Aucune expression
Expression modérée	Sur demande	Utilise toujours les mêmes termes	Sur demande
Beaucoup de signes	Expression modérée	Utilise des termes inappropriés	Expression modérée
	Avec aisance	Utilise des termes appropriés	Avec aisance

UNE EXPERIENCE D'ART-THERAPIE AUPRES DE PERSONNES AVEUGLES AVEC LE MEDIUM DES ARTS-PLASTIQUES ASSOCIE A LA MUSIQUE

Résumé :

Les personnes aveuglantes atteintes de pathologies associées et de déficiences cognitives, vivant en institution, sont souvent submergées par leurs émotions et les expriment de façons inappropriées. Cela peut avoir des effets délétères sur leur santé physique et psychique. Une expérience d'art-thérapie mise en place lors d'un stage à l'Association Larnay Sagesse avait pour but de vérifier si les patients pouvaient améliorer leurs compétences émotionnelles. Tout d'abord, la déficience visuelle est définie ainsi que les compétences émotionnelles, et les troubles émotionnels. Des éléments sont apportés sur ce qu'est l'art-thérapie et ses bénéfices pour les patients. Puis, le déroulement du stage sera détaillé ainsi que son organisation et les stratégies mises en place pour atteindre les objectifs. Une partie est consacrée aux résultats obtenus avec les impacts sur chacun des patients. Enfin, la dernière partie s'ouvre sur une discussion concernant la place et la posture de l'art-thérapeute en institution.

Mots clés : Arts-plastique, Art-thérapie, compétences émotionnelles, émotions, déficience visuelle, objectifs thérapeutiques, prise en soin thérapeutique, troubles émotionnels.

AN ART THERAPY EXPERIENCE WITH BLIND PEOPLE WITH THE MEDIUM OF PLASTIC ARTS ASSOCIATED WITH MUSIC

Abstract :

Blind people suffering from pathologies associated with cognitive deficiencies, living in institution, are often overwhelmed by their emotions and express them in inappropriate ways. This can have deleterious effects on their physical and mental health. An art therapy experience has been set up during an internship at the Larnay Sagesse Association aimed to verify whether patients could improve their emotional skills. At first, the field of visual impairment is defined as well as that of emotional skill, and emotional disorders. Elements are provided on what art therapy is and its benefits for patients. Then, the progress of the internship will be detailed as well as its organization and the strategies that have been set up to achieve the objectives. A part is devoted to the results obtained with the impacts on each of the patients. Finally, the last part opens with a discussion concerning the place and the posture of the art therapist in institution.

Keywords : Art Therapy, care therapeutic, emotions, emotional disturbances, emotional skills, plastic arts, therapeutic purpose, visual impairment.