

Université de POITIERS
Faculté de Médecine et de pharmacie
6, rue de la Milétrie BP 199
TSA 51115
86073 Poitiers Cedex 9 - FRANCE

Accompagnement périnatal par l'art-thérapie : Être, Naître et Renaître
Des séances d'art-thérapie utilisant les techniques d'arts plastiques, écriture et musique
passive ou intuitive, auprès de la patientèle d'une Sage-femme

Mémoire de fin d'étude du diplôme universitaire d'art-thérapeute
Présenté par Emmanuelle Fleury – Année 2023

Sous la double Direction de : Thibaut Trilles, Enseignant Universitaire et Danseur
Julie Lelong, Sage-femme
Référent universitaire : Professeur Jean-Jacques Giraud

Lieu de stage : Cabinet de Sage-femme
28, rue Nationale
37320 Esvres-sur-Indre

Université de POITIERS
Faculté de Médecine et de pharmacie
6, rue de la Milétrie BP 199
TSA 51115
86073 Poitiers Cedex 9 - FRANCE

Accompagnement périnatal par l'art-thérapie : Être, Naître et Renaître
Des séances d'art-thérapie utilisant les techniques d'arts plastiques, écriture et musique
passive ou intuitive, auprès de la patientèle d'une Sage-femme

Mémoire de fin d'étude du diplôme universitaire d'art-thérapeute
Présenté par Emmanuelle Fleury – Année 2023

Sous la double Direction de : Thibaut Trilles, Enseignant Universitaire et Danseur
Julie Lelong, Sage-femme
Référent universitaire : Professeur Jean-Jacques Giraud

Lieu de stage : Cabinet de Sage-femme
28, rue Nationale
37320 Esvres-sur-Indre

Remerciements

Comment ne pas remercier en premier lieu le Professeur Giraud, qui s'investit dans cette formation au-delà de toute attente et recherche des intervenants toujours très pertinents. Je tiens également à remercier cette équipe d'intervenants et d'enseignants tant pour leurs apports que pour leur disponibilité.

Merci à Sandrine Mercier d'avoir répondu à mes questionnements, à Christelle Charbonneau pour ses conseils, à Monsieur Pain de m'avoir orienté sur des lectures.

Un grand merci est adressé à Thibaut Trilles, qui a su m'amener à réfléchir à l'essentiel et a soulevé en moi d'autres interrogations que celles que je possédais.

L'étude qui va suivre n'aurait pu exister sans le soutien de ma famille. C'est-à-dire mes parents, mon compagnon et bien évidemment mes enfants :

Mes parents qui ont vu ce que, professionnellement, l'art-thérapie pouvait m'apporter et pourquoi pas, ce que je pouvais apporter à l'art-thérapie. Mes parents qui ont pris le temps de relecture nécessaire, ainsi que mon amie Astrid Oble, toujours présente, soutenance. Mon compagnon Charly Pineaud, qui a été contraint de subir mon temps passé autour de cette formation, mon investissement, mes raisonnements, mes aboutissements. Il est une main tendue et offerte qui a su temporiser les pourquoi et les peut-être.

Mes enfants : Elisa, Chanaëlle et Lilian, car sans eux, ce mémoire n'aurait pas le même sens, la même finalité. Ils sont un point d'ancrage précieux et un point d'horizon merveilleux.

Mes beaux-enfants : Cléo, Titouan et Nyla, car ils sont un précieux trésor qui agrandit mes moments de bonheur.

Merci à Julie Lelong, Sage-femme, de m'avoir fait confiance, en me permettant d'approcher sa patientèle.

Merci également à la direction de l'ESAT René Jaud de Châtelleraut, Madame Véronique Hallier et Monsieur Jean-Philippe Cruaud, qui ont cru en ce projet, jusqu'à le financer.

Et enfin, un merci particulier aux patientes et à leurs bébés pour ces moments de partage art-thérapeutique empreints de sensorialité, hauts en couleurs et en émotions.

Plan

Remerciements	page 1
Préambule	page 5
<u>Partie I : L'évolution de la périnatalité</u>	page 7
<u>1/ Historique</u>	page 7
A/ Quand l'Art retrace l'évolution, la perception, les sentiments de la femme	page 7
B/ Le féminisme	page 8
C/ Et la place du père ?	page 9
<u>2/ Les changements durant la grossesse</u>	page 10
A/ Changements physiques	page 10
B/ Changements physiologiques	page 11
C/ Changements psychologiques	page 12
C.1. Notion de transmission Trans générationnelle	page 12
C.2. La dépression périnatale	page 14
C.3. Le baby blues	page 14
C.4. La dépression post partum	page 15
C.5. Psychose du post partum	page 15
<u>3/ Les différentes situations de grossesse</u>	page 15
A/ Les différents moyens pour y arriver	page 16
A.1. Conception naturelle	page 16
A.2. Procréation médicalement assistée (PMA)	page 16
A.3. Gestation pour autrui (GPA)	page 16
B/ Les imprévus autour de la grossesse	page 16
B.1. La prématurité	page 16
B.2. Déni de grossesse	page 16
B.3. Fausses couches	page 17
B.4. Intervention Médicale de Grossesse (IMG)	page 17
B.5. Intervention Volontaire de Grossesse (IVG)	page 17
B.6. Interruption Sélective de Grossesse (ISG)	page 17
B.7. Mort Fœtale In Utéro (MFIU)	page 17
B.8. Grossesse extra-utérine	page 17

<u>4/ Le fœtus</u>	page 17
A/ Développement du fœtus	page 18
<u>5/ Comment accompagner la périnatalité par l'art-thérapie</u>	page 19
A/ Domaines d'intervention art-thérapeutique et intérêts	page 19
A.1. L'écriture	page 19
A.2. Les arts plastiques	page 20
A.3. La terre, l'argile	page 20
A.4 La photographie, la vidéo	page 21
A.5 La musique intuitive et l'écoute passive	page 21
A.6. Le chant prénatal	page 22
B/ Qu'apporte l'Art-thérapie dans les différentes étapes de périnatalité	page 22
B.1 Définissons l'art-thérapie	page 22
B.2. L'esthétique	page 23
B.3. La sensorialité	page 23
B.4. Les émotions	page 25

Partie II : Objectifs d'intervention. Se préparer à la naissance et à la parentalité par l'art-thérapie, éviter la dépression post-partum par l'art-thérapie

<u>1/ Accompagner la périnatalité dans un cabinet de sage-femme</u>	page 27
<u>2/ Matériels et méthodes</u>	page 28
A/ Matériel d'étude et intérêt	page 28
A.1. Protocole avec échelles d'évaluations validées	page 29
A.2. Les critères d'évaluation	page 31
B/ Méthode	page 33
B.1. Etude de cas de Mme M	Page 33
B.2. Etude de cas de Mme V	page 38

Partie III :

<u>Comment l'art-thérapie peut-elle être un outil d'évaluation en périnatalité</u>	page 44
<u>1/ Résultats de Mme M</u>	page 44
A/ Grille d'observation des séances	page 44
B/ Synthèse du suivi art-thérapeutique	page 45
C/ Bilan du suivi art-thérapeutique	page 46
<u>2/ Résultats de Mme V</u>	page 57

A/ Grille d'observation des séances	page 47
B/ Synthèse du suivi art-thérapeutique	page 48
C/ Bilan du suivi art-thérapeutique	page 50
<u>Partie IV : Discussion. Intervenir en périnatalité avec l'art-thérapie : Remise en question, réajustement et intérêt</u>	page 51
<u>1/ Difficultés rencontrées et pistes d'amélioration</u>	page 51
A/ Exploration des résultats	page 51
B/ Réflexion sur les résultats attendus	page 52
C/ Pistes d'amélioration	page 53
D/ Posture professionnelle	page 55
<u>2/ Etudes autour de l'art-thérapie et de la périnatalité : explorons différents horizons</u>	page 56
A/ Les études	page 56
B/ Cadre conceptuel de l'art-thérapie	page 58
<u>3/ Approches diverses pour une ouverture d'esprit</u>	page 59
A/ Approche philosophique de l'Art	page 59
B/ Approche philosophique de la thérapie	page 60
B.1. Approche humaniste	page 60
B.2. Approche holistique	page 60
B.3. La gestalt	page 61
B.4. Psychologie analytique de Carl Gustav Jung	page 61
Conclusion	page 62
Bibliographie	page 64
Glossaire	page 66
Annexe 1 : Items de cotation d'échelles d'évaluations validées	page 69
Annexe 2 : Grille d'observation de Mme M	page 72
Annexe 3 : Grille d'observation de Mme V	page 73
Annexe 4 : Réalisations de Mme M	page 74
Annexe 5 : Réalisations de Mme V	page 77
Annexe 6 : Droit à l'image	page 79

Préambule « *Le pire désespoir devient en peinture bonheur... mais quand elle parle, c'est du paradis* » (Pierre Schneider - Beaux-Arts magazine de Janvier 2018 p 73).

Travailleuse sociale depuis 2003, j'ai exercé différents postes auprès d'un public varié : personnes en difficultés d'insertion, en situation de handicap, femmes ayant subi des violences conjugales... En parallèle, j'ai développé mes capacités artistiques : la peinture, la terre, l'écriture, la musique intuitive, jusqu'à devenir un besoin, et m'autoriser à exposer, proposer, éditer. Je communique et m'assume comme cela. Je me définis également comme en accord avec ma physiologie féminine. La notion de genre est aujourd'hui courante et nécessaire, puisque chacun se définit comme il se ressent. Je me définis comme un individu né de sexe féminin et en accord mentalement avec mes caractéristiques physiques. Cette notion est importante puisque nous allons aborder les termes de femmes, maternité, mère dans ce mémoire dédié à l'accompagnement périnatal. Pourquoi avoir choisi ce thème ?

Parce-que je suis une femme, une personne de sexe féminin qui se caractérise comme telle. Parce-que j'ai donné la vie. Parce que je suis une femme qui à un moment, ne l'a pas donné et à un autre, l'a donné trop tôt. Parce-que je suis une femme qui a porté l'espoir dans son corps, dans ses mains. Parce-que j'ai douté, j'ai souffert, mais j'ai beaucoup aimé et aime encore. Je crois en l'Art dans des moments, où les mots pour les mots, ne sont pas suffisants. Où ce qui soulage, se trouve dans nos mains, nos mots plaqués, nos émotions évacuées... Une femme qui veut apporter à d'autres, un bien-être et un cheminement par l'Art-thérapie, comme cet ensemble de cheminement et de vécus, qui m'amène dans la construction de cet écrit.

J'ai été hospitalisée, puis alitée à partir du 5^{ème} mois de ma première grossesse. Ceci, assez rapidement après le décès de ma grand-mère. Peut-on parler de choc, de stress ? A ce moment-là, moi qui écrivais déjà beaucoup, j'ai ressenti le besoin d'expérimenter les Arts plastiques, jusqu'à mon accouchement 15 jours avant le terme. Après un petit épisode de repos imposé vers 7 mois, ma deuxième grossesse s'est bien déroulée jusqu'à son terme 15 jours avant la date annoncée. L'art était très présent durant cette période. Les difficultés se sont intensifiées lors de ma 3^{ème} grossesse. Après une hospitalisation, j'ai finalement commencé à accoucher à mon domicile à 6 mois de grossesse. Après avoir été stabilisé 24 heures à l'hôpital, mon fils est né grand prématuré à 28 semaines d'aménorrhée* et avant que je ne fasse une hémorragie placentaire. L'écriture d'un carnet journalier a constitué le quotidien des premières

semaines de vie de mon enfant (mes tracas, son opération et ses petites victoires). Jusqu'à sa sortie d'hôpital 3 mois plus tard : mon deuxième accouchement de lui.

Et puis 3 ans de répit.

Mais parfois, il existe des imprévus : une quatrième grossesse. Un entourage qui ne veut pas, un papa surtout qui ne veut pas. La femme que j'étais veut, mais ne peut pas assumer seule un enfant sans père. Alors au final, un avortement : une décision prise, même à contrecœur, reste un choix. Il faut ensuite l'assumer et les conséquences seront assumées seule.

Mon emploi de travailleuse sociale m'a fait vivre des situations particulières. Une séparation et quelques années plus tard : je me retrouve à accoucher une travailleuse d'ESAT* dans les toilettes de l'établissement. Qui aurait pu prévoir un déni de grossesse pour cette femme, qui avait subi une Sleeve*. Prématurité, sous-alimentation fœtale et siège : L'enfant n'a pas survécu. Il existe des événements qui se répètent, qui s'accumulent, qui forment une personnalité. J'ai été soutenue et j'ai pratiqué l'Art qui me fait du bien. Je me suis également intéressée à la Trans génération et ce qui se transmet d'une génération à l'autre, ce qui se répète.

Accompagner la femme dans sa globalité, du désir de conception, aux premiers pas dans la parentalité me semble une évidence. Des auteurs féministes vers la fin des années 1960 exprimaient leur refus d'associer la femme à la maternité. Je ne souhaite pas associer, ni dissocier ces deux paramètres. Je souhaite juste mettre en avant, que quoiqu'il se passe, la femme n'a pas la possibilité de fermer les yeux. Quoi qu'elle décide, dans n'importe quelle situation, elle devrait être soutenue : Que ce soit l'enfantement, l'avortement, la PMA*, la difficulté d'attachement à son enfant, l'annonce d'une maladie, l'adoption... C'est pourquoi, un accompagnement art-thérapeutique dans les différentes étapes de périnatalité me paraît, au-delà d'être pertinent, nécessaire, complémentaire au suivi déjà existant et libérateur. Nous aborderons la problématique suivante : **Comment, dans un souci de prendre globalement les différentes émotions en considération, pouvons-nous accompagner au mieux les diverses transformations durant le cycle de périnatalité ? C'est-à-dire, accompagner la future femme enceinte, la femme enceinte et la jeune accouchée, à l'aide de l'art-thérapie, quels que soient ses choix ?**

Dans cette étude, nous allons percevoir l'évolution de la femme, la périnatalité et la mise en place d'un suivi art-thérapeutique. Nous verrons comment, avec quelques adaptations, cette

approche s'avère bénéfique. L'important est d'aller chercher les ressources personnelles de l'individu, de le considérer dans son entièreté et ainsi le rendre acteur de ses choix de vie. Ainsi, l'art-thérapie va être un révélateur, un moyen d'expression, un outil de découverte sur soi permettant d'avancer en donnant du sens. **Permettant d'être ou de renaître, alors qu'en parallèle un enfant va naître.**

Partie I : L'évolution de la périnatalité :

1/ Historique :

A/ Quand l'Art retrace l'évolution, la perception, les sentiments de la femme :

La femme, ainsi que la périnatalité et plus particulièrement l'état de grossesse ont été perçus et représentés de différentes manières à travers les siècles (Emmanuelle Berthiaud-Enceinte, une histoire de la grossesse entre Art et Société-). Au **paléolithique**, de nombreuses statuettes représentent des femmes nues, visiblement enceintes d'après les rondeurs associées. Certaines étaient portées comme des amulettes dans un but de protéger la femme gestante et accouchant. Nous pouvons aussi parler des triangles pubiens sur les parois des grottes, représentation du ventre maternel. Puis, dans **l'antiquité gréco-romaine**, les femmes enceintes représentées ne sont que des déesses. Les médecins de l'époque considèrent la grossesse comme une maladie (désagréments, fausses couches et décès fréquents ...). **En occident**, la religion et ses interdits vont également engendrer une non représentation artistique de l'état de grossesse. Puis, en dehors du côté religieux, la grossesse a beaucoup interpellé les artistes, à travers les siècles : **Guy Marchant** en 1491 représente la « *Danse macabre des femmes* » pour illustrer le dicton de l'époque « *Femme grosse (enceinte) a un pied dans la tombe* ». **Au moyen-âge**, la grossesse représentée relève du domaine de la religion, c'est-à-dire d'un mini humain dans le ventre de la Sainte Marie. Etaient également confectionnés des sachets d'accouchement contenant une prière et une image pieuse, censés porter chance à la femme qui le possède au moment de l'accouchement. A partir de **la Renaissance**, des représentations de femmes enceintes apparaissent sur des planches médicales, mais non réalistes, puisque toujours façonnées à l'image de la religion chrétienne. Les représentations de la femme ont souvent été d'ordre pictural ou poétique à travers l'écriture : seuls moyens de transmettre la vision d'une époque. Du **15^{ème} au 19^{ème}** siècle les grossesses sont surtout cachées. Même s'il existe quelques exceptions. **José de Ribera** peindra « *La femme à barbe des Abruzzes* » en 1631. Ce tableau

relatant une femme atteinte de « virilisme » et allaitant son enfant, avec son époux en arrière-plan. Tableau commandé par le vice-roi de Naples qui avait pour habitude de collectionner les portraits atypiques. En 1674, **Cosme Viardel** réalise une gravure de « *Femme en position pour l'accouchement* ». Ce n'est qu'à la fin du 18^{ème} siècle, que les planches deviennent plus réalistes. Sont réalisés également des Mannequins anatomiques de cire ou d'ivoire représentant la femme enceinte, avec des parties pouvant être ouvertes. **Nuremberg**, en 1730, réalise une gravure de jumeaux « conjoints ». La femme nue et enceinte n'est plus représentée à cette époque car symbole d'un interdit. Cependant, en 1866, **Gustave Courbet** peint une femme nue « *l'origine du monde* », lui donnant une portée universelle. **Gustav Klimt**, à son tour, peint « *Esprit I* » : une femme nue et enceinte, qui semble assumer totalement sa situation. Il réalise ensuite, « *les trois âges de la femme* » en 1905. Il choisit la représentation féminine et maternelle. A la fin du 19^{ème} siècle apparaissent des images en lien avec l'avortement, comme dans l'Assiette au beurre, avec « *La graine* » de **Jassot** en Août 1904. L'illustration montre une femme malheureuse d'avoir « *un polichinelle dans le tiroir* ». Au 20^{ème} siècle, la grossesse est maintenant représentée par des femmes. **Frida Kahlo** peindra « *Henri Ford Hospital* » en 1932, où elle met en évidence une fausse couche et la douleur associée. **Niki de Saint Phalle** en 1966, réalise avec son compagnon une sculpture éphémère représentant le vagin d'une femme enceinte. Vers le milieu du XX^{ème} siècle, la grossesse est davantage montrée, tant par les images que par les femmes elles-mêmes. En 1975 **Lucian Freud**, peint « *Annie et Alice* », un couple lesbien attendant un enfant. Ainsi est évoquée la procréation assistée. Toutes ces perceptions et représentations convergent vers une évolution des mentalités.

B/ Le féminisme :

En étudiant l'évolution de l'Art, nous constatons l'évolution des mœurs, des individus et observons qu'à ce jour, quatre vagues de féminisme existent :

- **La première vague** s'est déroulée lors de la révolution française, durant le siècle des lumières, apparue avec les besoins de libération des femmes et d'élimination des inégalités entre les sexes. Au départ, la révolution luttait pour la liberté, l'égalité et la fraternité au sein du peuple. La femme semble réduite à une image, celle de Marianne. L'absence de représentations féminines au sein de ce mouvement les a contraintes à se battre pour défendre leurs droits : **éducation, liberté, égalité et les droits politiques**, exprimant leur droit de vote. Olympe de Gouges écrit la « *Déclaration des droits de la femme et de la citoyenne* » en 1791,

texte précurseur et toujours actuel qui, sans être mentionné, sera, le cas échéant, à l'initiative de plusieurs avancées.

- **La deuxième vague** s'est poursuivie du milieu du XIXe siècle à la fin de la Seconde Guerre mondiale. Mouvement débuté aux Etats-Unis par des femmes luttant contre l'esclavage. Ce mouvement a continué de se battre pour le droit de vote (obtenu en 1944) et le droit à l'éducation. A partir de 1950 est imposé l'accouchement hospitalier, ainsi qu'un suivi spécifique de la grossesse. Le dicton divin « *Tu accoucheras dans la douleur* » laisse place à l'allègement des souffrances, tout en médicalisant la grossesse.
- **La troisième vague** est apparue dans les années 1960. Naît alors le féminisme radical (mouvement combattant l'oppression des femmes) à dissocier des féministes (mouvement combattant la domination des hommes). La contraception devient plus courante. L'enfant naît davantage d'un désir et on parle de libération sexuelle. Certaines autrices féministes (Simone de Beauvoir par exemple – 1908-1986), développent leur opposition au fait d'associer féminité et maternité. La légalisation de l'avortement est adoptée en 1975 avec la loi Veil.
- **La quatrième vague** existe depuis la fin des années 1980. Cette vague se bat contre les abus sexuels, les inégalités au travail ainsi que dans les peines judiciaires... Le mouvement se bat pour l'égalité des droits civils, le refus de la violence faite aux femmes, la liberté sexuelle, le collectif LGBTI*. La notion de sororité apparaît, selon laquelle aucune femme ne doit en vaincre une autre.

C/ Et la place du père ?

Ce terme désigne la paternité biologique et la paternité sociale. L'évolution de la perception de la femme est à mettre en relation avec la perception du père au sein du schéma familial. **Dans l'antiquité** les « *pères* » avaient une autorité absolue sur leur famille, pouvant aller jusqu'à la mort. Au XVI-ème siècle, la relation père / enfant évolue. Le père, toujours pilier de sa famille, devient pédagogue et nourricier. Petit à petit entre en considération le devoir de subvenir aux besoins de son enfant. **Avant la deuxième guerre Mondiale**, le droit de garde est plus facilement accordé aux mères qui étaient le plus souvent à la maison avec un père peu présent. L'après-guerre resserre les liens entre pères et enfants. Le père devenant celui qui transmet. En **1970**, la notion de chef de famille est supprimée du code civil. Simone Veil fait voter une loi dépenalisant et encadrant l'interruption volontaire de grossesse en **1975**. Le terme d'autorité paternelle est remplacé par autorité parentale en **1977**. Les femmes travaillent davantage et se

battent pour l'obtention de droits égaux à ceux des hommes. En **1990**, la loi statue sur les violences conjugales et reconnaît le viol entre conjoints. C'est en **1992** que la loi pénalise les violences physiques conjugales, ainsi que l'abus d'autorité de manière sexuelle dans les relations de travail. **En 2010**, fut votée la loi relative aux "violences exercées sur les femmes", au sein des couples, ayant des incidences sur les enfants, qui crée le délit de violences conjugales à caractère psychologique. Toutes ces évolutions sont le résultat des mouvements féministes, qui ont fait réfléchir la France sur des points cruciaux. C'est en **2004** que l'INSEE* a commencé à supprimer dans la plupart de ses enquêtes la détermination par le sexe de la personne de référence (chef de famille). Cette distinction n'a été supprimée dans les recensements que depuis 2016. **Aujourd'hui**, on observe une place de l'homme en tant que père, égale à celle de la femme : le mariage n'est pas obligatoire et il devient possible entre deux personnes de même sexe. Il en est de même pour la parentalité. Les familles monoparentales existent ainsi que des congés de naissance ou parentaux.

2/ Les différents changements durant la grossesse

A/ Changements physiques :

De l'enfance à la ménopause, en passant par la puberté et éventuellement la grossesse, le corps de la femme se transforme. Ces transformations peuvent induire, une fatigue, une perturbation dans la vision de soi-même, une évolution. Durant la grossesse, qui dure dans des conditions dites normales 41 semaines d'aménorrhées*, des changements physiques existent et sont variables d'une femme à l'autre.

Le visage : une hyperpigmentation* (ou masque de grossesse) peut apparaître. Certaines femmes peuvent également contracter de l'acné de grossesse à partir du 2^{ème} mois. Le nez grossit à partir du 3^{ème} mois de grossesse, à cause de l'augmentation de l'œstrogène* qui fait gonfler la paroi intérieure du nez et entraîne une surproduction de mucus. Les yeux peuvent démanger et s'assécher. Des problèmes dentaires peuvent apparaître sous l'influence des hormones.

Les seins : leur volume augmente et peut les rendre douloureux. Les veines y deviennent plus apparentes. A partir de la 22^{ème} semaine d'aménorrhée, commence la production du lait maternel, qui pourra s'y écouler dès cette période.

Thoracique : la circonférence thoracique augmente d'environ 10 centimètres.

Le ventre : apparition d'une ligne foncée vers le nombril, qui lui, ressortira de plus en plus au fur et à mesure de son évolution. Il commence à s'arrondir dès la 10^{ème} semaine et jusqu'à l'accouchement, entraînant des légères douleurs dans le bas-ventre.

Le poids : tout dépend de l'indice de masse corporelle de départ. Ainsi la femme peut ne pas prendre de poids, mais la moyenne se situe avec une prise entre 11 et 16 kg.

La peau : apparition probable de vergetures. Certains produits ou parfums peuvent être foetotoxiques* et devront être évités.

B/ Changements physiologiques :

Le premier signe est l'arrêt des règles pendant toute la durée de la grossesse.

Les changements endocriniens / hormonaux durant la grossesse, au moment de l'accouchement et pendant l'allaitement, agissent sur le cerveau de la femme. Par exemple, lorsque la femme entend son bébé pleurer, c'est la zone du cerveau impliquée dans les émotions qui s'active (l'aire pré-optique médiane). Nous savons également que cette « aire » augmente de volume durant la grossesse. De plus, la surproduction de corticostéroïdes* et de progestérone* d'origine placentaire induit une résistance à l'insuline* et en augmente ses besoins, de même que le stress de la grossesse. L'insulinase*, fabriquée par le placenta, peut également augmenter les besoins en insuline* et provoquer un diabète gestationnel. La femme peut avoir plus chaud qu'à son habitude sous l'effet des hormones ou plus froid à cause des échanges d'eau entre les tissus.

Les changements cardiovasculaires sont présents, puisque le débit cardiaque s'élève de 30 à 50 % dès la 6^{ème} semaine de grossesse pour les besoins utéroplacentaires*. Ensuite, ce débit dépend de la position du corps et de la compression de la veine cave inférieure par l'utérus. A partir de 30 semaines d'aménorrhée* jusqu'au début de la phase de travail*, le débit diminue, mais ré-augmentera de 30% durant l'accouchement. Ce débit va lentement retrouver sa valeur initiale vers la 6^{ème} semaine post-partum.

Les changements hématologiques et leur augmentation sont proportionnels au débit cardiaque. L'hémoglobine diminue et les globules blancs augmentent. Les besoins en fer augmentent également.

Concernant les fonctions rénales, le taux de filtration glomérulaire* augmente de 30 à 50 %. Est observée aussi, une dilatation des uretères, qui reviendront à la normale jusqu'à 12 semaines après l'accouchement.

Les changements respiratoires induisent une diminution du taux de CO₂ (Dioxyde de carbone), provoquée par l'augmentation de la progestérone. La consommation d'oxygène augmente de 20 % pour assurer les besoins du fœtus. Ainsi, surtout en début de grossesse, vont apparaître des essoufflements.

De plus, nous savons que durant la grossesse, se déroule le microchimérisme fœtal-maternel* : la migration des cellules sanguines du fœtus vers la mère, puis de la mère vers le bébé. Les cellules sanguines se déplacent et fusionnent. Des cellules restent dans le corps de la mère pour l'en imprégner (tissu, cerveau, os...), parfois pendant des décennies. Chaque enfant marquera ainsi son passage. Les futurs fœtus peuvent acquérir des cellules issues de ce passage. Ainsi, ont été observés des phénomènes de migration et transformation des cellules du fœtus vers le lieu de blessure de la mère, afin de réparer les dommages. Tout cela pendant que la mère « construit » l'enfant.

C/ Changements psychologiques

Les changements corporels de l'état de grossesse renvoient la femme aux émotions vécues durant l'adolescence face aux changements corporels. Cela peut donc être plus ou moins bien vécu. Mais d'autres perturbations interviennent, davantage en lien avec la propre histoire de la femme enceinte ou directement liées à son état de grossesse ou de parentalité future.

C.1. Notion de transmission Trans générationnelle en psycho-généalogie

Durant cette période de périnatalité, l'introspection et l'inconscient sont très présents. La notion de **transmission Trans générationnelle** combine l'histoire des lignées avec la généalogie. Cela met en évidence que les événements passés vécus par un ancêtre, peuvent être portés par les générations futures. La transmission peut ainsi se répéter si l'individu ne prend pas le temps de s'interroger sur cette problématique et d'y répondre. Cela peut expliquer des schémas familiaux qui se répètent, un mal être. La mémoire généalogique est mise en évidence par le fait de garder en mémoire, dans son corps des événements ou traumatismes vécus par ses ancêtres. Le livre « La Mémoire de l'arbre » (Dominique Hélène Waguet et Claude Vieux- *La*

mémoire de l'Arbre), traite de ce sujet et notamment de la mémoire Trans générationnelle. Les auteurs se sont basés sur le travail de Janine Assens (*psychothérapeute*), au début des années 1980. Ils expliquent que l'imaginaire et l'écriture, sont deux outils qui débrident la conscience. Il est important de connaître ses notions afin de comprendre certains de nos comportements ou émotions, mais également, afin de limiter les transmissions « *négatives* » des parents, au futur enfant. Pour résumer, l'enfant s'imprègne de la mémoire parentale et l'incorpore à la sienne. La notion de secret de famille est aussi très présente, ainsi que l'anesthésie des émotions suite à un évènement, afin de pouvoir « *survivre* ». Nous insistons sur l'existence malgré cette « *anesthésie* », d'une trace de l'évènement. Ce livre fait également référence aux créations artistiques qui, souvent, sont en lien avec notre inconscient. Nous venons d'aborder ce que la science appelle l'**épigénétique** : c'est une mémoire parentale qui se transmet par les gènes à la descendance au moment de la fécondation. Ceci explique scientifiquement la psycho-généalogie : des protéines greffées à l'ADN, suite à un traumatisme, vont se transmettre de génération en génération. L'épigénétique met en évidence des modifications de certains gènes sans changer l'ADN. Ces évolutions sont réversibles, mais transmissibles lors de la division cellulaire. Des thérapies peuvent libérer les schémas et émotions associés à ces traumatismes transmis et ainsi, il est possible d'activer ou d'inhiber l'expression de certains gènes. La mémoire intervient à toutes les étapes de la vie humaine, pour permettre ne serait-ce que sa survie. Certains éléments deviennent automatiques, d'autres inconscients. Françoise Dolto (*pédiatre et psychanalyste française, 1908-1988*) décrivait également la notion de **mémoire cellulaire** : le fait que le fœtus et le nourrisson dupliquent les structures mentales de leurs parents et constituent des « engrammes* ». Ceci explique les souffrances qui se répercutent chez l'enfant...

La connaissance des schémas familiaux et notamment des arbres généalogiques montrent une relation entre chaque individu, ses parents biologiques et ses grands-parents. Nous connaissons les complexes d'Œdipe et d'Electre dans l'identification sexuelle de l'enfant. Ainsi, le couple idéal d'un point de vue inconscient est constitué par notre grand-mère paternel et notre grand-père maternel, puisque répondant aux complexes œdipiens de nos parents, dont nos cellules se sont imprégnées. Les recherches pourront ainsi permettre de comprendre certaines peurs, attirances, comportements... Danièle Flaumenbaum dans son ouvrage « *femme désirée, femme désirante* » (Danièle Flaumenbaum-*Femme désirée, femme désirante*-page 123), fait référence à ce qu'elle nomme les **arbres gynécologiques**. Elle met en évidence ce qui se transmet de mère à

filles ou de grand-mère à petite fille, que ce soit des douleurs, des événements traumatisants, des répétitions...pouvant expliquer certains problèmes gynécologiques. Elle explique notamment que les ovules qu'une femme portera dans ses ovaires, sont constitués alors qu'elle n'est qu'un fœtus de 4 mois dans le ventre de sa mère. En quelques sortes, nous existions déjà un peu dans le ventre de nos grands-mères.

Des changements psychologiques peuvent également apparaître à cause des modifications physiques que constitue l'état de grossesse. Cela peut-être aussi le schéma et les relations familiales et/ou de couple qui se transforment. L'état de santé de la femme et du fœtus est un élément majeur : l'annonce d'une maladie possible, le mauvais déroulement de la grossesse, une fausse couche. Et puis ce peut-être aussi une prématurité, qui entrainera une fragilité du sentiment de capacité à être « mère », avec du temps manquant dans la préparation à la naissance et dans son cheminement. Il y a encore le contexte : l'emploi, l'éco-anxiété, les décès, les imprévus... D'autres éléments sont également à prendre en considération, dans les bouleversements psychologiques périnataux :

C.2. La dépression prénatale :

Elle n'est pas définie dans le DSM V*, mais fait l'objet de réflexions. Elle est intégrée dans les dépressions périnatales, qui englobent également la dépression post-partum. Pourtant, elle serait à différencier. Il s'agit d'une dépression qui apparaît durant la grossesse ou la première année postpartum. La personne culpabilise de ne pas se sentir heureuse face à l'entourage et la société idéalisant cet état de grossesse et pense ainsi que ce rôle ne lui conviendra pas. Dans cet article (Naima Boukhalfa - La dépression prénatale, approche psychopathologique selon le modèle kleinien - dans *Topique* 2014/2, pages 95 à 101), le conflit intérieur vécu par la future mère est parfaitement expliqué : la femme est prise d'ambivalence entre l'admiration de son état de grossesse et un sentiment intérieur de renoncement à sa propre place d'enfant (dans le cas d'une première grossesse) et un retour de certains événements refoulés.

C.3. Le baby blues :

Le DSM V* définit le Baby blues comme une dépression survenant dans la période périnatale et dont l'expression peut être de mineure à sévère. Elle peut conduire à une dépression post-partum. Le baby blues concerne 50 à 80 % des femmes nouvellement accouchées et s'estompe dans les 15 jours qui suivent la naissance.

C.4. La dépression post-partum :

Le DSM V* la définit comme un trouble dépressif qui se manifeste après l'accouchement. Également appelée dépression périnatale. Elle peut survenir durant l'année suivant la naissance du bébé. Elle est plus importante que le baby blues et nécessite des soins. 10 à 15% des mères en souffriraient en France, selon un Rapport de la Commission des 1000 premiers jours, publié en Septembre 2020 (www.1000-premiers-jours.fr). En effet, notre société associe la naissance à une joie immense, mais la réalité des premiers mois est parfois difficile à vivre, entraînant petit à petit un désintérêt quotidien grandissant. Des symptômes peuvent être communs au baby blues et à la dépression post-partum. C'est la durée des symptômes qui est différente. Ceux-ci peuvent être : fatigue intense, pleurs incontrôlables, difficulté à gérer le stress, irritabilité, dévalorisation de soi, incapacité à apprécier son rôle de parent. Ce peut-être également la peur de faire du mal à son bébé ou encore, la sensation, pour la mère, que son enfant serait mieux sans elle. Adrien Gantois, Sage-femme, met en avant la prévention et conseille de fonder un suivi de grossesse basé sur la confiance et bienveillant.

C.5. Psychose du post partum :

C'est un trouble psychiatrique grave, qui apparaît après la naissance de l'enfant. La psychose du post partum est visible quelques jours après l'accouchement, entraînant une confusion et des délires dangereux pour la mère (risques de suicide) et son enfant (risques d'infanticide). C'est alors une urgence psychiatrique.

3/ Les différentes situations de grossesse

Le terme de « maternité » peut être associé à 4 grandes étapes : porter l'enfant, accoucher, alimenter, éduquer... Mais ne peut-on pas différencier les deux premières fonctions indissociables à la mère des deux dernières... ? Ce que l'on met derrière le terme de maternité déresponsabilise les pères qui sont pourtant tout à fait à même de se positionner sur les questions d'alimentation et d'éducation. Ainsi la maternité devient la parentalité. Cela nous amène à des réflexions autour de la PMA*, la GPA* ... et font qu'à l'heure actuelle, différentes possibilités existent pour les personnes souhaitant avoir un enfant.

A/ Les différents moyens pour y arriver

A.1. Conception naturelle

La conception naturelle, définie le fait qu'un embryon, puis un fœtus se crée de manière naturelle. Cela débute par la fécondation : le spermatozoïde de l'homme fusionne avec l'ovocyte de la femme pour former un embryon, qui restera dans l'utérus de la femme jusqu'à la naissance, soit dans un développement idéal au bout de 42 semaines d'aménorrhée.

A.2. Procréation Médicalement Assistée (PMA)

La Procréation Médicalement Assistée, est un ensemble de techniques médicales, permettant une procréation en dehors du cycle naturel : fécondation in vitro, transfert d'embryons, insémination artificielle.

A.3. Gestation Pour Autrui (GPA)

La Gestation Pour Autrui, est le fait qu'une femme portera un enfant, qu'elle remettra ensuite au couple désigné comme « parents ». Cette gestation se réalise par l'implantation dans l'utérus d'un embryon issu d'une fécondation in vitro (FIV), ou d'une insémination. Les parents peuvent ne pas avoir de lien génétique avec l'enfant, avoir un lien partiel ou être parents génétiques.

B/ Les imprévus autour de la grossesse :

B.1. La prématurité

La prématurité est le fait pour la femme enceinte, d'accoucher d'un enfant viable avant le terme prévu. Il existe la prématurité moyenne (naissance entre 32 et 36 Semaines d'aménorrhée + 6 jours), la grande prématurité (naissance entre 28 et 31 Semaines d'aménorrhée + 6 jours) et la très grande prématurité (naissance entre 22 et 27 Semaines d'aménorrhée + 6 jours).

B.2. Déni de grossesse

Le déni de grossesse est une conception naturelle non détectée par la femme enceinte. C'est-à-dire que la fécondation a eu lieu et donne suite à un développement de l'embryon. La femme enceinte subit peu ou pas de symptômes liés à une grossesse. Ainsi, elle peut détecter sa grossesse au bout de plusieurs mois de développement (déni partiel), voire uniquement le jour de son accouchement (déni absolu). Dans cette situation de déni, la gestation psychique de l'enfant paraît impossible et inexistante, pour la femme qui ne perçoit pas les transformations

de son corps. Le corps ne réagit presque pas, puisque la gestation mentale n'a pas lieu. Le désir d'enfant n'est pas exprimé, même si, cela est très souvent réversible à l'annonce de la naissance et avec des soins et accompagnements adaptés.

B.3. Fausses-couches

La fausse couche est l'action d'expulsion d'un embryon ou d'un fœtus non viable.

B.4. Interruption Médicale de Grossesse (IMG)

L'Interruption Médicale de Grossesse est le fait de devoir interrompre une grossesse pour des raisons médicales, concernant le fœtus ou la mère, sans restriction de délai et sur accord de la femme enceinte.

B.5. Interruption Volontaire de Grossesse (IVG)

L'Interruption Volontaire de grossesse correspond à un avortement sans raisons médicales, mais sur raisons personnelles. Elle est autorisée jusqu'à 14 semaines d'aménorrhée.

B.6. Interruption Sélective de Grossesse (ISG)

L'Interruption Sélective de Grossesse intervient quand, dans une grossesse multiple, un fœtus est atteint d'une pathologie grave. Ainsi, l'intervention va empêcher la naissance vivante du fœtus, dans le but également de protéger le ou les autres fœtus.

B.7. Mort Fœtale In Utéro (MFIU)

Il s'agit d'une mort fœtale in utéro, se traduisant par un arrêt cardiaque spontané, à partir de 14 semaines d'aménorrhée.

B.8. Grossesse extra-utérine

C'est une anomalie de nidation. C'est-à-dire que l'œuf fécondé ne se fixe pas dans l'utérus, mais dans une trompe, sur un ovaire, dans la cavité abdominale ou dans le col de l'utérus.

4/ Le fœtus

La grossesse est marquée par la nidation de l'embryon dans l'utérus, qui se transformera au fur et à mesure des mois en fœtus, puis en nouveau-né lors de l'accouchement. Nous allons détailler ces étapes dans le contexte d'un développement dit « normal », c'est-à-dire conforme aux attentes médicales de notre société. Mais la vie fœtale peut s'interrompre, ainsi nous parlerons d'un décès ou d'une prématurité. Il ne faut pas oublier que lors de ces étapes, des

maladies peuvent marquer les gènes du futur enfant, des empreintes mnésiques* dues au stress maternel pourront nous amener à parler de notions de programmation fœtale (certaines maladies seraient dues à l'adaptation du fœtus à un milieu intra-utérin non favorable, mais cela est à croiser avec d'autres facteurs extérieurs). Nous avons aussi abordé la notion d'épigénétique durant la phase embryonnaire. A tout ceci, vient s'ajouter le contexte environnemental (frères/sœurs, travail, éco-anxiété, accouchement à venir, parentalité, vie de couple, ambivalence liée au futur enfant, ainsi que les pesticides, les éventuels médicaments, la prise d'alcool.....). Le bien-être et le bon développement du fœtus sont donc directement liés au bien-être global de la femme enceinte.

A/ Développement du fœtus :

Toutes les étapes décrites ci-dessous vont permettre le bon déroulement de l'embryon au fœtus, et vont également permettre de créer des souvenirs sensoriels in-utéro.

1^{er} mois : l'embryon prend place dans l'utérus, c'est la nidation. A la troisième semaine, le cœur commence à battre.

2^{ème} mois : l'embryon passe de 5 mm à 3 cm et son poids double. Les organes et les membres sont en formation. Le toucher commence à se développer. La tête est plus grosse que le corps. L'embryon effectue des mouvements réflexes encore imperceptibles.

3^{ème} mois : c'est durant ce mois que se différencient les organes génitaux. Le futur bébé passe de 5 à 50 grammes et peut atteindre 11 cm. Son squelette se dessine et ses organes fonctionnent. Chaque élément du visage est présent et la tête s'arrondit.

4^{ème} mois : l'embryon devient fœtus. Le risque de fausses couches est limité. Il mesure environ 15 cm pour 250 grammes. Les proportions commencent à s'équilibrer lentement. La partie du cerveau responsable de la coordination motrice se développe. Le fœtus est recouvert d'un fin duvet. Les sens du toucher sont très développés grâce aux récepteurs cutanés. Le fœtus est sensible aux caresses.

5^{ème} mois : le fœtus peut atteindre 28 cm et pèse environ 500 grammes. Sa peau s'épaissit et des cheveux peuvent se former. Les parents peuvent percevoir les mouvements du fœtus.

6^{ème} mois : le fœtus est considéré comme viable. Il pèse environ 900 grammes pour 30 cm. Ses paupières sont mobiles, il boit du liquide amniotique, peut sucer son pouce ou attraper son

cordon et urine. Le fœtus entend les sons, reconnaît les voix et sursaute si un bruit le surprend. Il bouge de plus en plus fort. Des études montrent que le fœtus réagit aux **stimulations acoustiques**, quelques secondes après la stimulation auditive de 90 décibels (soit 20 / 30 décibels in utéro), par une décélération de son rythme cardiaque. (Lecanuet, Granier-Deferre, Jacquet et Brusnel - *Decelerative cardiac responsiveness to acoustical stimulation in the near term fetus* - 1992). A ce stade, il serait capable de distinguer une voix féminine d'une voix masculine, ainsi que les syllabes. C'est ainsi qu'à sa naissance un enfant reconnaît la voix de sa mère à 100 % et celle de l'autre parent à 80%.

7^{ème} mois : il mesure 40 cm pour 1,5kg. Ses mouvements respiratoires et sa température interne se régulent. Ses nerfs s'entourent de myéline, ce qui constitue la dernière étape de la maturation du cerveau (jusqu'à ses 20 ans). Les yeux sont ouverts.

8^{ème} mois : les poumons sont matures. Le fœtus pèse 2,5kg pour 50cm. La peau devient rose, les membres s'allongent et les os deviennent plus solides.

9^{ème} mois : perte du fin duvet. Le fœtus bouge moins (estimation : de 3 kilogrammes pour 50 centimètres). Il se positionne, dans la majorité des cas, les bras repliés sur la poitrine, jambes pliées et tête vers le bas.

5/ Comment accompagner la périnatalité par l'art-thérapie ?

« *La souffrance conditionne et influence la création* » (Barbara Tissier - Atension Magazine Hors-série n°33, page 52)

Les techniques suivantes permettront, au-delà du but premier d'expression, d'expérimenter éventuellement la sérendipité : Atteindre une chose en en recherchant une autre.

A/ Domaines d'intervention art-thérapeutiques et intérêts

A.1. L'écriture

L'écriture mobilise des zones du cerveau favorisant l'apprentissage et la concentration. Elle permet l'évacuation des pensées parasites et l'inscription des pensées positives pour en favoriser la projection. Cela permet également l'échange, la transmission, la libération du stress, l'identification. En psycho-généalogie, l'écriture sert à identifier ses racines. (Dr Danièle Flaumenbaum « *femme désirée, femme désirante* »). L'écriture est un moyen de donner du sens aux paroles et pensées (Nayla Chidiac - Ateliers d'écriture thérapeutiques aux Editions Masson - introduction). Moyen permettant d'inscrire les événements et de

communiquer, **le journal intime** apparaît également comme un outil permettant de développer, maintenir ou réactiver la créativité en favorisant l'écriture de soi. L'écriture thérapeutique va ainsi faire ressentir du plaisir aux patients, en exprimant leur souffrance. **La catharsis*** va permettre d'enclencher le processus de changement, par la prise de conscience. Le **carnet de grossesse** permettrait donc de garder une trace positive du passage que constitue l'état de grossesse. Des travaux de neuroscience (Alain Dikann, L'Art-thérapie pour les nuls, page 194) mettent en évidence que le travail d'écriture est associé à l'hémisphère gauche du cerveau, alors que les arts visuels sont associés à l'hémisphère droit. C'est pourquoi, associer l'écriture et les Arts plastiques, mobilise l'ensemble du cerveau et des capacités créatives.

A.2. Les arts plastiques

Les arts plastiques (dessin, peinture, réalisations en volume, collage) créent un contact direct avec l'inconscient et ainsi, permettent de mettre en images ou en volume ce qu'il se passe à l'intérieur de la femme enceinte. Ses émotions plus ou moins connues ou reconnues, construire quelque chose à partir de presque rien et à partir de quelque chose d'abstrait : ceci fait un parallèle avec l'état de grossesse. La femme fabrique un bébé à partir de petits éléments chimiques mais pas que : également à partir de ses émotions, ses transmissions... Une prise de conscience peut alors s'amorcer, se développer. L'imagination et la créativité permettent la projection vers l'étape suivante que constitue l'état de périnatalité. Les arts plastiques peuvent être associés à la chromothérapie*, l'olfactothérapie*. La peinture corporelle (ou belly painting*), fait référence aux notions de tatouage et d'haptonomie*. Des études ont démontré que les tatouages ont la vertu de renforcer l'estime de soi (www.Trustmyscience.com : société et comportement – Le tatouage, un moyen d'expression aux vertus thérapeutiques- Fleur BROSSEAU-02 /08/2021). Il faut remonter au néolithique, vers -2600, pour trouver l'origine du premier homme tatoué, retrouvé momifié dans un glacier. Le tatouage a été associé à la force (si l'individu tatoué survit, ses défenses immunitaires en sont renforcées), aux rites de passage, à l'appartenance à un groupe, un effet de mode, une vision esthétique, un moyen d'expression et de personnalisation, une avancée post-traumatique ou faisant partie intégrante d'un processus de deuil. Cet article met en avant que l'estime de soi de la personne tatouée augmente et perdure.

A.3. La terre, l'argile

Elle favorise la visualisation par la matérialisation. La projection, l'intégration seront plus faciles. Si l'objectif est d'évacuer un évènement ou un sentiment, la destruction ou

dissolution de l'œuvre va permettre de penser l'événement ou le sentiment comme inexistant dans le présent, n'ayant plus d'impact sur le patient. La reconstruction à partir de l'œuvre détruite pourra enclencher le phénomène de reconstruction personnelle et permettre de visualiser le chemin parcouru. La notion de traumatisme, qui est associé à un événement précis, est donc remise en avant, afin de pouvoir l'évacuer et se reconstruire. Le traumatisme a un impact sur le fonctionnement psychique et la mémoire. Lorsqu'il se produit, il va créer des trous mnésiques, ce qui implique que les informations de la victime sont parasitées. Pour que l'événement traumatisant devienne un souvenir, il doit être inscrit dans le temps et l'espace. L'écriture et l'argile permettent de relier le passé au présent, ainsi qu'une projection dans le futur, orientée de manière positive.

A.4. La photographie, la vidéo

Cet outil va amener une prise de conscience de l'état actuel en le figeant dans une image. La photographie et la vidéo permettent également de retenir un événement joyeux et d'en garder un souvenir positif par l'image et le sentiment associé au moment passé.

A.5. La musique intuitive et l'écoute passive

L'activité musicale ou l'écoute passive, vont provoquer la libération de dopamine comme expliqué plus bas dans le paragraphe sur la sensorialité.

La Sonothérapie (BERGMANN Abigail, DE BOER Chloé, MEYNARD Louise, Dans leur mémoire *-Les effets de la musicothérapie sur la douleur de l'accouchement*) définit l'ensemble des vibrations des sons. Cela fait vibrer des molécules et agit sur les capteurs sensoriels internes et externes de l'individu. La musique est ainsi un analgésique. Les sons graves permettent de détendre le bassin et favorisent la production d'endorphines, qui vont se retrouver jusque dans le placenta. Durant les douleurs de l'accouchement, le cerveau archaïque est activé et les hormones du stress également (cortisol et vasopressine). Ces hormones inhibent la production d'ocytocine et donc l'endorphine. Cette dernière hormone aide à gérer la douleur. Ainsi, il est important d'agir sur le stress durant cette période. D'autres bénéfices apparaissent pour le bébé à naître, avec cette stimulation auditive prénatale qui va favoriser l'augmentation de la concentration, de la coordination et de la créativité. Des chercheurs ont démontré les bienfaits de deux musiques classiques sur le cerveau des personnes épileptiques. Ces deux musiques de Mozart, apportent des effets neurophysiologiques positifs et une harmonie cellulaire : La Sonate en Ré majeur

K448 et Le piano Concerto No 21 K 467. D'autres chercheurs de l'institut Marquès (www.institutomarques.com), démontrent que l'écoute de musique classique et de musique traditionnelle sont les genres musicaux fortement appréciés par le fœtus. D'après eux, cela serait dû au fait que ce sont des musiques qui s'écourent depuis plusieurs générations.

A.6. Le chant prénatal

Le chant prénatal peut être un accompagnement adapté. Il est reconnu pour ses bienfaits auprès de la femme enceinte (Marie-Laure Potel - Le chant prénatal, p11, 18, 19) et notamment pour le souffle de la femme enceinte. Les sonorités quant à elles, permettent de réduire le stress et d'augmenter la qualité du sommeil (chant, percussions, relaxation sonore par les bols chantants). Cela favorise le relâchement des muscles pelviens, du bassin et des lombaires. Le nourrisson, qui aura perçu les sonorités relaxantes pour sa mère étant fœtus, associera le même bruit à une période de relaxation.

B/ Qu'apporte l'art-thérapie dans les différentes étapes de périnatalité

B.1. Définissons l'art-thérapie

« J'y ai appris à traduire en peinture mes sentiments, les peurs, la violence, l'espoir et la joie... Mon travail a été une thérapie. » (Niki de Saint Phalle - Atension Magazine, page 52)

L'art-thérapie est une thérapie qui utilise un ou plusieurs arts et qui s'adresse aux personnes en souffrance ou à la recherche d'un mieux-être. Le mot thérapie est dérivé du Grec ancien **therapeia**, **therapéuô** qui signifie « *cure, prendre soin, traiter* ». Le mot art vient du latin **ars** et signifie « *habileté, savoirs faire* ». Ainsi, l'art-thérapie se base sur des objectifs de départ et met l'individu en action. Il n'y a pas besoin de savoir pratiquer un art pour en ressentir les bénéfices, car il n'y a pas forcément ou essentiellement de finalité esthétique. Cependant, l'esthétique peut être un objectif. Il faut tout de même avoir un attrait dans un ou plusieurs domaines, car le « *patient* » donne le point de départ, pour aller vers l'activité. L'art-thérapie permet de se connecter à son inconscient et ainsi va permettre d'apaiser la charge mentale*, la souffrance, l'anxiété. C'est un accompagnement vers un mieux-être, favorisant le processus de guérison. L'art-thérapie engendre également des savoirs : savoir ressentir, savoir-faire et savoir être. Au fur et à mesure des séances, le patient va pouvoir se détacher de son passé et être dans une perception du moment présent, qui l'amène dans une conception de son futur. Des changements de comportements vont s'observer pour favoriser des améliorations d'autonomie, de perception, de santé... L'art-thérapie s'inscrit dans le respect du secret médical.

Dans la perspective d'un accompagnement périnatal, s'ajoute à cela le parallèle entre création et procréation : si créer est donner naissance à quelque chose de nouveau, procréer l'est également. La projection vers la parentalité peut en être renforcée, ainsi que la confiance en ses propres capacités personnelles et l'instauration ou le renforcement d'un lien d'attachement à son enfant. Dans cette perspective, l'art-thérapie va être un support pour une préparation sensorielle, corporelle et émotionnelle.

B.2. L'esthétique

« La beauté qui nous fascine ne peut être simplement contemplée. L'aimer vraiment, c'est y participer. La beauté ne se regarde pas, elle se vit [...] Voilà la force de la beauté : elle nous rappelle que nous pouvons habiter le monde. » (Charles Pépin - *Quand la beauté nous sauve* – page 193)

Le sentiment, l'émotion esthétique est le fait qu'une image par exemple, puisse générer dans le cerveau quelque chose de fort, de marquant. Contempler la beauté est quelque chose de personnel. D'après l'ouvrage *« un petit vélo dans la tête »* (Laurent Vercueil et Gilles Macagno – *Un petit vélo dans la tête* - page 129 à 137), l'objet observé ou écouté est trouvé beau lorsqu'il entre en accord avec l'activité cérébrale : durant la contemplation, le cerveau *« se laisse aller »* jusqu'à ressentir une forme de sérénité et ainsi permettre à la beauté de devenir euphorisante. L'idéal esthétique serait un juste milieu entre le fond (les émotions et la sensibilité qui s'en dégagent, qui répondent finalement à un besoin de la personne spectatrice) et la forme (les techniques utilisées). Pour cela, chaque individu fait appel à sa mémoire iconique : les informations visuelles sont stockées quelques millisecondes, avant d'être oubliées ou transférées dans le lobe temporal. Dans ce lobe, est situé l'hippocampe, qui va permettre de convertir la mémoire visuelle à court terme, en mémoire visuelle à long terme. La mémoire iconique est une mémoire sensorielle qui stocke une information ressentie à travers les 5 sens, d'abord à court terme et éventuellement à long terme. L'individu y a recours pour se souvenir d'une image. Cela fait référence à notre jugement et notre pouvoir de décision.

B.3. La sensorialité

Nous sommes des êtres sensoriels, avec des sens plus ou moins développés. Pour comprendre les bienfaits de la stimulation sensorielle et l'appliquer ensuite à l'art-thérapie, il faut revenir sur le fonctionnement du cerveau face aux modalités sensorielles reçues de l'environnement (Françoise Morange -Majoux -Manuels visuels de Licence. Psycho-physiologie- page 71 à 106). Le

cerveau va ensuite coder l'information pour y apporter une réponse (Hugo Bottemanne, Lucie Joly-*Dans le cerveau des mamans*-page 29 à 54). Il existe 3 catégories de sensorialité.

La sensorialité extéroceptive : Elle regroupe les 5 sens (vue, ouïe, toucher, goût, odorât), ainsi que l'équilibre (sensorialité statique). Les sens les plus développés chez l'homme sont la vue, l'ouïe et le toucher.

La vision : elle est le sens le plus développé chez l'homme. Il s'agit de la perception des ondes électromagnétiques. Ainsi, l'homme est capable de distinguer en moyenne 200 nuances colorées, soit 2 longueurs d'ondes distinctes de 1,5 nm.

L'audition : le son est à la base du langage chez l'homme et par conséquent, des principales transmissions éducatives et culturelles. Il consiste dans la perception des vibrations sonores. Ces vibrations se produisent par des chocs ou poussées d'air. Elles peuvent aussi avoir lieu dans un environnement liquide ou solide. L'humain capte les vibrations comprises entre 20 Hz et 20 000 Hz. Le langage et la musique répondent à une perception auditive spécifique puisqu'ils engendrent une symbolique et une émotion. Les zones du cerveau actives sont également différentes.

Le toucher : il s'agit de la sensibilité tactile (thermique, chimique, proprioceptive et douloureuse) de la peau ou des organes. Cette sensibilité se caractérise par le toucher, la pression, la vibration. D'après une étude de l'INSERM*(Quand le toucher éveille au monde, publiée le 16/12/2021), le toucher est la première capacité sensorielle à apparaître chez le fœtus, dès la quatrième semaine de grossesse, les récepteurs se forment. Cette étude affirme que cette capacité sensorielle va favoriser l'évolution physique et cognitive, le bien être émotionnel et va permettre d'assurer la santé globale du fœtus. Ainsi, l'haptonomie* est souvent choisie par les futurs parents, qui souhaitent entrer en contact tactile avec leur enfant, afin de créer un lien affectif dès la vie prénatale. Nous pouvons parler de toucher psycho affectif, qui correspond dans ce cadre de grossesse, à l'entrée en contact du couple avec son enfant. Ceci peut amener un renforcement du couple et une implication du père ou de l'autre parent dans la vie prénatale, qui est parfois un peu abstraite pour la personne non gestante.

La sensorialité intéroceptive : elle correspond à la sensation des organes internes.

La sensorialité proprioceptive : elle se traduit par l'étirement des muscles et des tendons à travers la position et les mouvements du corps.

Les modalités sensorielles : chaque stimulation dépend de l'intensité, de la durée et du sujet qui est plus ou moins sélectif et réceptif.

Suite à un stimulus, les différents récepteurs emmènent l'information jusqu'à la fibre nerveuse. Toutes les informations (tactiles, visuelles, auditives, sauf olfactives), sont stockées dans le thalamus postérieur. Cela crée une mémoire sensorielle. Ainsi, le système sensoriel permettrait de compenser la perte quotidienne des neurones, de chaque individu. Nous savons que les espaces sensoriels permettent de réguler les émotions, les troubles du comportement et d'augmenter les interactions sociales. Le cerveau humain produit et régule les réponses aux expériences sensorielles. Quand ses stimulations sont axées et prédéfinies, elles peuvent favoriser le calme, la stimulation, la socialisation, le développement des habiletés motrices, le développement cognitif et le développement sensoriel.

B.4. Les émotions

D'après le Dictionnaire Larousse, l'émotion « *est une réaction affective transitoire d'assez grande intensité, habituellement provoquée par une stimulation venue de l'environnement* »

Les émotions induisent une réponse physiologique et psychologique gérée par le cerveau qui entrainera une réaction externe. C'est James Papez (*neuroanatomiste*) en 1937, qui émet le fait que les informations sensorielles induisent des émotions au niveau de l'hypothalamus postérieur du cerveau. D'autres études sont ensuite venues corriger et enrichir cette théorie mettant en évidence le rôle de l'amygdale et du cortex préfrontal (Françoise Morange -Majoux -Manuels visuels de Licence. Psycho-physiologie- page 200 à 212). Ce sont les émotions qui développent les sens. Cela est associé dès le plus jeune âge et in utéro également. Dès la période embryonnaire, les stimuli sensoriels ont un impact sur le développement et le processus cognitif. Il a été démontré que des bébés neurotypiques*, associaient l'émotion du visage pour comprendre la situation. Ils se fixent visuellement sur la zone T qui représente le visage animé. Ils sont donc très réceptifs aux émotions (Film Still Face Expériment du Dr Edward Tronick). Pour appuyer cet exemple de perception sensorielle in utéro, nous savons également que le fœtus est capable de sursauter et que certaines longueurs d'onde sonore activent certaines zones cérébrales. L'émotion et l'environnement du parent et de l'entourage, conditionnent l'enfant.

Dans son mémoire, Mathilde Larose Couvent (Mathilde Larose Couvent - Mémoire en vue de l'obtention du diplôme de Sage-femme), démontre que le stress toxique gestationnel se répercuterait sur le développement cognitif de l'enfant. La femme enceinte serait touchée de 14 à 54 % par l'**anxiété** durant sa grossesse et de 18% par la dépression. Ces désagréments peuvent entraîner des risques pour la femme (avortement, accouchement prématuré...) et l'enfant à naître (troubles de l'apprentissage et du comportement). Une étude a été réalisée sur des femmes enceintes entre 2016 et 2019, suite à un questionnaire et une IRM*. Il en ressort, que pour les femmes anxieuses, la partie du cerveau chargée de la mémoire et de l'apprentissage est réduite chez le fœtus (hippocampe gauche). Par contre, la partie concernant le langage et les mouvements volontaires est augmentée (circonvolutions du lobe frontal). Le stress peut également influencer sur le sommeil. Or en 2000, Michel Jouvet (*neurobiologiste français, 1925-2017*), émet le fait que le sommeil paradoxal influencerait la programmation génétique de certains comportements innés, ainsi que l'hérédité psychologique. Le sommeil paradoxal est le plus important durant les premiers mois de la vie et permet l'élaboration des connexions neuronales, ainsi que l'intégration des apprentissages. Il est donc important que la femme enceinte et le nouveau-né aient un sommeil de qualité, loin de tout stress. Les neurones miroirs qui sont ceux de l'imitation entrent également beaucoup en action dans les premiers mois de la vie. Or, nous savons depuis Charles Darwin (*naturaliste et paléontologue britannique, 1809-1882*) en 1874, que les émotions se traduisent de manière souvent incontrôlée en réaction à l'émotion vécue, dans un objectif de communication avec autrui. Les émotions influencent la plasticité cérébrale et la capacité du cerveau à remodeler ses connexions en fonction de l'environnement ou des expériences rencontrées. Ce phénomène débute dès la vie intra utérine. Après la naissance, des connexions disparaissent et d'autres sont conservées. Le bébé possède davantage de connexions que l'adulte. Les stimulations sensorielles vont alors forger les sens du bébé et du futur adulte. L'élagage synaptique va simplifier l'apprentissage en se basant sur les habitudes et les expériences précoces. (Film : « Plasticité cérébrale chez l'enfant » – Céline Alvarez)

D'après le Ministère des Solidarités, de l'autonomie et des personnes handicapées, « *La périnatalité se définit comme l'ensemble des processus liés à la naissance, depuis la contraception jusqu'aux premiers mois de la vie du nourrisson, en passant par le désir d'enfant, le diagnostic anténatal, la grossesse, l'interruption volontaire de grossesse, l'accouchement ou l'allaitement. L'enjeu : faire en sorte que la grossesse et l'accouchement se déroulent dans les meilleures conditions possibles, mais aussi prévenir les problèmes de santé chez l'enfant et la*

mère après la naissance. » Nous en arrivons à la réflexion suivante : nous connaissons des phrases autour de la gestation telles que « *je suis tombée enceinte* » ou encore « *la grossesse n'est pas une maladie* ». Malgré tout, l'approche y est très médicalisée. Le bien-être, le stress des changements à venir (corporel, schéma familial, engagement, accouchement, parentalité, deuil, maladie, avortement, fausse couche...), ne sont pas systématiquement pris en considération. Or, nous savons que le fœtus perçoit l'état émotionnel de sa mère. Que les événements Trans générationnels jouent aussi un rôle. Nous savons également que des chocs subis par la mère, peuvent bloquer une conception ou perturber le développement du fœtus. La problématique de travail s'impose d'elle-même : **Comment, dans un souci de prendre globalement les différentes émotions en considération, pouvons-nous accompagner au mieux les diverses transformations durant le cycle de périnatalité ? C'est-à-dire, accompagner la future femme enceinte, la femme enceinte et la jeune accouchée, à l'aide de l'art-thérapie, quels que soient ses choix ?**

Partie II : Objectifs d'intervention. Se préparer à la naissance et à la parentalité par l'art-thérapie, éviter la dépression post-partum par l'art-thérapie

1/ Accompagner la périnatalité dans un cabinet de sage-femme

La sage-femme est une profession qui intervient dans divers domaines. Le mot *sage* signifiant « *expert, habile dans son art* » associé au mot *femme* qui désigne la parturiente*, fait de ces professionnels des spécialistes de l'accouchement. Cependant, d'autres fonctions leurs sont données : préparation à la naissance, surveillance de la grossesse et de l'accouchement, mais aussi les soins à la mère et l'enfant après l'accouchement. La sage-femme prodigue des examens cliniques et paracliniques. En cas de pathologie, elle continue d'exercer en plus étroite collaboration avec le médecin gynécologue. Elle peut se déplacer à domicile. Son rôle est également d'assurer une « détection » de dépression post-partum. Elle peut travailler en collaboration avec le gynécologue, l'anesthésiste, le pédiatre, et d'autres professions, comme un ostéopathe ou des médecines complémentaires. Le plan de périnatalité, élaboré par les professeurs Bréart, Rozé et Puech, actif depuis Septembre 2003, avait pour finalité de réduire la mortalité périnatale et maternelle en améliorant la qualité des soins. D'après l'Article R 2122-2 du code de la santé publique, il existe 7 visites médicales obligatoires pour la femme enceinte, à réaliser chez le médecin ou la sage-femme. Ces visites permettent de déclarer la grossesse,

effectuer des examens sanguins ou échographiques de datation, surveillance ou dépistage. Elles permettent également d'informer la femme enceinte, notamment sur ses droits de bénéficier de cours de préparation à l'accouchement. Sont désormais inclus, un dépistage néonatal (le plus souvent effectué à la maternité) et un entretien post natal, réalisé par une sage-femme ou un médecin 4 à 8 semaines après l'accouchement. Il vise à repérer les premiers signes de la dépression post-accouchement (qui touche 15% des femmes accouchées) ou les facteurs de risques qui y exposent. Il sert également à évaluer les éventuels besoins de la femme ou du conjoint en termes d'accompagnement. Un deuxième entretien peut être proposé, entre les 10^e et 14^e semaines qui suivent l'accouchement. Ceci s'il s'agit de femmes ayant accouché pour la 1^{ère} fois ou de femmes pour lesquelles ont été constatés des signes de la dépression du post-accouchement ou l'existence de facteurs de risques. Un examen postnatal, doit être effectué dans les 8 semaines qui suivent l'accouchement.

2/ Matériels et méthodes

Notre stage s'est effectué auprès d'une sage-femme libérale, ayant son cabinet et intervenant également à domicile. Elle intervient dans une salle de consultation et une salle plus grande de préparation à la naissance. Ses missions sont variées : suivi de grossesse, accompagnement avant et après l'accouchement, préparation à la naissance et à la parentalité, suivi des grossesses à risque, visites à domicile (avant et/ou après la naissance), rééducation du périnée, frottis, contraception.

A/ Matériel d'étude et intérêt

Nous sommes intervenus dans ce cadre de périnatalité et avons proposé des séances d'art-thérapie, répondant aux objectifs variés des femmes accompagnées. Dans ce mémoire seront démontrés les objectifs généraux suivants : **éviter la dépression post-partum** pour Mme M, et **se préparer sereinement à la naissance et à la parentalité** pour Mme V. Les objectifs secondaires puis de séances, sont notifiés dans le descriptif de chaque séance.

Eviter la dépression post partum et ses objectifs thérapeutiques secondaires : diminuer l'anxiété, lâcher prise, renforcer la sécurité émotionnelle, accepter la transformation du corps, renforcer l'estime de soi, l'affirmation, se préparer à l'accouchement, se connaître et identifier ses émotions, prendre conscience de ses capacités et de son autonomie, appréhender le statut de

parent en se liant d'attachement avec son bébé, vivre un nouveau schéma familial. Les objectifs de séance sont décrits au début de chaque séance.

Se préparer à la naissance et la parentalité et ses objectifs thérapeutiques secondaires :

renforcer la sécurité émotionnelle, diminuer l'anxiété, renforcer la confiance en soi, se connaître, identifier et évacuer un traumatisme, identifier ses émotions, prendre conscience de ses capacités et de son autonomie, appréhender le statut de parent en se liant d'attachement avec son bébé, se projeter dans un avenir positif, se préparer à l'accouchement, percevoir son ventre comme vecteur de beauté. Les objectifs de séance sont décrits au début de chaque séance.

Les objectifs cités ci-dessus pour chaque patiente, déterminent les items d'évaluation et ce qu'il est nécessaire d'observer. Ainsi, nous nous sommes inspirés des items ci-dessous répertoriés :

A.1 Protocole avec échelles d'évaluations validées

Suite aux entretiens et aux objectifs déterminés, un plan de traitement a permis l'élaboration d'une grille d'observation avec des items, inspirés d'échelles d'évaluations validées (Annexe 1, page 69). Le but est d'observer des compétences et d'y voir une possible évolution :

Evaluation de l'anxiété d'après l'échelle d'anxiété de Hamilton

D'après l'échelle d'anxiété de Hamilton	
Items reformulés	Cotation
(Humeur anxieuse) Emotion anxieuse :	1/ L'individu semble d'humeur égale 2/ L'individu est agacé, tendu et possède un sentiment anxieux apparent, mais est capable de mener l'activité 3/ L'individu semble anxieux, tendu et arrête son activité par moment, puis s'y remet seul. 4/ L'individu est très anxieux et à besoin de l'aide de l'Art-thérapeute pour se remettre à l'activité. 5/ L'individu est submergé par son sentiment anxieux et ne peut mener à bien l'activité
(Troubles de la concentration et de la mémoire) Concentration et mémoire :	1/ L'individu semble avoir des capacités de concentration certaines 2/ L'individu possède des difficultés de concentration (et mémoire), mais est capable de réaliser l'activité 3/ L'individu possède des problèmes de concentration, arrête l'activité, mais s'y remet seul. 4/ L'individu possède des difficultés de concentration et ne peut se concentrer sur l'activité, sans l'intervention de l'Art-thérapeute. 5/ L'individu verbalise des difficultés de concentration et de mémoire et ne peut mener à bien son activité.
(Humeur dépressive) Émotion de tristesse	1/ Absence 2/ L'individu paraît parfois triste, mais réalise l'activité entièrement 3/ L'individu paraît triste, mais réalise l'activité partiellement en s'y remet seul. 4/ L'individu est très triste et à besoin de l'aide de l'Art-thérapeute pour se remettre à l'activité. 5/ L'individu est atteint de tristesse l'empêchant de réaliser l'activité

Evaluation du lâcher prise, d'après l'échelle de dépression de Montgomery et Asberg

D'après l'échelle de dépression de Montgomery et Asberg	
Items reformulés	Cotation
(Incapacité à ressentir) : Adaptation à l'environnement	5/ Comportement adapté 4/ L'individu interagit assez souvent et semble apprécier la plupart des moments de la séance 3/ L'individu interagit modérément et semble apprécier certains moments de la séance 2/ Faibles interactions et faible plaisir à vivre le moment présent 1/ L'individu semble subir le moment de la séance

Evaluation de l'estime de soi, d'après l'échelle de Rosenberg

D'après l'échelle d'estime de soi de Rosenberg	
Items reformulés	Cotation
Considération de soi	Aucune : 1
Capacités de réalisation	Faible : 2
Satisfaction du travail effectué	Moyenne : 3 Forte : 4 Très forte : 5

Evaluation de l'affirmation de soi, d'après l'échelle de Rathus

D'après l'échelle d'affirmation de soi de Rathus	
Items reformulés	Cotation
N'hésite pas à faire des choix	Oui : 5
Communication avec l'élève Art-thérapeute	A plusieurs reprises : 4
Echange avec les autres patients	Légèrement : 3 Avec difficultés ou aide : 2 Jamais : 1

Evaluation des compétences relationnelles, affectives, artistiques, ainsi que la motricité

Evaluation appropriée à L'art-thérapie		
Items	Compétences	Cotation
Regards	Compétences relationnelles	Non : 1 Quelques fois : 2 Plusieurs fois : 3 Beaucoup : 4
Sourires		
Exprime son ressenti/ émotions		
Investissement dans l'activité/ Autodétermination *	Compétences affectives	
Autonomie dans l'activité/ Assertivité*		
Donne une identité à son bébé		
Elan Créatif	Compétences artistiques	
Imagination		
Elan corporel	Motricité	

Evaluation de la dépression d'après l'échelle l'échelle de dépression de Hamilton

D'après l'échelle de dépression de Hamilton	
Items reformulés	Cotation
(Travail et Activités) : Réalisation de l'activité	1/ Aucunes difficultés perçues 2/ Quelques difficultés perçues durant la séance 3/ Ne réalise pas l'activité à certains moments de la séance 4/ Ne réalise pas l'activité sur une grande partie de la séance 5/ N'effectue pas l'activité
(Agitation) : Comportement de nervosité	1/ Le comportement de nervosité n'est pas visible 2/ Le comportement de nervosité est apparent, mais l'individu se régule seul et continue l'activité 3/ L'individu montre des signes de nervosité et à besoin de l'intervention de l'Art-thérapeute pour continuer l'activité 4/ L'individu ne tient pas en place, mais continue l'activité si on ne lui dit pas d'arrêter 5/ Le comportement de nervosité de l'individu ne lui permet pas de réaliser l'activité

Auto-évaluation de début de séance, d'après l'échelle du stress ressenti de Cohen

D'après l'échelle du stress ressenti de Cohen	
Items reformulés	Cotation
Depuis la dernière séance, avez-vous ressenti des situations marquantes ? (1. Avez-vous été dérangé par un événement inattendu ?)	1/ Non 2/ Quelques-unes 3/ Plusieurs 4/ Beaucoup

Auto-évaluation de fin de séance, appropriée à l'art-thérapie

Evaluation appropriée à L'art-thérapie	
Items	Cotation
Bien-être ressenti en fin de séance Etes-vous contente de la réalisation ?	1 (Non) à 9 (Très grand bien-être ou satisfaction)

A.2. Les critères d'évaluation

Choix des patientes : Nous avons réalisé une affiche et des flyers présentant le projet art-thérapeutique. Les patientes ont toutes été orientées par la sage-femme. Cette dernière a pu détecter des besoins durant les suivis de grossesse. Suite à cela et avec leur volonté de participer à des séances d'art-thérapie, nous avons proposé un entretien individuel et élaboré un plan de traitement, regroupant les objectifs thérapeutiques, les techniques à utiliser et la répartition des séances en individuel ou non. Nous nous sommes arrêtés à un suivi de 4 patientes, ce qui correspond au nombre de patientes que la sage-femme suit dans un groupe de préparation à la naissance, qui est également la capacité que peut recevoir la salle dédiée. Nous allons étudier les situations de deux patientes, sur les quatre suivies, car ce sont elles qui ont effectué le plus de séances. De plus, leur objectif thérapeutique général est différent de l'une à l'autre. Le tout amènera une visibilité des retombées du suivi art-thérapeutique.

Durée de la recherche et retombées attendues : Les séances d'art-thérapie favorisent le développement de compétences évaluées par les items et démontrent qu'elles permettent de : diminuer l'anxiété et apporter un bien-être par le lâcher prise et l'activité créatrice, se préparer à la naissance et à la parentalité (en diminuant les angoisses liées à la grossesse, l'accouchement, le rôle de parent), se projeter dans les étapes à venir, diminuer les risques de dépression post-partum, savoir être prêt à accueillir les montagnes russes, que constitue l'état de parent, en valorisant l'estime et l'affirmation de soi, se connaître en tant que personne, futur parent (par l'autodétermination* et l'assertivité*). C'est selon le plan de traitement de chaque patiente et leur état de santé, que les séances se sont organisées. Il a parfois été nécessaire de s'adapter aux imprévus. Les séances qui devaient débiter en groupe se sont faites sans la

présence d'une patiente qui était en arrêt. Nous avons donc commencé avec elle à son domicile, afin qu'elle puisse rejoindre le groupe en séance 3 et 4. Le nombre de séances a été de 4 à 6 avant la naissance pour 3 patientes ; de 5 supplémentaires pour une patiente après la naissance ; et de 11 avant naissance pour une patiente. Les premières séances étaient semi-dirigées, afin de les guider, tout en leur laissant l'autonomie créative et de choix. Les séances ont été de plus en plus libres, en intégrant toujours un thème, lié aux objectifs thérapeutiques. Les techniques ont également varié en fonction soit de l'objectif à atteindre, soit de la patiente et de ses attrait. Une séance n'a pu être menée dû fait d'un accouchement. Les séances ont, la plupart du temps, été réparties en 3 temps :

Un premier temps d'échange, d'auto-évaluation, puis d'entrée en activité à la manière d'un starter*. Il s'agit d'une technique utilisée au début de la séance, permettant le démarrage, la création, l'imagination. Par exemple : donner des mots sur un thème déterminé, écoute d'une musique ou chanson, visionnage de tableaux. Ceci permet de verbaliser les changements ou obstacles en diminuant la charge mentale, d'atteindre l'émerveillement à travers l'émotion esthétique et d'impulser l'élan créatif à l'aide du starter* qui engendre la réalisation.

Un deuxième temps de réalisation plus long, souvent découlant du starter, permettant un moment de concentration, d'expression et parfois d'introspection.

Un dernier temps a souvent été constitué par de l'écriture, un temps d'échange, une manière de clôturer la séance en s'exprimant et en prenant conscience du chemin qu'emprunte la patiente. Cela se termine par une auto-évaluation. Les séances ont duré de 1h30 à 2h. Celles en post-partum ont duré de 1h00 à 2h00, selon la disponibilité de la patiente.

Evaluations : Chaque patiente auto évalue sa charge mentale* en début de séance, ce qui permet également d'amorcer le dialogue sur les événements marquants qui auraient pu avoir lieu depuis la séance précédente. Chacune auto-évalue de nouveau son bien-être et son contentement en fin de séance. Cela permet une meilleure connaissance de soi, une prise de conscience au fur et à mesure de l'avancée en art-thérapie. Les observations ont permis de remplir les grilles réalisées à partir des items précédemment exposés. Un bilan intermédiaire a été fait au milieu du suivi. Cela s'est fait en post partum pour une patiente. La Sage-femme qui assure le suivi de grossesse, s'est assurée de l'état des patientes en lien avec les séances d'art-thérapie, parfois en cabinet ou parfois en séances de préparation à l'accouchement qui étaient réalisées en parallèle. Un bilan final est fait, suite à la dernière séance proposée avec la patiente,

afin de visualiser les objectifs atteints et le chemin réalisé. Cela permet à la patiente de prendre conscience de son implication dans son évolution personnelle.

B/ Méthodes

Le suivi de 4 patientes s'est effectué. Un suivi a été décrit dans le rapport de stage et 2 seront présentés dans cet écrit. Compte tenu des exigences rédactionnelles du mémoire, **toutes les séances ne peuvent être présentées dans cet écrit**. Nous allons en détailler quelques-unes sur les 11 effectuées pour Mme M et 11 pour Mme V.

B.1. Etudes de cas de Mme M

Présentation de la patiente : Mme M est née le 07/05/1991. Elle a débuté son suivi avec la sage-femme vers 3 mois de grossesse, dans le but d'y faire son suivi gestationnel. Lors de notre rencontre, elle débute son 8^{ème} mois de grossesse. Elle verbalise avoir des difficultés à gérer ses émotions, avoir des peurs, vouloir « *libérer ma tête* ». Elle souhaite prendre du temps pour elle et angoisse beaucoup « *l'après grossesse* ». Elle a peur de la mort subite du nourrisson. Son projet de naissance est d'allaiter et repousser le plus possible la péridurale. Elle a été auxiliaire de vie, puis directrice adjointe de centre de vacances. Actuellement au chômage, elle souhaiterait travailler en tant que formatrice dans l'aide à la personne. Son compagnon est entraîneur de handball. Elle dit qu'ils sont un « *bon couple-duo* » : elle est la « *tempête* » et lui « *le calme* ». Ils ont un projet de mariage et Mme M aimerait avoir une famille nombreuse.

Déroulement et contexte de grossesse : Mme décrit l'annonce de la grossesse, comme un moment très beau, en ajoutant que c'est la seule fois qu'elle a pleuré. Il s'agit d'un premier enfant. Mme dit que c'est une grossesse facile et ressent quelques contractions* depuis peu. Elle n'a pas peur de l'accouchement, mais dit ressentir de la colère et ne sait pas pourquoi : elle prend les choses à cœur. C'est une grossesse très attendue (3 ans). Mme M était à 6 mois de réaliser une Sleeve* quand sa grossesse s'est déclarée. Elle laissait faire les choses et accueillerait soit l'opération soit l'enfant. C'est l'enfant qui est arrivé en premier. Son regard sur son corps est difficile. Elle aimerait que « *son corps se repose* » après la naissance et avant l'opération.

Anamnèse : Mme M a fait une dépression de quelques mois, à cause de la vision qu'elle a sur son corps. Cela a été révélé il y a 2 ans, quand elle a été suivie par un psychiatre durant un parcours Sleeve*. Elle se définit comme une personne qui pense beaucoup. Elle est soutenue

par son compagnon. Mme ressent des pulsions, qui la poussent à manger. Elle travaille actuellement sur la colère avec un ostéopathe. Mme ne prend pas de traitement.

Biographie : Son père a eu un accident de ski en 2001 qui l'a laissé paraplégique. Elle a commencé à manger de manière compulsive et pulsionnelle à ce moment-là. Il y a 13 ans, Mme M a vécu une relation « *toxique* » qui a duré deux ans. Elle est avec son compagnon actuel depuis 10 ans. Elle a subi une IVG* au début de sa relation avec lui, il y environ 8 ans. Le couple n'avait pas de situations stables, même si elle était certaine que c'était lui « *la bonne personne* ». Elle a ressenti de l'ambiguïté, car elle voulait garder l'enfant malgré tout et avait la sensation de faire un « *caprice* ». Elle a avorté sous médicament et n'a pas eu de suivi psychologique. Elle dit avoir besoin d'être rassurée tout le temps.

Connaissance d'elle-même : Elle se décrit empathique voire trop exigeante envers elle-même, mais rassurante envers les autres, altruiste, à l'écoute. Mme dit s'insérer facilement dans un groupe et s'ouvrir aux autres, mais ne pas avoir confiance en elle. Mme M apprécie les domaines suivants : télévision, couture, collage, aquarelle, chant, lecture, jeux vidéo, époque médiévale, écriture et est fan d'Harry Potter.

Objectifs thérapeutiques : Mme M aimerait répartir les séances, soit 5/6 avant la naissance, en groupe et 5/6 après l'accouchement en individuel. L'objectif thérapeutique général est d'**éviter la dépression post-partum**. Les objectifs secondaires ont été décrits dans le 2/ chapitre A de cette partie.

Les Séances

Séance numéro 1 non décrite en Groupe de 3 Patientes enceintes, semi-dirigée pour rassurer
Objectif secondaire : diminuer l'anxiété, lâcher prise
Objectifs de séance : vivre l'instant présent vécu en séance. Travailler la cohésion de groupe et la communication. Retrouver une sensation de bien-être avec l'activité artistique, travailler sur la concentration pour éviter les idées parasites.
Technique : bulles de savon et encres, carnet de grossesse, écriture
Observations / Réajustement : cohésion naissante entre les patientes. Mme M exprime que son carnet est « <i>trop beau, avec de la récup' en plus</i> ». Au moment du jeu d'écriture, elle écrit les mots Douceur et Bonheur. En voyant une autre patiente avoir écrit « <i>interrogations</i> » elle s'exprime : « <i>Ah tu as osé... moi je voulais mettre peurs</i> ». La prochaine séance devrait permettre de s'exprimer tout en continuant à diminuer l'anxiété.
Séance numéro 2 en Groupe de 3 Patientes enceintes, semi-dirigée, avec des moments « libres »
Objectif secondaire : diminuer l'anxiété, lâcher prise, se connaître et identifier ses émotions

Objectifs de séance : vivre l'instant présent vécu en séance. Retrouver une sensation agréable avec l'activité artistique. Travail sur la concentration pour éviter les idées parasites et la communication. Se connaître. Partir de la fin de la séance précédente, sur l'expression des émotions /sentiments avec la chanson de Linda Lemay qui parle de ce sujet.

Déroulement de la séance :

Début : écoute de la chanson de Linda Lemay : « *Je voudrais voir ton visage* », Album signature. Laisser le crayon danser sur la musique et choisir des crayons colorés au fur et à mesure des émotions ou sentiments ressentis. Nommer ces émotions/sentiments associés aux couleurs. Chaque patiente précise l'émotion/sentiment qu'elle aimerait ressentir durant sa grossesse et la couleur qu'elle y associe.

Musique : Harry Potter theme song - L'étrange Noël de Monsieur Jack, bienvenue à Halloween - Agnès Obel, Familiar, puis The curse - Julien Doré, Nous – Alice in wonderland – Harry potter Ambient Music

Milieu : Découper l'échographie, et la placer au milieu d'une feuille. La colorer, l'orner ou la prolonger de la couleur symbolisant l'émotion/ sentiment à atteindre. Inscrire des mots, en lien avec l'émotion/ sentiment (Technique du mandala*).

Fin : Texte impulsif et lecture au groupe sur son ressenti général. Possibilité de l'inscrire dans le carnet de grossesse.

Observations / Réajustement : Mme M se met sur un ballon de grossesse*. Durant la danse du crayon, elle commence avec un crayon bleu clair, fait des courbes et change de crayon pour un bleu foncé, car elle a ressenti « *la même peur que la chanteuse* ». Elle aimerait atteindre le lâcher prise, comme sentiment, car elle dit que c'est de plus en plus dur en fin de grossesse. Son gynécologue aimerait qu'elle accouche plus tôt, car son bébé est estimé à plus de 4 kg à terme. Elle choisit le bleu pour l'associer au lâcher prise. Mme M dit avoir voulu réaliser un bouclier pour son bébé. Lors du texte impulsif, elle dit : « *je me découvre perfectionniste, je croyais être cool* ».

Séance numéro 3 en Groupe de 3 Patientes enceintes

Objectif secondaire : renforcer la sécurité émotionnelle, accepter la transformation du corps.

Objectifs de séance : se mouvoir, expérimenter les percussions, communiquer, faire des choix seules et en groupe. Vivre l'instant présent, retrouver une sensation agréable avec l'activité artistique.

Déroulement de la séance :

Début : Ecoute et visionnage du clip de Florent Pagny « *Savoir aimer* ». Chaque patiente crée une liste de mots (10) qui s'inspire de la chanson. Ensuite, elles créent une liste complémentaire qui rime avec la première liste de mots. Lecture au groupe.

Milieu : Chaque patiente réunie une partie ou la totalité des mots de la liste pour en faire un texte, poème. Lecture au groupe. Ensuite elles ont le choix : Réaliser une gestuelle sur leur texte personnel (façon langue des signes inventée) ou remodeler leur texte en prenant des phrases de chaque patiente et réaliser une gestuelle (façon langue des signes inventée) mais de manière commune.

Fin : Représentation commune au sein du groupe. Accompagnement au tongue drum* possible (nous le nommerons drum par la suite).

Observations / Réajustement : Mme M dit n'avoir jamais écrit de poèmes, même si elle aime écrire. Elle prend un ballon de grossesse* et va s'asseoir dessus autour de la table. Elle souffle, soupire, puis prend son carnet de grossesse et y recopie son texte à l'intérieur. Elle dit qu'elle n'est pas très satisfaite de la fin. Les autres lui disent que c'est pourtant très élaboré. Les patientes choisissent en commun de se rassembler pour prendre quelques phrases de chaque texte. Mme M aime beaucoup le drum*. Une autre patiente l'incite à en jouer pour la représentation finale de la séance. Les patientes expriment avoir aimé travailler en groupe en fin de séance. Le drum* a été très apprécié par sa sonorité douce et son côté instinctif. La prochaine séance va aborder un peu plus l'autodétermination* et l'assertivité*.

Séance numéro 4 non décrite en Groupe de 4 Patientes enceintes

Objectif secondaire : diminuer l'anxiété, améliorer l'estime de soi, appréhender le statut de parents

Objectifs de séance : travailler sur la concentration, l'expression, l'autodétermination* et l'assertivité*.

Technique : zentangle*, Kit olfactif, dessin, peinture, collage, présentation de la réalisation d'une autre patiente

Observations / Réajustement : Les patientes ont trouvé un peu déstabilisant qu'une autre personne présente leur réalisation, mais cela permet de confirmer l'objectif d'autodétermination* et d'assertivité* nécessaire dans un rôle de co-parent. Mme M pense accoucher très prochainement d'après ce que lui dit son obstétricien. Proposer la séance musicale de préparation à l'accouchement.

Séance numéro 5 en Groupe de 3 Patientes enceintes

Objectif secondaire : se préparer à l'accouchement

Objectifs de séance : associer le bien-être voulu à une musique écoutée et/ou jouée, détendre son corps et son esprit. La musique permet le relâchement du muscle pelvien, du bassin, des lombaires. C'est un analgésique qui agit sur les récepteurs sensoriels et permet ainsi de réduire le stress et la douleur.

Mme M arrive en retard ; les yeux tirés, fatiguée. Elle explique avoir réfléchi pour son faire-part et aimerait prendre un bout de son aquarelle de la séance précédente en photo, pour le réaliser.

Déroulement de la séance :

Début : Chaque patiente peut positionner les mains sur son ventre et observer les réactions de son bébé, respire profondément pendant quelques instants, écoute son propre cœur. Faire sonner le bol chantant, puis percussions au djembé* et au drum*.

Milieu : Ecoute de la Sonate en ré majeur de Mozart k 448, puis du Piano concerto de Mozart No21 k467. Fabrication d'un bâton de pluie.

Fin : Ecoute d'extrait de « puissantes musiques chamaniques pour la Trans » de Fabien Malgrand, de « Musique de guérison » de Ghislaine Mabata et de « Tambours de guérison africains ». Faire des sonorités vocales graves. Donner 2 mots pour résumer la séance.

Observations / Réajustement : Les patientes testent les instruments, et essaient de faire une réalisation commune. Mme M rapproche doucement le djembé de son ventre. Dit qu'« il bouge un peu, mais il sursaute pas, il doit aimer. » Elle est la dernière à choisir son tissu pour le bâton de pluie. Elle « se languit d'accoucher », ce qui étonne les 2 autres patientes. Elle a très peu peur de la douleur. Elle dit « je n'ai pas confiance en moi, mais pour ça, ça va. » Elle ajoute avoir des petits pics de stress. Proposer une séance permettant de prendre du recul sur cette fin de grossesse, afin d'y voir une transition vers le nouveau schéma familial.

Séance numéro 6 non décrite en Groupe de 3 Patientes enceintes

Objectif secondaire : prendre conscience de ses capacités et de son autonomie

Objectifs de séance : faire des choix et les assumer, s'autodéterminer et s'exprimer. L'autodérision va amener une prise de recul permettant de visionner le chemin parcouru et d'aborder l'accouchement plus sereinement.

Technique : écriture, création d'une affiche publicitaire sur la grossesse en intégrant une photographie du couple si souhaité, slogan, lettre à son enfant

Observations / Réajustement : Discussion entre les patientes car c'était la dernière séance en groupe avant leur accouchement. « Ça fait bizarre » dit Mme M. Proposition de faire une séance individuelle ou couple de belly painting*, afin de terminer le processus de projection, de lien à son enfant et de revaloriser le corps par l'ornement. Mme M va accoucher avant cette séance.

Séance numéro 7 avec la patiente, son compagnon et son bébé, à domicile

Objectif secondaire : se connaître, évacuer les émotions de l'accouchement

Objectifs de séance : identifier un ou plusieurs événements. Faire des choix, les assumer, communiquer et exprimer son ressenti.

Déroulement de la séance :

Musique : « on écrit sur les murs » des Kids United

Début : écoute de cette chanson dans le but de déclencher la projection et favoriser l'envie de s'exprimer à travers l'art.

Milieu : un morceau de tapisserie plié en trois parties inégales, représente hier, maintenant et demain. Hier représente la plus petite partie et ce dont la patiente veut se défaire. La partie du milieu représente aujourd'hui et la plus grande partie représentant demain, correspond à ce que Mme M se souhaite de bien pour son futur. Peuvent être utilisés : dessin, peinture, écriture, collage.

Observations / Réajustement : Mme a accouché d'un petit garçon. C'est elle qui dit être prête pour continuer le suivi art-thérapeutique. Nous décidons de poursuivre à son domicile. Quand nous arrivons, elle allaite et le papa est présent. Elle explique ne pas avoir eu l'accouchement qu'elle avait imaginé : elle a demandé la péridurale assez rapidement et a un souvenir flou de certains moments. Elle se souvient avoir « hurlé » quand son bébé est né, car il avait le cordon autour du cou. Elle verbalise qu'ils étaient tous les 3 « dans leur bulle ». Puis de nouveau une agitation car Mme M a fait une petite hémorragie à la suite d'une déchirure interne. Son bébé a du muguet et fait des coliques, mais elle ajoute être « tombée amoureuse » et avoir « du mal à le quitter des yeux ». Elle termine en disant « on se languit qu'il grandisse, c'est une période dure. » Le compagnon de Mme M emmène le bébé dans leur chambre, pour qu'elle puisse réaliser la séance. Mme M n'attend pas que la chanson soit terminée pour commencer. Elle préfère inscrire des mots dans chaque partie. Elle se retourne de temps en temps pour écouter et savoir si son enfant dort ou pleure. Elle n'est pas concentrée, s'arrête, écoute. Très rapidement elle dit avoir terminé et se précipite dans la chambre pour voir si tout se passe bien. Elle dit vouloir continuer les séances, car elle a besoin de prendre le temps pour elle. Elle a collé des photographies dans son carnet de grossesse. Elle a particulièrement apprécié l'aquarelle et les zentangles* dans les séances précédentes. Mme M était indisponible dû fait de son nouveau statut de « mère » et a réalisé ce qu'elle a pu, très vite. Inclure le compagnon, si présent la prochaine fois.

Séance numéro 8 avec la patiente, son compagnon et son bébé à domicile

Objectif secondaire : appréhender le statut de parent, en se liant d'attachement avec son bébé

Objectifs de séance : donner une identité à son bébé, afin de lui donner une identité différente de la patiente, permettant qu'elle se positionne parent. Diminuer l'anxiété à travers la concentration. Visualiser qu'elle peut compter sur son compagnon

Déroulement de la séance :

Début : Créer un acrostiche* avec le prénom de son enfant (Mots ou petites phrases). Son compagnon peut également créer le sien.

Milieu : Recopier l'acrostiche* et l'orne façon calligraphie, enluminure, après visionnage de modèles.

Observations / Réajustement : Mme M est en pyjama, fatiguée, elle dit avoir perdu beaucoup de poids et mettre une alarme pour penser à manger. Elle veut continuer à allaiter, car son accouchement ne s'est pas passé comme elle aurait souhaité. Que si elle arrêta, elle le vivrait comme un échec. Son compagnon est présent et porte l'enfant. Nous proposons qu'il reste là, afin que Mme M soit plus détendue. Elle dit ne pas aimer être seule avec son enfant. Pour la constitution de l'acrostiche*, Mme M donne des mots, puis son compagnon en donne d'autres, sur le ton de l'humour et en rapport avec la nuit précédente. Mme M feuillette un magazine de calligraphie proposant différentes écritures et en choisit une, différente de celle que préfère son compagnon. Elle fait téter son bébé, pendant que son compagnon écrit à son tour les lettres en calligraphie. Il propose à Mme M de les réaliser en bois pour décorer la porte de la chambre de leur fils. Mme M veut les refaire dans le carnet de grossesse. Elle poursuit ensuite en mettant un peu de feuille d'or. Le couple a réalisé l'activité ensemble, ce qui leur a beaucoup plu. Ils étaient disponibles également pour leur bébé. Mme M dit être contente que la séance ne tourne pas autour de son bébé et que son compagnon ait participé. Trouver un moyen égal pour la prochaine séance.

Séance numéro 9 non décrite avec la patiente, son compagnon et son bébé, à domicile

Objectif secondaire : vivre un nouveau schéma familial

Objectifs de séance : prendre du plaisir à créer et y trouver un sens esthétique. Diminuer l'anxiété

Technique : écoute musicale d'une chanson de Grand Corps Malade qui s'intitule « Définitivement ». Ecriture en couple sur le thème : si le prénom de mon enfant était dans le dictionnaire. Ornement du texte façon mandala*, zentangle*, enluminure

Observations / Réajustement : Ce moyen fonctionne d'intégrer son compagnon de manière ponctuelle. « On est fort tous les deux » dit-elle lors de l'écriture du texte. Essayer, lors de la prochaine séance, que Mme M soit seule à participer, afin qu'elle prenne conscience

et confiance en ses capacités : l'inciter à terminer sa réalisation, sans la « bâcler », quel que soit le temps passé. Nous arrivons à la fin du prévisionnel des séances. Elle verbalise : « *j'avais oublié à quel point ça fait du bien de gribouiller, de créer.* »

Séance numéro 10 et 11 avec la patiente, son compagnon et son bébé, à domicile

Objectif secondaire : revaloriser l'estime de soi, se connaître

Objectifs de séance : faire des choix, se reconnaître dans une esthétique artistique, essayer la sérendipité

Déroulement de la séance :

Début : Donner des mots en lien avec la famille et écrire un texte de plus en plus long avec ces mots, sur le thème « ma famille et moi ».

Milieu : Intégrer le texte ou juste s'en inspirer, dans la réalisation à l'aquarelle d'un arbre de vie* : représentation artistique symbolisant la force de la vie et ses origines, ses racines. Cette représentation est associée à la protection et à la transmission en prenant la forme d'un arbre. **Séance 11 :** Suite et fin de la réalisation

Observations / Réajustement : Mme est habillée. Son bébé et son compagnon dorment. Elle semble disponible. Elle dit avoir été chez l'ostéopathe car son fils a un petit torticolis. Elle montre le bâton de pluie confectionné avant la naissance et dit l'utiliser pour lui faire tourner la tête. « *Il adore* ». Elle a introduit le lait en poudre, pour se libérer un peu et régulariser les tétées. Elle culpabilisait, mais se sentait débordée. Elle écrit un texte, dans une forme de maison. Elle hésite entre « *faire quelque chose de rapide ou plus difficile* », mais qui lui plaît davantage. Elle prend finalement la deuxième option. Pendant le séchage, Mme fait un essai avec l'autre technique d'aquarelle avec laquelle elle avait hésité. Elle dit « *ça fait longtemps que je voulais tester, mais je le fais jamais* ». **Séance 11 :** Mme chante pour calmer son bébé. Son compagnon lui donne deux conseils pour réaliser l'arbre. Elle suit son premier conseil, mais pas l'autre. Le couple aimerait faire un arbre en bois, dans la chambre de leur fils, en collant le type de réalisation que vient de faire Mme, pour confectionner un arbre généalogique. Mme M dit ne pas avoir intégré le texte, mais pense le faire ultérieurement, avec un tour en aquarelle. A l'évaluation finale Mme M dira : « *ça me fait faire ce que je ne fais pas seule. Je suis fière de moi. J'ai fait ce que j'aime.* »

B.2. Etudes de cas de Mme V

Présentation de la patiente : Mme V est née le 14/08/1989. Son premier rendez-vous avec la sage-femme a eu lieu à 2 mois ½ de grossesse, dans le but d'y effectuer son suivi qu'elle voulait en accord avec ses valeurs, plus personnalisé. Lors de l'entretien, Mme V est à 22 semaines d'aménorrhée. Elle souhaiterait se préparer à la parentalité sereinement et inclure son compagnon au maximum, loin de tout stress. Mme a peur de ne pas avoir assez d'énergie pour son bébé et culpabilise. Elle est formatrice pour adultes à distance, dans la bureautique. Madame est en train de demander une rupture conventionnelle dans le but d'être à son compte.

Déroulement et contexte de grossesse : il s'agit d'une première grossesse. Malgré son endométriose*, Mme dit ne pas avoir mis trop de temps à être enceinte, soit environ 3 mois. C'est un bébé très désiré, elle se sent « *récompensée par la vie* ». Son désir d'enfant est venu un peu avant la rencontre avec son compagnon. Elle ne souhaitait pas avoir d'enfants

auparavant. Puis, c'était une « évidence » en le rencontrant, elle voulait « *un petit bout de lui* ». Elle dit avoir pris du ventre tout de suite et le vit difficilement.

Anamnèse : La patiente est atteinte d'endométriose* et en a connaissance depuis juste un an. Mme V est souvent anxieuse. Elle n'a pas de traitement. Elle a des douleurs, mais préfère les gérer seule.

Traitement survenu en cours de grossesse : Ferritine. D'après le Vidal, le Fer peut provoquer des douleurs abdominales, une constipation ou une diarrhée, des nausées ou des vomissements.

Biographie : Mme V a vécu des évènements douloureux : elle a été suivie par un comportementaliste et de manière régulière. Cela l'a beaucoup aidé. Ses parents ont divorcé quand elle était bébé. C'est son père qui a obtenu sa garde. Très vite, il s'est remis en couple avec une femme qui avait déjà 2 enfants. Elle décrit un père violent, militaire de carrière. Mme dit avoir été violée par son demi-frère dans son enfance. Suite à ces évènements, elle a été placée chez sa mère jusqu'à 13 ans. Ça ne se passait pas bien, donc elle a été placée en foyer de ses 13 à 14 ans. Elle trouvait le foyer « horrible » et dit l'avoir mis en échec pour en sortir rapidement et est retournée vivre chez son père jusqu'à ses 16 ans. Il n'y avait plus de viol, mais toujours un climat violent. Elle a demandé à partir et a récupéré des dommages et intérêts. L'Aide Sociale à l'Enfance lui a proposé un foyer d'autonomie et elle a effectué des études de commerce. Elle dit avoir subi ses études, car elle aurait aimé faire des études d'art. A 18 ans, Mme V a voulu reprendre contact avec son père. C'était de nouveau compliqué : nouvelle rupture familiale. Depuis juin 2022, elle a repris contact avec lui, car elle veut qu'il soit « *un papy* ». Au moindre problème, elle cessera tout contact. Elle a toujours gardé des liens avec sa mère, même si elle a su prendre ses distances, car les rôles étaient inversés. Mme V dit avoir « *survécu* » jusqu'à la rencontre avec son conjoint, un homme de 35 ans, Ingénieur calculateur en bâtiment. Auparavant, elle avait peur d'être seule, de l'abandon, du rejet, elle rencontrait les mauvaises personnes. Mme est en couple depuis 2 ans, et aujourd'hui pacsée. Elle est enceinte d'un garçon et est heureuse, car elle avait « *peur* » d'avoir une fille.

Connaissance d'elle-même : Mme V se décrit ouverte, sociable et endurante. Mme s'insère facilement dans un groupe, aime le partage. Elle souhaite que sa micro entreprise fonctionne et aimerait travailler à mi-temps pour se dégager du temps avec son bébé. Elle a un

désir de mariage. Elle aime faire des travaux dans sa maison, adore la décoration. Elle crée des jeux dans le cadre de son travail et se définit comme créative. Mme V aime beaucoup le dessin, le collage et la peinture. Elle lit, mais n'écrit plus depuis son adolescence. Elle a fait de la danse contemporaine, mais ne danse plus. Mme V a pris des cours de chant et fait du piano. En musique, elle aime le sens des paroles, les musiques qui créent une émotion et Julien Doré.

Objectifs thérapeutiques : Mme V aimerait « *Redécouvrir ou découvrir une activité qui m'apporte du bien. Le mettre en place dans ma vie quotidienne. Être moins anxieuse.* » Nous avons déterminé l'objectif thérapeutique général qui est de **se préparer sereinement à la naissance et à la parentalité**. Les objectifs secondaires ont été décrits dans le 2/ chapitre A de cette partie. Les séances débiteront en groupe, puis de manière individuelle. Nous proposerons d'inclure son compagnon sur une séance si possible, mais il sera nécessaire de permettre à Mme V de prendre conscience de ses capacités seule : 10 Séances avant l'accouchement sont prévues.

Les séances :

Séance numéro 1 avec la patiente à domicile, Semi-dirigée pour rassurer
<p>Objectif secondaire : diminuer l'anxiété, lâcher prise</p> <p>Objectifs de séance : vivre l'instant présent vécu en séance. Communiquer. Retrouver une sensation de bien-être avec l'activité artistique, travailler sur la concentration pour éviter les idées parasites. Entrer doucement dans une séance qui ne soit pas trop personnelle. Créer de l'émerveillement avec les bulles de savons, du lâcher prise et impulser la création. Le bricolage va permettre la concentration. La fin de séance est un travail plus personnel. Le carnet de grossesse va créer un fil conducteur.</p>
<p>Déroulement de la séance :</p> <p><i>Musique</i> (pour intensifier l'effet « magique et inattendu ») : Harry Potter theme song - L'étrange Noël de Monsieur Jack, bienvenue à Halloween - Agnès Obel, Familiar, The curse - Julien Doré, Nous – Alice in wonderland – Harry potter Ambient Music</p> <p>Début : Des encres sont introduites dans un petit appareil pour souffler les bulles de savon. La patiente prend une feuille A3* qu'elle dispose au centre de la table. Elle est libre de choisir une couleur ou plusieurs et de laisser faire les bulles de savon.</p> <p>Milieu : Confection d'un carnet de grossesse, avec de vieux calendriers que la patiente va customiser avec du tissu et des feuilles A3* pliées en deux, puis cousues. La feuille du début de séance est ensuite collée sur l'intérieur de la couverture et de la dernière page.</p> <p>Fin : La Patiente donne 4 mots relatifs à sa grossesse et les inscrit sur un post-it, puis réalise un petit texte de quelques lignes en insérant quelques mots de la liste. Ce petit texte sera (si souhaité), inséré dans une enveloppe, collée à l'intérieur de la couverture du carnet de grossesse après lecture. Libre à elle d'y mettre autre chose.</p>
<p>Observations / Réajustement : Mme V appelle quelques heures avant la 1^{ère} séance prévue en groupe. Elle est fortement anémiée et doit être perfusée, car son taux de fer est trop bas. Elle sera arrêtée jusqu'à la fin de sa grossesse, mais dit vouloir faire les séances. Nous lui proposons de nous déplacer à son domicile lorsqu'elle ira mieux. Finalement, elle ne s'est pas fait perfuser, car son taux d'hémoglobine était à la limite de l'acceptable. Elle dit être fatiguée et précise qu'elle fumait avant sa grossesse, qu'elle aura sûrement envie de vapoter. Mme V ne fait pas de mélanges avec les encres, elle prend celles déjà faites. Pendant la réalisation, elle dit ne « <i>pas être douée en bulles de savon</i> ». A la fin de cette étape, Mme V se met à pleurer et s'excuse. Elle dit ne plus dormir avec son compagnon pour ne pas le réveiller. Elle ajoute que sa grossesse ne se passe pas comme elle pensait et ne la vit pas très bien. Elle a mal sous la</p>

<p>poitrine, angoisse... Elle ajoute fumer encore 3 cigarettes par jour et culpabilise. Nous lui proposons de prendre 5 minutes de pause. Elle accepte et sort fumer. En revenant elle dit « <i>je ne pensais pas pleurer avec des bulles de savon.</i> » Lors de la réalisation du carnet de grossesse, elle dit être en train de négocier une rupture conventionnelle et angoisser. Ensuite, elle rentre complètement dans l'activité. Elle hésite un peu pour le choix du tissu et suit le patron pour le découper. Elle décide de glisser directement son texte dans l'enveloppe. La patiente a pu s'exprimer librement sur ses angoisses quotidiennes. Le lâcher prise avec les bulles de savon a fonctionné, ainsi que la concentration avec la réalisation du carnet de grossesse. Nous utiliserons la chanson de Grand Corps Malade pour la prochaine séance, car Mme voulait inclure son compagnon dans sa grossesse et les paroles sont celles d'un homme.</p>
<p align="center">Séance numéro 2 non décrite avec la patiente à domicile, semi-dirigée, avec des moments « libres »</p>
<p>Objectif secondaire : diminuer l'anxiété, lâcher prise, identifier ses émotions</p> <p>Objectifs de séance : vivre l'instant présent vécu en séance. Exprimer et identifier ses émotions. Retrouver une sensation agréable avec l'activité artistique. Travail sur la concentration et la communication. Se connaître.</p>
<p>Technique : écoute musicale (« <i>Définitivement</i> », de Grand Corps Malade), danse du crayon, choix de couleurs, identifier le sentiment ressenti. Choisir l'émotion à atteindre et l'associer à une couleur. Echographie/Mandala*. Ecriture d'un texte impulsif.</p>
<p>Observations / Réajustement : Mme V était souriante, dit aller mieux et que la dernière séance lui a fait beaucoup de bien : elle a discuté avec son compagnon, longtemps et cela l'a soulagé. Il a compris et écouté ses angoisses. Elle a identifié sa douleur sous la poitrine. Mme V a demandé à la sage-femme de changer le complément de Fer en comprimés, par du sirop : sa douleur a disparu. Elle ajoute avoir totalement arrêté la cigarette et vapoter encore un peu.</p>
<p align="center">Séance numéro 3 non décrite en Groupe de 3 Patientes enceintes (Mme V intègre le groupe)</p>
<p>Objectif secondaire : renforcer la sécurité émotionnelle, accepter la transformation du corps.</p> <p>Objectifs de séance : se mouvoir, expérimenter les percussions, communiquer, faire des choix seule et en groupe. Vivre l'instant présent, retrouver une sensation agréable avec l'activité artistique.</p>
<p>Technique : écoute et visionnage d'un clip musical, écriture, gestuelle, musique intuitive</p>
<p>Observations / Réajustement : Mme V verbalise être contente d'avoir réalisé un texte positif, alors qu'au départ elle ne voulait pas d'enfant. Chaque patiente exprime avoir aimé travailler en groupe et fin de séance. Le drum* a été très apprécié par sa sonorité douce et son côté instinctif. Poursuivre en groupe à la prochaine séance. Mme verbalise : « <i>on s'est bien débrouillée en commun</i> ».</p>
<p align="center">Séance numéro 4 non décrite en Groupe de 4 Patientes enceintes</p>
<p>Objectif secondaire : diminuer l'anxiété, améliorer l'estime de soi, appréhender le statut de parents</p> <p>Objectifs de séance : travailler la concentration, l'expression, l'autodétermination* et l'assertivité*.</p>
<p>Technique : zentangle*, kit olfactif, dessin, peinture, collage, présentation de la réalisation d'une autre patiente</p>
<p>Observations / Réajustement : Mme V présente la réalisation d'une autre patiente en fin de séance, et y met sa propre vision des choses (parle de travaux, de chambre de bébé). Elle dit ensuite que « <i>ça fait bizarre</i> », lorsqu'une autre présente sa réalisation. Elle dit avoir eu des difficultés à se concentrer car elle se sent fatiguée. Mme V n'étant pas au même terme de grossesse que les autres patientes, et n'ayant pas les mêmes objectifs, le reste des séances se feront en individuel à son domicile.</p>
<p align="center">Séance numéro 5 avec la patiente, à domicile</p>
<p>Objectif secondaire : se connaître, identifier et évacuer des événements traumatiques</p> <p>Objectifs de séance : identifier un ou plusieurs événements. Faire des choix et les assumer, communiquer et exprimer son ressenti.</p>
<p>Déroulement de la séance :</p> <p>Musique : « <i>on écrit sur les murs</i> » des Kids United.</p>

<p>Début : Ecoute de cette chanson, dans le but de déclencher la projection et favoriser l'envie de s'exprimer à travers l'art.</p> <p>Milieu : Un morceau de tapisserie plié en trois parties inégales, représente hier, maintenant et demain. Hier représente la plus petite partie. Il est demandé à la patiente d'y mettre ce dont elle veut se défaire. La partie du milieu représente aujourd'hui et la plus grande partie représentant demain, correspond à ce que Mme V se souhaite de bien pour son futur. Peuvent être utilisés le dessin, la peinture, l'écriture, le collage.</p>
<p>Observations / Réajustement : Nous avons échangé avec la sage-femme, avant la 5^{ème} séance. Mme V est de nouveau très fatiguée. La sage-femme confirme trouver que « <i>son état se dégrade</i> ». Mme V écrit sa partie passée, elle lui donne un titre. Elle est concentrée, en introspection, vapote et semble nerveuse, souffle. Une fois terminée, elle replie la feuille pour la cacher et continue les autres parties. Elle dit s'être rendu-compte qu'elle était violente dans ses propos sur le « <i>passé</i> », qu'elle était « <i>sévère</i> », mais qu'elle pense ce qu'elle a écrit. Elle explique avoir oublié des choses (comme des écoles où elle a été), qui reviennent par moments. Sur le présent, elle a inscrit des mots positifs et négatifs et a commencé à se sentir mieux à cette étape de la séance. Visualiser l'avenir lui a fait beaucoup de bien. Nous terminerons ce travail sur le passé à la prochaine séance et nous détruirons tout ou une partie de cette réalisation. Mme V préfère que nous emmenions sa réalisation, afin « <i>que personne ne tombe dessus</i> ». Elle parle de son accouchement et elle aimerait avoir de la musique, de la lumière tamisée et faire sans péridurale.</p>
<p>Séance numéro 6 avec la patiente à domicile</p>
<p>Objectif secondaire : surmonter un traumatisme, améliorer l'estime de soi</p> <p>Objectifs de séance : se libérer d'un évènement, exprimer son ressenti, entrer en catharsis* avec son œuvre pour amorcer la prise de conscience.</p>
<p>Déroulement de la séance :</p> <p>Début : Lecture du texte « passé » de la frise précédente</p> <p>Milieu : Réalisation en argile de ce qui symbolise les traumatismes du passé. Puis, destruction de la réalisation en argile et de la partie « passé » de la séance précédente.</p> <p>Fin : Ecriture d'un texte sur la renaissance et lecture. A partir de la terre détruite, refaire une réalisation sur la renaissance.</p> <p>Observations / Réajustement : Lors de la lecture de sa partie « passé », Mme V nous dit « <i>Et encore j'ai pas tout mis</i> ». Nous l'incitons à tout symboliser dans l'argile. Elle allonge la pâte et l'entortille sur elle-même : elle dit « <i>j'ai fait une crotte, parce que j'ai vraiment eu un passé de merde, ça m'est venu tout de suite, sans réfléchir.</i> » Lors de la destruction, elle décide de désintégrer sa réalisation en argile et de refaire un bloc pour lui redonner sa « <i>forme initiale</i> ». Elle découpe sa partie « passé » de la séance précédente et décide de la brûler dans la cheminée et la regarde s'enflammer jusqu'à la consommation totale. Elle trouve les braises jolies et soupire en disant « <i>voilà</i> ». Pour l'écriture du texte sur la renaissance, elle dit aimer ce mot, car il englobe le mot « naissance ». A partir du même bloc d'argile, Mme V réalise un cœur à plat, inscrit les initiales de son conjoint avec les siennes et celles de son bébé à naître en y apposant le symbole = 1. Elle fait beaucoup de rêves à cause de sa relation conflictuelle avec sa famille, puis parle de sa « <i>belle famille</i> » avec qui tout se passe bien. Le prénom de son enfant sera celui du grand-père de son conjoint. Elle aimerait acheter un tableau arbre de vie* pour la chambre de son enfant. Proposer une séance autour de l'arbre de vie*.</p>
<p>Séance numéro 7 non décrite avec la patiente à domicile</p>
<p>Objectif secondaire : se connaître (limites et perception de soi), renforcer l'estime de soi.</p> <p>Objectifs de séance : faire des choix et les assumer, travailler l'autodétermination*.</p>
<p>Technique : musique passive, écriture : acrostiche* du prénom de son enfant, puis texte avec mot de l'acrostiche* sur la transmission à son bébé en écrivant de plus en plus long. Intégration possible de ce texte dans un arbre de vie*.</p>

Observations / Réajustement : Mme V avait repoussé la séance, se sentant débordée, fatiguée, angoissée. Elle nous montre une échographie en 3 D « *il est beau, j'avais peur qu'il soit moche...* » Elle ne vapote plus pendant la séance. Elle réalise un arbre en y apposant ses empreintes et le continue le soir même avec son compagnon. Mme V parle de sa peur d'avoir une fille si elle devait avoir un deuxième enfant et se pose la question de parler de son passé à son fils un jour. Elle pense qu'elle doit le faire. A la fin de la séance elle dit se sentir bien et être « *super contente du résultat* ». Nous lui demandons ses souhaits pour les séances futures. Elle dit vouloir continuer à « *créer* » et « *s'exprimer* ». Qu'elle « *se sent mieux qu'au début* ».

Séance numéro 8 non décrite avec la patiente à domicile

Objectif secondaire : prendre conscience de ses capacités et de son autonomie

Objectifs de séance : faire des choix et les assumer, travailler l'autodétermination*, s'exprimer.

Technique : Ecriture, création d'une affiche publicitaire sur la grossesse, slogan, lettre à son enfant

Observations / Réajustement : Mme V ne touche pas à sa vapote de la séance. Continuer la projection vers son statut de parent

Séance numéro 9 avec la patiente à domicile

Objectif secondaire : se projeter dans un avenir positif

Objectifs de séance : vivre l'instant présent vécu en séance. Communiquer. Retrouver une sensation de bien-être avec l'activité artistique, travailler sur la concentration pour éviter les idées parasites. Faire appel à l'imaginaire.

Déroulement de la séance :

Début : Vous pouvez influencer votre avenir, quelles sont les 3 cartes que vous aimeriez voir retourner ?

Milieu : Créer et inventer 3 cartes de jeu pouvant prédire l'avenir. Inventer leur symbolique / signification.

Fin : Présentation / Lecture.

Observations / Réajustement : Mme V à mal au dos et a installé son ballon de grossesse* gonflable, sur lequel elle compte s'asseoir pour la séance. Elle pose sa vapote à côté d'elle, mais ne l'utilisera pas. Avant de réaliser les cartes, elle choisit des mots qu'elle aimerait voir inscrit sur les cartes : l'engagée, l'indomptable, la guérisseuse, puis invente leur définition. Mme V dessine 2 cercles qui s'entrecroisent dans le ventre d'une femme enceinte pour « l'Engagée », Un arbre pour illustrer la « Guérisseuse » en disant « *c'est la vie* », et enfin elle cherche un modèle de femme pour « l'Indomptable ». Mme V a écrit au-dessous des significations de ses cartes : « *Ces 3 cartes évoquent-elles ce qui va se passer ? ou ai-je les capacités non exploitées ?* Nous lui demandons ce qu'elle aimerait garder de sa grossesse. Elle répond « *les mouvements de mon bébé* » « *Quand je le sens bouger, c'est le seul truc positif* ». Mme V est invitée à choisir 2 ou 3 musiques/chansons, qui lui font du bien. Peut-être participation de son compagnon en séance 10.

Séance numéro 10 avec la patiente à domicile

Objectif secondaire : se préparer à l'accouchement, percevoir son corps

Objectifs de séance : associer le bien-être voulu à une musique écoutée et/ou jouée, détendre son corps et son esprit.

La musique et les sonorités graves permettent le relâchement du muscle pelvien, du bassin, des lombaires. C'est un analgésique qui agit sur les récepteurs sensoriels et permet ainsi de réduire le stress et la douleur.

Déroulement de la séance :

Début : La patiente place les mains sur son ventre, respire profondément, écoute son propre cœur. Utiliser le bol chantant, le bâton de pluie, les percussions (djembé* et drum*). Réalisation d'une cup song*en miroir.

Milieu : Visualiser des images de tableaux et sculptures représentant la périnatalité. Choisir une œuvre, dire l'émotion ressentie et l'associer à une musique de sa playlist, l'écouter. Expression corporelle dansée à partir d'une œuvre et l'émotion qu'elle inspire. (Son compagnon ne peut pas être présent. Il aurait pu peindre ou écrire ce qu'il voyait, puis deviner le tableau choisi en fin de séance).

Fin : Ecoute d'extrait de « *puissantes musiques chamaniques pour la Trans* » de Fabien Malgrand), de « *Musique de guérison* » de Ghislaine Mabata et de « *Tambours de guérison africains* » sur lesquelles, la patiente peut faire des sonorités graves.

Observations / Réajustement : Mme V observe les réactions de son bébé : il réagit un peu avec le bol chantant. Elle essaie à son tour, mais préfère que nous poursuivions. Nous enchainons avec le bâton de pluie. Son bébé réagit beaucoup. Elle prend le djembé* pour en jouer, puis le drum* et constate que son bébé bouge beaucoup « *il danse* ». Elle compte faire découvrir la cup song* à son conjoint. Nous visualisons des tableaux, sculptures sur le thème de la périnatalité : elle est de suite attirée par une œuvre de Gustav Klimt « *mère et enfant* », qu'elle associe à une chanson de sa playlist qu'elle met en fond sonore : « *c'est comme si ils s'étaient endormis après avoir dansé, on sent un poids de légèreté* ». Il n'y aura pas d'expression corporelle dansée, à cause de son mal de dos. Mme dit que dans l'idéal, elle aimerait faire ces derniers exercices de vocalises graves, accompagnés de la musique dans son bain, avant de partir à la maternité et mettre sa playlist, qu'elle compte étoffer, une fois arrivée à la maternité. Elle sait que cela se déroulera peut-être différemment, mais est satisfaite d'avoir fait des choix précis pour son accouchement. Proposition de faire une réalisation de son ventre en plâtre ou du belly painting*, afin de finaliser la projection, la communication avec son bébé et de terminer sur une esthétique qui lui correspondrait. Cela permettrait de visualiser son ventre autrement et de faire participer son compagnon.

Séance numéro 11 avec la patiente et son compagnon à domicile

Objectif secondaire : créer du lien avec son enfant à naître et le compagnon de Mme V, percevoir son corps, apaiser les angoisses de l'accouchement proche, percevoir son ventre comme vecteur de beauté (Mme a eu des difficultés de projection, des douleurs durant toute la grossesse et a mal vécu l'arrondissement de son ventre).

Objectifs de séance : vivre l'instant présent vécu en séance. Être à l'écoute de son corps et de son bébé : entrer en contact.

Déroulement de la séance :

Début : Des guirlandes diffusant une couleur rosée sont utilisées pour recréer ce que perçoit le futur bébé et entraîner un effet cocooning. Mise en place d'un diffuseur d'huiles essentielles citronnées pendant la préparation, comme référence à la séance 4.

Milieu : Création d'empreintes sur le ventre avec fond musical, réalisation d'un petit film souvenir et prise de photographies.

Fin : Assemblage du film et choix d'une photographie à encadrer.

Observations : Mme V voulait intégrer son compagnon et celui-ci participe. Avant la réalisation, Mme avait dit ses souhaits pour le déroulement de la séance (empreintes, musique, photographies et vidéo). Mme V s'est apprêtée et son compagnon s'occupe de peindre les pattes des animaux. Le couple choisit les couleurs voulues pour les empreintes. Nous assemblons les petites vidéos sur fond musical. Le couple choisit la photo à encadrer. Mme V ne montre aucun signe de fatigue ou de douleurs. Elle a totalement investi cette séance. La présence de son compagnon est un souhait qu'elle avait émis au commencement du suivi et qui s'est concrétisé. Elle verbalise être contente de terminer sa grossesse de cette manière, car elle n'a « *pas aimé être enceinte* ».

Partie III : Comment l'art-thérapie peut-elle être un outil d'évaluation en périnatalité

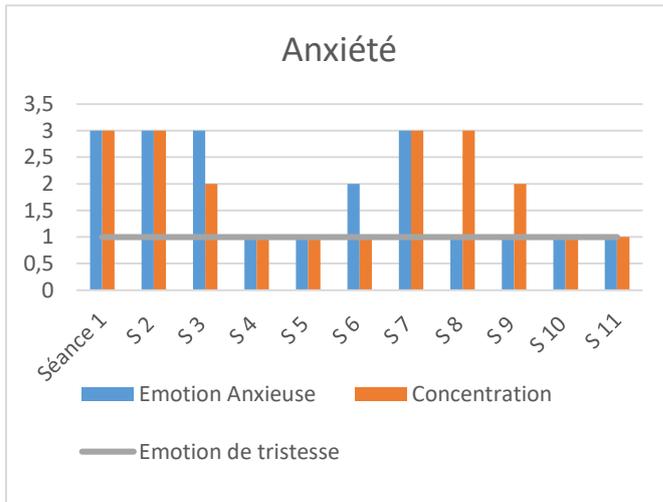
1/ Résultats de Mme M

A/ Grilles d'observation des séances

Les grilles d'observations figurent complétées en Annexe 2, page 72. Ces grilles ont été élaborées à partir des objectifs à atteindre, qui eux-mêmes, ont permis d'identifier des compétences à développer chez la patiente. Chaque compétence, fait référence à un item relevant le plus souvent d'échelles d'évaluations validées, comme décrites dans le 2/ A.1 de cette partie. Elles ont été complétées à l'issue de chaque séance.

B/ Synthèse de suivi art-thérapeutique

Ci-dessous un aperçu graphique et commenté des résultats thérapeutiques de Mme M. Nous constatons que l'anxiété a été constante, puis décroissante durant les 4 premières séances. La dernière séance avant l'accouchement de Mme M, l'anxiété est remontée. Elle fut très forte également après la naissance du fils de la patiente, avant de diminuer de nouveau. Nous constatons que l'auto évaluation représentant la charge mentale de la patiente suit les mêmes évolutions que son état d'anxiété. Par contre, elle n'a jamais montré de tristesse.



(Humeur anxieuse) Emotion anxieuse :

- 1/ L'individu semble d'humeur égale
- 2/ L'individu est agacé, tendu et possède un sentiment anxieux apparent, mais est capable de mener l'activité
- 3/ L'individu semble anxieux, tendu et arrête son activité par moment, puis s'y remet seul.
- 4/ L'individu est très anxieux et à besoin de l'aide de l'Art-thérapeute pour se remettre à l'activité.
- 5/ L'individu est submergé par son sentiment anxieux et ne peut mener à bien l'activité

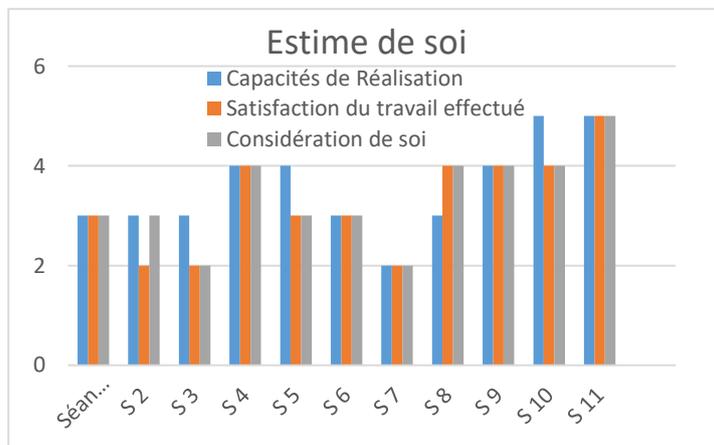
(Troubles de la concentration et de la mémoire) Concentration et mémoire :

- 1/ L'individu semble avoir des capacités de concentration certaines
- 2/ L'individu possède des difficultés de concentration (et mémoire), mais est capable de réaliser l'activité
- 3/ L'individu possède des problèmes de concentration, arrête l'activité, mais s'y remet seul.
- 4/ L'individu possède des difficultés de concentration et ne peut se concentrer sur l'activité, sans l'intervention de l'Art-thérapeute.
- 5/ L'individu verbalise des difficultés de concentration et de mémoire et ne peut mener à bien son activité.

(Humeur dépressive) Émotion de tristesse

- 1/ Absence
- 2/ L'individu paraît parfois triste, mais réalise l'activité entièrement
- 3/ L'individu paraît triste, mais réalise l'activité partiellement en s'y remet seul.
- 4/ L'individu est très triste et à besoin de l'aide de l'Art-thérapeute pour se remettre à l'activité.
- 5/ L'individu est atteint de tristesse l'empêchant de réaliser l'activité

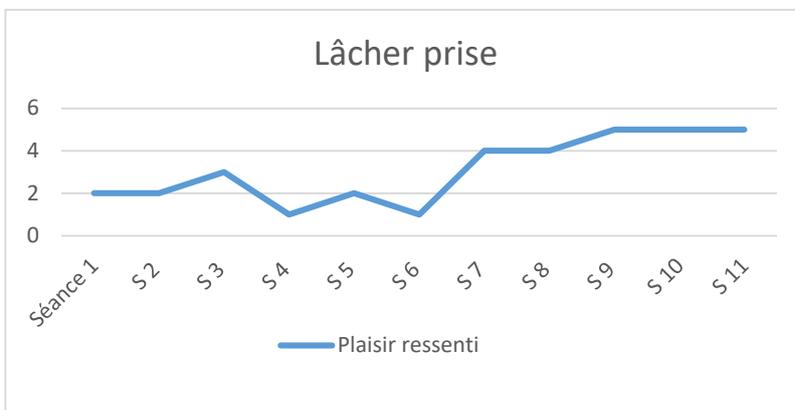
Nous remarquons que Mme M a développé son estime d'elle-même, au fur et à mesure du suivi. Elle semble avoir un peu baissé juste après son accouchement, puis est remontée de manière constante. Au cours des séances, Mme M a toujours fait preuve de communication avec les autres patientes, pour les séances de groupe, ainsi qu'avec l'élève art-thérapeute. Sa faculté à faire des choix a été grandissante, mais a régressé durant la période pré et post accouchement. Cette faculté s'est ensuite accrue et affirmée.



Estime de soi : Cotation d'après l'Echelle d'Estime de soi de Rosenberg

Aucune : 1 Faible : 2 Moyenne : 3 Forte : 4 Très

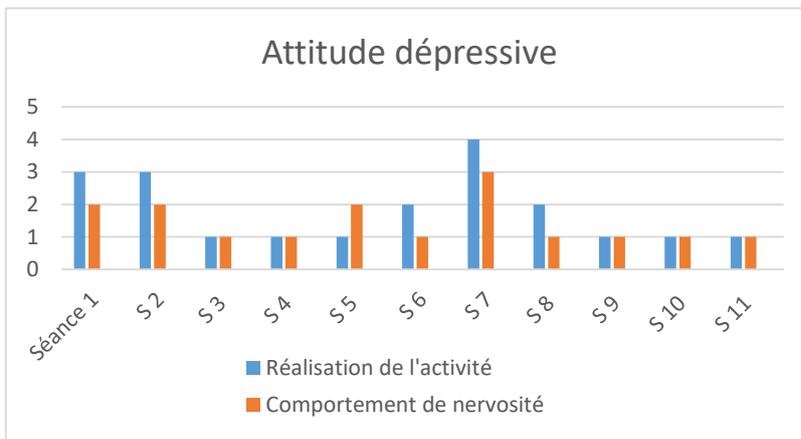
Forte : 5



Lâcher Prise : Cotation d'après l'échelle de dépression de Montgomery et Asberg

- (Incapacité à ressentir) : Adaptation à l'environnement
 5/ Comportement adapté
 4/ L'individu interagit assez souvent et semble apprécier la plupart des moments de la séance
 3/ L'individu interagit modérément et semble apprécier certains moments de la séance
 2/ Faibles interactions et faible plaisir à vivre le moment présent
 1/ L'individu semble subir le moment de la séance

Le lâcher prise est un sentiment dont Mme a beaucoup parlé, surtout au début des séances. Elle a souvent dit qu'elle voulait atteindre cet état. Nous constatons qu'il est inconstant. Il diminue quand la patiente est anxieuse, et augmente avec la hausse de l'estime et de l'affirmation de soi. Il est donc plus présent en fin de suivi. Lors de la séance qui a suivi l'accouchement de Mme M, nous constatons une forte hausse de cet item. En effet, même si Mme M n'est pas « entrée » dans la séance, elle exprimait et ressentait beaucoup de plaisir.



Cotation d'après l'échelle de dépression de Hamilton

- (Travail et Activités) : Réalisation de l'activité
 1/ Aucunes difficultés perçues
 2/ Quelques difficultés perçues durant la séance
 3/ Ne réalise pas l'activité à certains moments de la séance
 4/ Ne réalise pas l'activité sur une grande partie de la séance
 5/ N'effectue pas l'activité
 (Agitation) : Comportement de nervosité
 1/ Le comportement de nervosité n'est pas visible
 2/ Le comportement de nervosité est apparent, mais l'individu se régule seul et continue l'activité
 3/ L'individu montre des signes de nervosité et à besoin de l'intervention de l'Art-thérapeute pour continuer l'activité
 4/ L'individu ne tient pas en place, mais continue l'activité si on ne lui dit pas d'arrêter
 5/ Le comportement de nervosité de l'individu ne lui permet pas de réaliser l'activité

Nous relevons que l'autodétermination* et l'autonomie, l'assertivité* qui figurent dans la grille d'observation, sont étroitement liées et fluctuent de la même manière. Il y a eu une baisse après l'accouchement de Mme, qui à ce moment-là était fortement happée par ce rôle de parent qu'elle endossait. Ainsi, se définir parent a été en montée régulière, puis complètement acquis à la naissance de son fils. L'attitude dépressive suit les moments d'anxiété observés chez Mme M. Nous constatons qu'avec quelques irrégularités, elle a su terminer ses séances plus sereinement.

C/ Bilan du suivi art-thérapeutique

Nous constatons que l'auto-évaluation de Mme M qui figure dans la grille d'observation est assez inconstante. La charge mentale* semble assez élevée en début de suivi, puis connaît un pic lors de l'accouchement de la patiente. Cette charge mentale* redescend ensuite de manière significative. Cela met en évidence, une évolution dans le suivi de Mme M, qui s'est totalement modifiée à la séance 7 : à la naissance de son fils. A ce moment précis, Mme a fait preuve de lâcher prise et de communication, mais les autres compétences n'ont pu s'exercer. Une fois

cette étape passée, Mme à progressivement réinvestit les séances, à son rythme. Au départ avec l'intégration de son compagnon, puis seule. Nous constatons que le bien - être ressenti par Mme M en fin de séance est assez constant, mais qu'il n'est pas forcément lié à la satisfaction esthétique de sa propre réalisation. Nous avons terminé les séances avec de l'aquarelle que Mme apprécie particulièrement et cela lui a permis d'atteindre un niveau maximum de bien-être et de satisfaction du résultat obtenu. Cela entraîne un aperçu positif de ses capacités, associées à un bien être général. Lors du bilan global du suivi de Mme M, son compagnon est présent. Mme a apprécié avoir fait des séances avec des supports variés et finir par l'aquarelle qu'elle affectionne particulièrement. Elle a aimé commencer par des séances en groupe, explorer des domaines artistiques et connaître un peu mieux ses émotions. Ils ont tous deux apprécié l'intégration du papa. Cela a mis en avant qu'ils pouvaient compter l'un sur l'autre et être complémentaires. Mme M termine en précisant qu'elle a aimé prendre du temps pour elle. Cela a « cassé » sa routine, « *on peut faire à plusieurs ou seul. On parle d'art, c'est cool. On souffle* ». Et si nous avions poursuivi les séances ? Mme M, qui dit n'aimer danser qu'avec sa mère, aurait aimé, maintenant, faire quelques séances autour de la danse. Si le temps nous l'avait permis, nous aurions pu proposer de l'expression corporelle dansée. L'item concernant l'élan corporel s'est consolidé par paliers, mais de manière constante. Nous relevons que Mme souffrait d'obésité et qu'elle devait se faire opérer avant sa grossesse. Compte tenu du post accouchement, le mieux aurait été d'attendre environ 2 mois, la fin de la rééducation périnéale ou proposer des séances assises. Les objectifs auraient été de retrouver la conscience de son corps changé, de s'affirmer, retrouver l'amour de soi. Le lien entre les séances précédentes et l'expression corporelle dansée, aurait pu se faire en choisissant plusieurs tableaux, soit autour d'un thème (la femme, l'enfantement), soit autour d'une couleur.... Associer un des tableaux à une musique, puis à une émotion et en faire correspondre des mouvements. La présence de son bébé n'est pas gênante, car il peut être facilement intégré, porté dans les bras ou en écharpe.

2/ Résultats de Mme V

A/ Grilles d'observation des séances

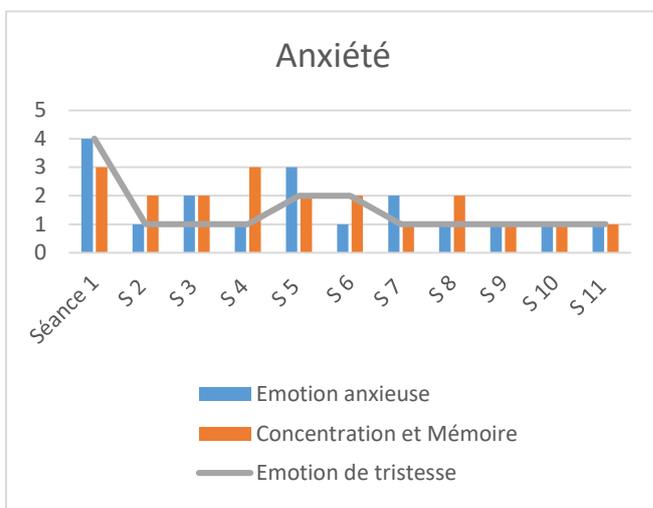
Même constat que pour Mme M : les grilles d'observations complétées figurent Annexe 3, page 73. Elles ont également été élaborées à partir des objectifs à atteindre, qui eux-mêmes, ont permis d'identifier des compétences à développer. Chaque compétence, fait référence à un item

relevant le plus souvent d'échelles d'évaluations validées, comme décrites dans le 2/ A.1 de cette partie. Elles ont été complétées à l'issue de chaque séance.

B/ Synthèse de suivi art-thérapeutique

Ci-dessous, nous pouvons visualiser la progression thérapeutique de Mme V. Nous constatons qu'elle a vécu un début et milieu de grossesse assez instable, avec des situations qui ont influencé son état émotionnel. Au fur et à mesure du déroulé des séances, les situations environnantes semblent avoir eu moins d'impact sur le ressenti de la patiente et sa charge mentale* s'est allégée.

Anxiété : Cotation d'après l'échelle d'Anxiété d'Hamilton



(Humeur anxieuse) Emotion anxieuse :

- 1/ L'individu semble d'humeur égale
- 2/ L'individu est agacé, tendu et possède un sentiment anxieux apparent, mais est capable de mener l'activité
- 3/ L'individu semble anxieux, tendu et arrête son activité par moment, puis s'y remet seul.
- 4/ L'individu est très anxieux et à besoin de l'aide de l'Art-thérapeute pour se remettre à l'activité.
- 5/ L'individu est submergé par son sentiment anxieux et ne peut mener à bien l'activité

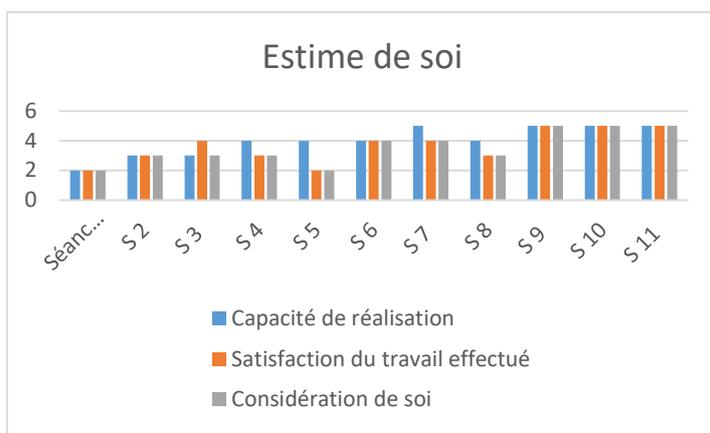
(Troubles de la concentration et de la mémoire) Concentration et mémoire :

- 1/ L'individu semble avoir des capacités de concentration certaines
- 2/ L'individu possède des difficultés de concentration (et mémoire), mais est capable de réaliser l'activité
- 3/ L'individu possède des problèmes de concentration, arrête l'activité, mais s'y remet seul.
- 4/ L'individu possède des difficultés de concentration et ne peut se concentrer sur l'activité, sans l'intervention de l'Art-thérapeute.
- 5/ L'individu verbalise des difficultés de concentration et de mémoire et ne peut mener à bien son activité.

(Humeur dépressive) Émotion de tristesse

- 1/ Absence
- 2/ L'individu paraît parfois triste, mais réalise l'activité entièrement
- 3/ L'individu paraît triste, mais réalise l'activité partiellement en s'y remet seul.
- 4/ L'individu est très triste et à besoin de l'aide de l'Art-thérapeute pour se remettre à l'activité.
- 5/ L'individu est atteint de tristesse l'empêchant de réaliser l'activité

L'anxiété perçue était très présente en début de suivi, puis décelable sur les séances ayant permis d'aborder les traumatismes. Suite à cela, l'anxiété générale de la patiente s'est stabilisée.



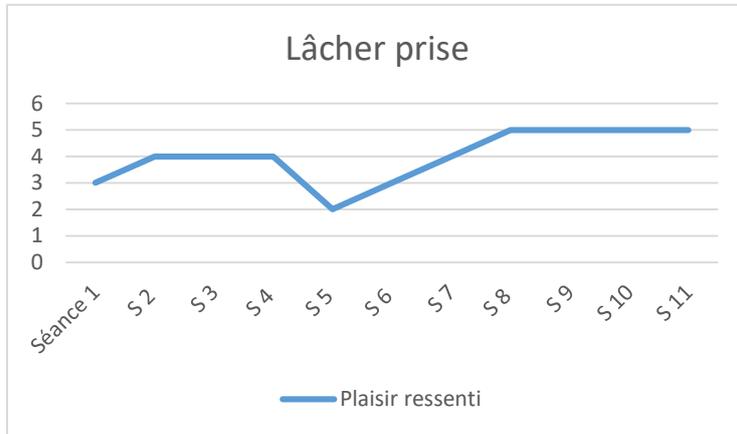
Estime de soi : Cotation d'après l'Echelle d'Estime de soi de Rosenberg

Aucune : 1 Faible : 2 Moyenne : 3

Forte : 4 Très forte : 5

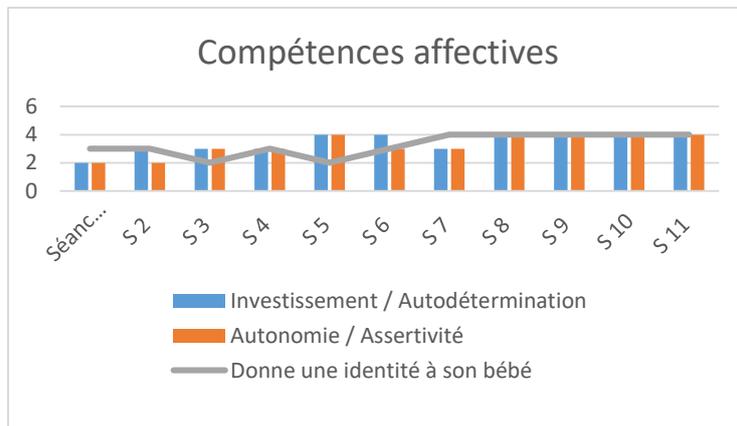
L'estime que porte Mme V envers elle-même, est allée grandissante et inversement proportionnelle à son état d'anxiété. Nous remarquons que les capacités de réalisation de la patiente ont souvent précédé les deux autres items. La première séance, ainsi que les séances

autour du traumatisme, ont procuré moins de plaisir à Mme V. Elles ont permis d'extérioriser des émotions nécessaires à la projection dans la maternité et ont également permis d'accroître le lâcher prise aux séances suivantes, puisque la charge mentale* s'est trouvée apaisée.



Lâcher Prise : Cotation d'après l'échelle de dépression de Montgomery et Asberg

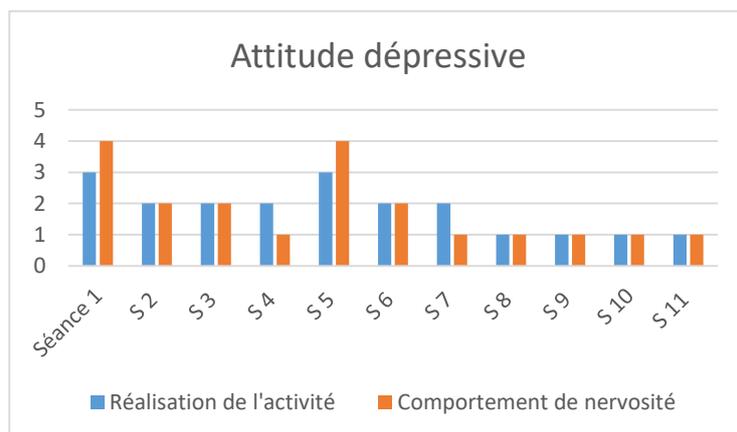
(Incapacité à ressentir) : Adaptation à l'environnement
 5/ Comportement adapté
 4/ L'individu interagit assez souvent et semble apprécier la plupart des moments de la séance
 3/ L'individu interagit modérément et semble apprécier certains moments de la séance
 2/ Faibles interactions et faible plaisir à vivre le moment présent
 1/ L'individu semble subir le moment de la séance



Cotation :

Non : 1 Quelques fois : 2 Plusieurs fois : 3
 Beaucoup : 4

Mme V a pu affirmer son statut de parent en devenir par la parole, à travers nos échanges. La projection semblait parfois difficile, et le ressenti sur son vécu physique de la grossesse également. Encore une fois, avec l'apaisement de sa charge mentale*, l'évacuation du traumatisme et les séances favorisant la projection, Mme V a davantage réussi à se positionner en tant que parent. Nous constatons également, que la patiente a gagné en autodétermination* et assertivité* au fur et à mesure des séances. Ce graphique croisé met en évidence que plus Mme V gagne en autodétermination* et assertivité*, plus elle donne une identité à son bébé.



Cotation d'après l'échelle de dépression de Hamilton

(Travail et Activités) : Réalisation de l'activité
 1/ Aucune difficultés perçues
 2/ Quelques difficultés perçues durant la séance
 3/ Ne réalise pas l'activité à certains moments de la séance
 4/ Ne réalise pas l'activité sur une grande partie de la séance
 5/ N'effectue pas l'activité
 (Agitation) : Comportement de nervosité
 1/ Le comportement de nervosité n'est pas visible
 2/ Le comportement de nervosité est apparent, mais l'individu se régule seul et continue l'activité
 3/ L'individu montre des signes de nervosité et à besoin de l'intervention de l'Art-thérapeute pour continuer l'activité
 4/ L'individu ne tient pas en place, mais continue l'activité si on ne lui dit pas d'arrêter
 5/ Le comportement de nervosité de l'individu ne lui permet pas de réaliser l'activité

Nous relevons que l'attitude dépressive de Mme V, qui était présente au début du suivi, a diminué avec la mise en place régulière, des séances d'art-thérapie. D'abord décroissante, l'attitude dépressive de Mme V s'est stabilisée en milieu de suivi, avec une remontée liée aux séances autour du traumatisme. Suite à cela, l'attitude dépressive s'est considérablement amenuisée.

C/ Bilan du suivi art-thérapeutique

Le suivi de Mme V s'est effectué sur plusieurs semaines. Elle a été un peu moins expressive dans les séances de groupe que dans les séances individuelles. Cependant, elle a su exprimer son ressenti autant par l'expression non verbale que par l'intermédiaire de l'écriture ou de la parole. La patiente a toujours communiqué durant les séances. Au départ, beaucoup sur sa charge mentale*, puis sur son ressenti. Au sein du groupe, Mme a échangé avec les autres patientes. Sa capacité à faire des choix a été proportionnellement inversée à l'état d'anxiété perçu. Cette capacité a donc été croissante et suit l'évolution de son estime d'elle-même. L'élan corporel a pu être mis en avant par la motricité de Mme V, son aisance (aller chercher un ballon gonflable* pour une assise plus confortable) ou son investissement dans certaines séances (gestuelle sur drum*). Cependant, cet élan a été diminué à travers ses douleurs : la séance 10, notamment, a été réadaptée, car Mme V souffrait du dos. Nous remarquons qu'au début des séances, le bien-être ressenti par Mme V était légèrement inférieur à la satisfaction de sa réalisation. Nous pouvons associer cela à la difficulté de lâcher prise, correspondant au début du suivi. Cette tendance s'est inversée à la séance autour du traumatisme. Ensuite, les deux items se confondent en atteignant la cotation maximale. La séance 5 a constitué une révélation importante. Mme a pu évacuer ses différents traumatismes vécus à l'adolescence, puis les symboliser et en faire renaître du positif. Cette séance a permis à Mme V d'alléger sa charge mentale*. Nous relevons qu'à ce moment précis, elle n'était pas dans la capacité de développer ses compétences artistiques, mais plutôt affectives. Cependant, suite à ces deux séances, ses compétences se sont accrues et consolidées. Mme V dit s'être sentie isolée dès le début de sa grossesse : arrêt de travail et compagnon qui faisait les travaux dans la maison. Elle pleurait souvent. Elle verbalise que les séances d'art-thérapie lui ont permis d'oublier ce sentiment d'isolement. Elle continue en verbalisant les bienfaits des séances : elles constituent une aide, pour réaliser que Mme était enceinte et à investir sa grossesse d'une autre manière que par le corps. Elle pense l'avoir « *réalisé mentalement vers 7 mois de grossesse* ». Cela lui a donné confiance en ses capacités de maman. Elle a aimé se laisser guider par la création. Elle dit

qu'elle n'avait plus « *la notion de contrôle* », ce qu'elle a apprécié car « *la grossesse est hors de contrôle* ». Elle a adoré faire l'arbre qui sera accroché dans la chambre de son bébé et dit que « *c'était un moment de bonheur à chaque fois* » et ajoute : « *Si je n'avais pas eu ça... ça m'a évité d'aller voir un psy pendant ma grossesse* ». Son taux de ferritine est toujours aussi bas, mais elle se sent moins fatiguée en cette fin de grossesse, avec pourtant plus de douleurs. Une suite serait intéressante pour consolider l'estime de Mme V dans les premières semaines du post partum. Selon son état de santé et de fatigue, l'inclusion de l'expression corporelle dansée, serait à proposer après la rééducation périnéale, ou comme Mme M de manière assise dans un premier temps. La communication avec son bébé et le lien d'attachement serait peut-être à poursuivre, à travers le chant, par exemple en proposant des chansons sur lesquelles Mme V chantonait sur certaines séances (Julien Doré) ou par l'intermédiaire de berceuses.

Partie IV : Discussion. Intervenir en périnatalité avec l'art-thérapie : Remise en question, réajustement et intérêt

1/ Difficultés rencontrées et pistes d'amélioration

A/ Exploration des résultats

Cette étude a permis d'inscrire les participantes dans un projet (temps, espace, création, bébé) en proposant des séances d'art-thérapie auprès de patientes ayant des objectifs généraux différents, mais certains objectifs secondaires en communs. Grâce à cela, le travail en groupe a été possible et l'intégration des futurs pères également. Les patientes ayant des attraits artistiques assez larges, nous avons également eu la chance de pouvoir utiliser des techniques artistiques variées : les arts plastiques, la terre, l'écriture, l'écoute musicale, la musique intuitive et ainsi développer ou contenter la sensorialité des patientes et de leurs bébés en devenir. Les séances ont constitué un moment et un lieu d'expression : expression des émotions, multipliées en cette période périnatale, mais également l'expression des interrogations, l'expression d'une personnalité ou encore d'une créativité. L'adaptation et la réadaptation du contenu des séances et de leur organisation a souvent été nécessaire (absence, fatigue, douleurs...). Pour les patientes, l'écriture a favorisé la formulation d'intentions avant de créer, la projection, l'expression de sentiments, de limites ou encore l'inscription d'un évènement, afin qu'il devienne souvenir et soit évacué. La musique a été investie de manière différente par les patientes (playlist, écoute, participation intuitive). Le tout, est également une proposition de

moyens à saisir, lors de l'accouchement. Nous avons vu les techniques pour diminuer les angoisses si péridurale : zentangle*, cup song*, bâton de pluie ou sans péridurale : écoute de musiques, réalisation de sonorités graves ou chant... Ces techniques peuvent également être utiles pour le post-partum. La création d'un carnet de grossesse en début de suivi, avait pour objectif premier de favoriser la concentration par le bricolage et en deuxième objectif, de servir de fil conducteur pour le début du suivi. Ainsi, chacune était libre d'y mettre une réalisation, un texte écrit... L'objectif sur le long terme, était que les patientes se l'approprient totalement. Certaines nous l'ont montré, mais nous n'avons jamais imposé son utilisation. Cela a permis de maintenir une activité chez les patientes de manière personnelle, individuelle, souhaitée, en pérennisant de manière autonome, le travail amorcé. Lors des séances en groupe, chacune a pu utiliser les chaises, les fauteuils ou les ballons gonflables* et ainsi choisir son confort personnel. Les résultats du suivi art-thérapeutique, démontrent une diminution de l'anxiété, une affirmation de l'autodétermination* et de l'assertivité*, importantes à développer dans le rôle de parent qui attend les patientes et surtout une identité donnée à l'enfant à naître ou juste né. Nous pouvons nous interroger, concernant Mme M qui a eu énormément de difficultés à se concentrer et à réaliser la séance suite à son accouchement : La séance était-elle positionnée trop tôt après la naissance ? La présence de son compagnon et de son bébé étaient-elles favorisantes ? souhaitées ? Ce sont des questions que nous nous sommes posées sur le moment. Et nous pouvons y répondre aujourd'hui, avec le recul et le déroulé des séances suivantes. Si Mme M a souhaité que nous revenions à ce moment précis, c'est qu'elle en ressentait le besoin. La présence de son bébé, même s'il pleurait parfois, la rassurait. Il en est de même pour son compagnon. Nous avons pu intégrer ce dernier à certaines séances, ce qui a renforcé le binôme parental. Mme M a, au fur et à mesure, développé son assertivité* et autodétermination*. Cela n'aurait peut-être pas été possible dans un autre cadre. De son côté, Mme V a pu traiter son passé traumatique individuellement et avant la naissance de son bébé. La projection dans son rôle de mère s'est accrue. Sa fatigue et ses douleurs ont paru moins pesantes en fin de suivi.

B/ Réflexion sur les résultats attendus

La mise en place des séances d'art-thérapie a permis de : diminuer l'anxiété et apporter un bien-être par le lâcher prise et l'activité créatrice, se préparer à la naissance et à la parentalité (en diminuant les angoisses liées à la grossesse, l'accouchement, le rôle de parent), se projeter dans les étapes à venir, diminuer les risques de dépression post-partum, savoir être prêt à accueillir les montagnes russes, que constitue l'état de parent, en valorisant l'estime et l'affirmation de

soi, se connaître en tant que personne. Bien évidemment, il a fallu s'adapter aux imprévus, aux événements, aux absences, aux rythmes de chacune... Tenir compte de l'autre parent et du bébé le cas échéant. De plus, ce qui est acquis en fin de suivi mériterait certainement (et en fonction des patientes), un suivi art-thérapeutique supplémentaire, afin de consolider les compétences ajoutées ou nouvellement affirmées chez la patiente. Cependant, **à la fin de cette étude, nous pouvons affirmer** que : Les patientes ont vu leur bien être grandir, grâce à l'estime et l'affirmation de soi en hausse. L'anxiété a diminué considérablement et le lâcher prise s'est développé. Le lâcher prise est un sentiment très important puisqu'il permet à la patiente d'être dans l'instantané (d'une émotion, d'une réalisation, d'un ressenti). L'identification des émotions des patientes et leur travail d'introspection et d'expression, a favorisé une meilleure connaissance d'elles-mêmes, ainsi qu'un renforcement de leur sécurité émotionnelle et une meilleure projection dans le statut de parent. Le travail autour du corps est à parfaire, ainsi que la consolidation des compétences acquises ou développées. Nous avons pu mener à bien ces séances, dans le respect des patientes et de leurs choix, à leur rythme. Il a fallu les considérer dans leur entièreté, avec leurs émotions, leurs douleurs, leur entourage et les laisser devenir actrices des séances, au fur et à mesure. Cela a permis l'acceptation et la mentalisation de l'état de grossesse, ainsi que l'accès au positionnement de parent.

C/ Pistes d'améliorations

Des remises en question nous poussent à envisager d'autres perspectives. Nous avons pensé une organisation pour la dernière séance de Mme V, afin d'inclure son compagnon. Cette séance avait été pensée si la patiente n'avait pas réellement d'idée, mais ce fut le contraire, puisqu'elle a totalement investi et choisi le contenu. Lors de cette dernière séance, le compagnon de Mme V, aurait pu continuer à personnaliser le ventre de Mme V selon son inspiration ou même suivre un modèle de « **belly painting*** ». Nous aurions pu mettre un fond sonore avec la playlist de la patiente constituée pour l'accouchement, ou des bruits d'océan/chant des baleines, pour recréer la sonorité atténuée perçue par le fœtus. Durant cette étape, Mme V aurait écrit des intentions pour son enfant, qui lui auraient été lu à la fin de la séance ou à sa naissance. Mais la patiente a investi totalement cette dernière séance et est devenue véritablement actrice en affirmant ses choix. Dans un autre cadre familial, l'intégration d'une fratrie serait possible, afin de préparer le ou les aînés et de favoriser une communication par l'haptonomie*. Comme proposé dans le bilan de Mme M, il serait intéressant de lui proposer un suivi art-thérapeutique en y intégrant **l'expression corporelle dansée**, après la rééducation

périnéale de préférence. Cette rééducation favorise le tonus des muscles du plancher pelvien et il est déconseillé de pratiquer une activité sportive avant cette rééducation. Des mouvements sollicitant le haut du corps uniquement ou en position assise, peuvent tout de même être envisagés. Il en est de même pour Mme V. Idéalement et compte tenu de son passé et son début de grossesse compliqué, il aurait été nécessaire de pouvoir lui proposer un suivi post-partum. Encore une fois, l'expression corporelle dansée pourrait lui être proposée assise après l'accouchement, puis debout après quelques semaines. L'intégration de **techniques de respirations sur musiques**, puis **gestuelle** lente, en début de séance pourrait introduire l'expression corporelle, en partant des bruits du cœur de la femme (qui étaient perçus par le fœtus in utéro) et ainsi faire une transition entre l'état de grossesse et le statut de parent. En fonction des souhaits et des possibilités de chacun, l'autre parent peut être intégré aux séances. En parallèle, il serait intéressant de proposer à la patiente, un accompagnement dans le but de poursuivre la communication avec son nouveau-né et favoriser le lien d'attachement, par la musique, le chant. **L'écriture** est une technique qui peut être utilisée juste après la naissance. Des thèmes peuvent soit favoriser l'inscription d'un évènement en souvenir, soit permettre la projection à travers l'imaginaire : « *Prêter sa plume à son enfant* », « *Ce qui a motivé sa naissance* », « *L'union avec l'autre parent et ce que cela peut engendrer de beau* », « *Ecrire à son enfant disparu* » si décès, fausse couche... La présence de l'enfant nous semble indispensable en suite de couches, mais peut-être faudrait-il proposer une ou deux séances, en fin de suivi, où la patiente, seule, pourrait prendre un temps pour elle et ne pas s'oublier en priorisant son état de mère. Il en est de même pour le co-parent. Des séances individuelles pourraient lui permettre de prendre du temps pour lui, en se recentrant et s'exprimant à travers des techniques choisies avec l'art-thérapeute. L'approche par le **chant prénatal** qui peut se poursuivre en post partum est également une technique très intéressante. Nous pouvons nous inspirer des travaux de recherche de Flora Rozet - musicothérapeute spécialisée en clinique- qui se sert beaucoup de berceuses ou de chants traditionnels pour favoriser le bien-être des femmes enceinte et des enfants nés prématurés ou à terme (Flora Rozet – *Musique et santé mentale : orchestrer la rencontre*). En outre, nous avons pensé réaliser cette étude dans une maison de naissance* ou en lien avec un plateau technique d'accouchement*, afin de pouvoir accompagner la femme pendant ce moment de vie. La sage-femme gérant le côté médical et le co-parent vivant la naissance au même titre que la parturiente*, l'art-thérapeute aurait toute sa place, en fonction du projet de naissance* défini : en amont dans l'affirmation des choix des

futurs parents, ainsi que durant l'accouchement, pour gérer une musique, proposer un apaisement par le geste pendant la phase de travail* (graphique) ou la voix au moment des contractions* ou de l'expulsion du bébé (sonorités graves).

D/ Posture professionnelle

Etant travailleuse sociale de profession, nous avons travaillé avec divers publics. Le milieu de la périnatalité était connu en tant que patiente ou mère et dans une approche professionnelle éducative et de soutien. Cette étude a permis d'approcher la périnatalité sous un angle thérapeutique. La discrétion professionnelle* que nous pratiquons, devient, dans le cadre art-thérapeutique, **secret professionnel***, puisque l'on aborde une **posture soignante**. Chaque patiente en a été informée. Chacune a également **donné son accord** pour la diffusion de ses réalisations. Il n'y a que l'intérieur du carnet de grossesse qui n'a jamais été photographié, puisque l'objectif était de le rendre personnel et à la longue, indépendant du contenu art-thérapeutique. **Le respect** de chaque patiente dans ses choix, ses rythmes ou ses émotions est également essentiel et passe par l'adaptabilité du professionnel art-thérapeute (prévoir 2 séances en fonction de l'état de santé ou psychique de la patiente). Ce respect passe également par le respect de l'**intimité** de l'individu. Cette interrogation peut apparaître sur les séances de groupe, les séances à domicile ou encore sur les séances autour du corps. Il est important de poser un cadre dans le groupe, en précisant que chaque individualité peut s'exprimer sans que cela soit répété et dans le respect des autres membres. Les séances à domicile amènent le thérapeute à s'adapter tout en respectant l'intimité et l'approche du corps est à verbaliser, afin de connaître les limites de la patiente. La reformulation* est parfois nécessaire pour éclaircir les paroles de la personne accompagnée ou celle du professionnel. **La résilience***, bien que bénéfique pour le professionnel art-thérapeute, doit être envisagée avec précautions. **L'alliance thérapeutique** est importante dans le respect d'une bonne **distance** patient-thérapeute. **La supervision*** est néanmoins un moyen à saisir, surtout lorsque le besoin ou les difficultés sont présents. La supervision favorise la régulation, l'évacuation à travers un regard critique et en conséquence, permet d'améliorer les compétences professionnelles et les conditions de travail. C'est également un moyen de parfaire ses connaissances professionnelles de soi et donc ses limites. Durant cette étude, le lien professionnel s'est fait avec la sage-femme, notamment dans le partage d'informations pouvant aider au suivi. Dans un autre contexte, le lien pourrait se faire **au sein d'une équipe** médicale en clinique, maternité, néonatalogie... toujours dans le but de favoriser l'accompagnement des patients. Nous pouvons aussi nous interroger sur la

participation financière des patientes. Il est important de pouvoir symboliser la volonté de soin par un engagement financier. Cependant, cette période prénatale est assez coûteuse, notamment dans la situation d'attente d'un premier enfant. **Des questionnements** sont apparus au cours de cette étude. Concernant Mme M, lors du passage des séances de groupe vers notre intervention à son domicile en post partum : comment se positionner professionnellement, dans son lieu familial et dans un espace non dédié? Nous constatons que le lien patient-thérapeute était déjà installé. Il a été nécessaire de composer avec son compagnon, son bébé et parfois le lave-vaisselle, mais ce fût pour Mme M, un lieu rassurant durant cette période déstabilisante. Ensuite, sachant que la grossesse est un moment émotionnellement intense, comment aborder des séances sur des événements traumatiques. Nous avons échangé avec le Dr Danièle Flaumenbaum, qui n'a pu apporter de réponse. Il n'existe pas de procédure ou de méthode, chaque professionnel doit aussi proposer selon ces observations en vue d'atteindre les objectifs thérapeutiques et en concertation avec les professionnels intervenants auprès du même patient. Dans cette étude, l'expression et l'évacuation du traumatisme de Mme V a été bénéfique.

2/ Etudes autour de l'art-thérapie et de la périnatalité : explorons différents horizons

A/ Les études

Gabrielle Leduc (Gabrielle Leduc -Mémoire - *Maîtrise des Arts*) parle de son expérience personnelle dans la difficulté d'assumer sa maternité puis parentalité. Elle y démontre comment à travers la pratique de l'art plastique, elle a pu comprendre ses difficultés et s'en éloigner. Elle parle également de la place du féminisme dans son raisonnement. Nous pensons qu'il est impératif de connaître l'évolution de la place de la femme et son avancée, mais nous pensons également qu'il faut s'adapter, en tant qu'art-thérapeute, à la femme que nous accompagnons, qui possède son opinion et sa vision sur le sujet. L'ouverture au féminisme est une possibilité qui donne réflexion. Nous avons pu assister, par exemple, à des positionnements très différents sur l'allaitement. Cela a évolué à la fois en fonction des pressions sociales (volontés de liberté) et médicales. La société nous renvoie que ce qui est préconisé à un moment n'est ensuite plus valable, puis revient d'actualité.

Priscille Côte (Priscille Côte - *Mémoire en vue de l'obtention du diplôme de sage-femme*) parle du bienfait des médecines alternatives et complémentaires, en complément du travail de sage-femme. Bien que non considérées comme faisant partie de la médecine traditionnelle, son

mémoire met en avant un travail d'équipe avec la patiente, la sage-femme et le praticien en médecine alternative. L'art-thérapie ne fait pas partie des médecines alternatives et complémentaires sélectionnées par Priscille Côte. Cependant, l'art-thérapie pourrait totalement s'inscrire dans cette étude, puisque madame Côte définit la grossesse comme « *une période de vulnérabilité physique et psychique* ». Et nous avons vu que l'art-thérapie est bénéfique pour les personnes vulnérables ou en souffrance. Son hypothèse de recherche est validée, à savoir, que 94.6 % des sage-femmes interrogées « *ont jugé que les Médecines Alternatives et Complémentaires sont bénéfiques durant le suivi de grossesse* ».

Hélène Gascoin, (Hélène Gascoin - *Mémoire en vue de l'obtention du diplôme de Sage-femme*) démontre les bienfaits de l'art-thérapie dans un service de grossesses à haut risque. Son étude, récente, est donc à considérer par sa positivité.

Larose Couvent Mathilde (Mathilde Larose Couvent - *Mémoire en vue de l'obtention du diplôme de Sage-femme*) met en relation le stress parental et les effets sur le développement de l'enfant. Le retentissement du stress durant la grossesse, influencerait le développement cognitif, neurologique, comportemental et psycho-affectif de l'enfant. C'est pourquoi, la périnatalité et la patiente dans son entièreté sont à estimer dans un suivi thérapeutique.

Professeur **Sylvie Tordjman** dans son écrit, (Tordjman Sylvie - Djellab Merouane- *Mini mémoire- Relations entre dépression et Créativité*) nous pousse à nous intéresser au rôle de l'art thérapie dans le bien-être. Cette étude conclut que les formes légères de troubles de l'humeur favorisent la créativité. Elle induit que la créativité peut être utilisée « *comme rempart à la dépression* » et constituerait un moyen de défense et de protection de l'individu lui-même.

Abigaïl Bergmann, Chloé De Boer, Louise Meynard (Bergmann Abigaïl, De Boer Chloé, Meynard Louise, *Mémoire -Les effets de la musicothérapie sur la douleur de l'accouchement*), nous démontrent que l'écoute de musique durant l'accouchement (au moins 3 heures), réduit les douleurs ressenties, ainsi que les complications post-partum. Nous en faisons également référence plus haut et ceci nous permet de confirmer que proposer et adapter des séances d'art-thérapie préparant à l'accouchement par la musique, peut avoir un effet analgésiant, chez la patiente qui le souhaite.

Galatius Mette (Galatius Mette, *Une expérience d'Art-thérapie par les Arts plastiques et la photographie auprès de femmes enceintes hospitalisées dans un service de grossesses*

pathologiques), effectue une étude centrée presque essentiellement sur la réalisation de peintures corporelles sur les ventres des femmes hospitalisées. Cette approche est très intéressante pour la relation au corps, au futur bébé par l'haptonomie* et favorise ainsi la projection vers la naissance. Le fait de proposer majoritairement ce type de séances prend -t-il assez en considération la femme dans son entièreté ? C'est-à-dire, qu'étant hospitalisée, le centre d'intérêt de la femme est déjà tourné vers son enfant. Il serait intéressant de lui proposer des séances lui permettant de « s'évader » comme la musique, les arts plastiques ou l'écriture.

B/ Cadre conceptuel de l'art-thérapie

L'art-thérapie fait maintenant l'objet de multiples études et ses bienfaits sont largement démontrés. Cependant, lorsque nous parlons de périnatalité, nous pensons au corps médical et à certains accompagnements en médecines dites alternatives. L'art-thérapie s'est montrée bénéfique et apporte un complément du suivi effectué par la sage-femme. Cette profession ne manque pas de travail et peut orienter ou réorienter la patiente vers une prise en charge globale. Les enjeux autour de la périnatalité, sont variés : mortalité infantile ou maternelle, morbidité*, naissances prématurées*, dépression post-partum... Pour avoir une vision d'ensemble de la périnatalité, L'Enquête Nationale Périnatale (www.santepubliquefrance.fr) a été réalisée en 2021 (ENP 2021) sous la responsabilité d'une équipe de l'INSERM* et en collaboration avec Santé Publique France. Il en ressort notamment, que le nombre de femmes qui consomment des substances toxiques (tabac par exemple) est en diminution depuis 2016. Par contre, 63,2% des femmes ont déclaré se sentir « bien » psychologiquement durant la grossesse, contre 67,7% en 2016. Ainsi, 8,9% des femmes interrogées déclarent avoir consulté un professionnel pour des difficultés psychologiques en cours de grossesse, contre 6,4% en 2016. Nous constatons qu'un suivi adapté est important à mettre en place durant la grossesse avec intervention possible de l'art-thérapie. Est relevé également que 49,2% des femmes ont eu recours à des méthodes pour gérer la douleur liée aux contractions*, contre 35,5% en 2016. Il ressort de cette enquête une volonté des femmes interrogées d'avoir moins recours à la médication. L'intérêt de leur proposer des méthodes autres et pourquoi pas art-thérapeutiques (musique, chant) semble prouvé. Il n'y a pas de comparaison avec 2016 sur ce critère, mais 2 mois après leur accouchement, 16,7% des femmes déclarent des symptômes dépressifs majeurs. 15,5% ont mal vécu leur grossesse et 11,7% ont mal vécu leur accouchement. Ces données seront à comparer en 2026, mais démontrent la nécessité d'apporter une réponse adaptée à la patiente que ce soit de manière préventive ou curative. En parallèle, la commission des 1000 premiers jours, à

l'initiative de l'UNICEF* et présidée par Boris Cyrulnik (*neuropsychiatre*), envisage une approche globale des besoins de la mère et de l'enfant, s'étendant du 4^{ème} mois de grossesse aux 2 ans de l'enfant. Ce projet national est piloté par le ministère des solidarités et de la santé. Les scientifiques reconnaissent l'importance de ces 1000 premiers jours dans la construction de chaque individu. Cette commission met en avant les bienfaits sur l'enfant, du jeu, de la musique, de la danse, de l'activité motrice ainsi que des interactions sociales, qui ont des effets positifs sur le développement émotionnel et cognitif. En considérant la périnatalité dans sa globalité, et au vu de ces apports chiffrés et argumentés, nous avons pu proposer des séances d'art-thérapie prenant en compte les souhaits, les rythmes et les étapes de chaque patiente. Le groupe a permis d'atteindre des objectifs de communication, assertivité*, quand l'individuel a favorisé l'introspection et la personnalisation du suivi. Pour étayer cette étude, différentes approches orientent la pratique professionnelle.

3/ Approches diverses pour une ouverture d'esprit

A/ Approches philosophiques de l'Art

L'art a été mis au service de la transmission et de l'expression (grottes), au service de l'utile (outils), au service de la technique (monuments), au service des mythes, des cultes ou de la religion (statues)... Il en ressort aussi une dimension conceptuelle (idée, engagement). Beaucoup de philosophes se sont intéressés à l'art et à ses influences positives sur la culture et l'individu, permettant de s'exprimer, de révéler, de laisser une trace, de se mettre en action, de s'émerveiller, s'ouvrir au monde... Pour **Aristote**, l'art est un **intermédiaire** pour apprendre à mieux se connaître, à vivre avec ses émotions. L'art sauve et est au service de la vérité : il témoigne et exprime. Nous avons pu le constater dans les séances où les émotions étaient présentes. Notamment celle associant une couleur au sentiment présent vécu par la patiente. Mme M, qui a exprimé avoir besoin de lâcher prise et l'a associé à la couleur bleue, s'est rendu compte que cette couleur qu'elle pensait ne pas apprécier, est malgré tout très présente dans ses choix (mur de son salon, tissus...). Pour **Hegel**, l'art soulage et serait **libérateur** de nos noirceurs. Mme V a ressorti des événements anciens, voir même enfouis et cela a permis l'expression de certaines émotions, la libération vers la reconstruction. Pour **Bergson**, l'art sert à **montrer** ce que tout le monde n'arrive pas à voir. Les émotions peuvent être identifiées, ainsi que les événements. Mme V exprime avoir pu mentaliser son état de grossesse et pouvoir se projeter positivement dans sa parentalité. Si nous transférons ces discussions à l'art-thérapie,

nous pouvons affiner notre définition : elle permet de **montrer** des choses que l'individu n'arrive pas à résoudre. Elle favorise la **connaissance de soi**, l'**expression**. L'art-thérapie **révèle** et procure, par la beauté qui touche. C'est un travail autour des émotions qui implique que tout est relatif et que le patient va sortir de sa zone de confort en faisant des **choix**. L'art-thérapie va permettre de **libérer** les noirceurs du patient pour ensuite se mettre en action. Cette action, suivie d'**émerveillement** ou d'admiration, va favoriser l'estime de soi. Tout cela va conduire l'individu vers une ouverture sur des « pourquoi pas ». L'art-thérapie va permettre de **laisser une trace** en devenant acteur, de **donner du sens** dans ses choix et ses orientations. Le patient peut cheminer en s'amusant et se réinscrire dans un présent culturel, social.

B/ Approches philosophiques de la thérapie

B.1. Approche humaniste (Abraham Maslow, Carl Rogers, Rollo May) :

Il s'agit d'une méthode, en psychologie, fondée sur une vision positive de l'être humain et sa tendance à vouloir se réaliser en développant ses compétences : **chaque individu possède** en lui, **les ressources** pour y arriver, dans des conditions de confiance et de respect qui le positionne dans une liberté de choix. Cette approche valorise l'accomplissement de soi et le courage de se dépasser par la découverte, la compréhension de sa propre personne. Le thérapeute est dans un positionnement respectueux, hors de tout jugement, interprétation ou conseil. Nous pouvons lier cela à cette étude, qui s'est appuyée sur des objectifs de départ, afin de développer les compétences de la patiente. C'est elle qui a fait des choix au cours des séances et qui, petit à petit, a développé son autodétermination*, son accomplissement d'elle-même pour l'amener à se connaître et éventuellement changer certains comportements.

B.2. Approche holistique (imaginée par Jan Christiaan Smuts en 1926) :

Il s'agit de considérer l'individu dans son **entière** : physique, psychique, mentale, émotionnelle, familiale, sociale et culturelle, ainsi que l'aspect éco-planétaire. Holistique est issu du mot grec « holos » qui signifie totalité, entier. Le thérapeute va intervenir de manières différentes avec des points d'observation variés. Le suivi art-thérapeutique proposé, a tenu compte du corps, des émotions, de la sensorialité et des attraits de chaque patiente. Le suivi est personnalisé, et dans la situation de Mme V, a permis d'identifier un traumatisme. Cette pratique pourrait avoir encore plus de bénéfices en la croisant à d'autres médecines complémentaires, selon le souhait des patientes : la sophrologie, le yoga, le chant ...

B.3. La gestalt (créé par Fritz Perls dans les années 1950) :

Il s'agit d'une psychothérapie humaniste et holistique. Il faut choisir « *ici et maintenant* » ce que l'on veut faire ou changer et ne pas ou plus se positionner en victime : devenir acteur de sa vie. La gestalt est issue d'un mot allemand, qui veut dire créer, mettre en forme. La gestalt prend l'individu dans sa globalité (corps, mental, émotions, relations sociales) et vise à développer la conscience de ce qui se passe dans l'instant présent. C'est-à-dire que l'individu est centré sur ses actions, émotions et va mieux se comprendre lui-même et intensifier sa faculté de décision. Il va mieux comprendre ses réactions avec autrui et va intégrer ses propres besoins et limites. Cette conscience de vécu et ressenti sur le passé et le présent, va permettre de se libérer d'un passé non accepté jusqu'à présent. Il s'agit de **penser une vie positive dans l'instant**, par l'intermédiaire de la conscience corporelle, émotionnelle, du jeu de rôle, de la mise en actes. Cette étude a considéré la patiente dans son entièreté, en l'incitant à faire des choix dans l'instantané de la séance, tout en accueillant ses émotions. La prise de conscience s'est opérée par le mouvement que constitue le positionnement de faire ses propres choix.

B.4. Psychologie analytique de Carl Gustav Jung :

C'est une psychothérapie basée sur le pouvoir créateur et libérateur de la parole. Jung considère que chaque être naît avec des mémoires familiales, ancestrales et aussi collectives. Chaque individu est porteur d'un inconscient personnel et d'un autre, collectif, issu de réalités biologiques transmises d'une génération à l'autre (oiseau / nid). Il aborde la notion d'archétypes (ce qui est commun à toutes les civilisations : la religion, les luttes, les vertus) et de complexes (archétypes que l'individu a personnalisés : idées et émotions qui prennent parfois le dessus chez l'individu). La psychothérapie analytique est donc pour Jung, la **prise de conscience** pour l'individu de ces archétypes **par l'expression** (parole, symboles, dessins), **l'écoute et l'intégration**. Cette prise de conscience passe par l'**individuation** (connaissance de soi, transformation personnelle, libération de soi). Des points communs se retrouvent avec les approches thérapeutiques citées précédemment. Cependant, cette notion de symbolique est intéressante, puisqu'elle va permettre l'expression puis la prise de conscience de l'individu. Par exemple, nous avons matérialisé le traumatisme par l'argile, puis sa destruction, une patiente a réalisé un arbre de vie* ou a exprimé un ressenti par une couleur, a souhaité son avenir par une représentation visuelle et textuelle... Tout cela favorise l'intégration par l'inscription de la symbolique. Ces différentes approches forment les bases de l'art-thérapie. Nous pouvons la

synthétiser ainsi : il s'agit d'une thérapie par l'art Humaniste (**l'individu possède en lui les ressources nécessaires**) et holistique (l'individu doit être considéré dans son **entièreté**). L'art va faire émerger la **conscience** de la problématique. Il va également permettre à l'individu de **créer** pour s'**identifier** et ainsi **devenir acteur** de ses décisions de vie.

Conclusion : Se libérer pour avancer

Cette étude est le résultat de lectures, recherches et expériences, à travers le stage alliant périnatalité et art-thérapie. C'est au départ, un ensemble d'interrogations sur les techniques artistiques à utiliser, ainsi que sur les effets attendus. Les études préexistantes sont bien évidemment un atout, car permettant de soulever d'autres questions, d'autres approches. Mais les écrits portant sur périnatalité et art-thérapie sont peu présents. Il a fallu étendre ses lectures et parfois, faire un lien par soi-même. Il y a encore beaucoup à traiter autour de ce sujet, qui est en évolution constante et nous pouvons imaginer que cette étude pourrait prendre d'autres directions, utiliser d'autres techniques et peut-être d'autres outils. Par exemple, il existe des échelles d'évaluation tournées vers le bébé ou encore liées uniquement au post partum. Mais les objectifs cités dans ce mémoire, ont orienté l'observation à travers les échelles figurants en annexe. Le sujet pourrait s'étendre au co-parent, qui peut traverser une période de dépression durant la grossesse ou la période du post-partum (*8 % des pères, d'après le site des « 1000 premiers jours »*). La réflexion pourrait également traverser les frontières, afin de ne pas rester ethnocentré : dans le nord de l'Afrique du sud, le chant accompagne dès la grossesse et tout au long de la vie. Les parents composent une chanson pour l'enfant à naître, qui l'accompagne à toutes les étapes de sa vie. D'autres exemples existent : au Congo, la sage - femme chante pendant l'accouchement ; en Inde, la femme qui accouche met son ventre au contact de la Tampura (instrument vibratoire qui émet des sonorités). Le recul de ce travail d'étudiante, montre que le groupe a parfois été moteur, mais que des séances individuelles ont été nécessaires. L'important est la connaissance que les patientes ont acquise d'elles-mêmes, qui a permis d'identifier un mal-être ou une prise de conscience, une prise de recul, à travers une parenthèse artistique thérapeutique. Nous avons pu évaluer l'atteinte des objectifs à des rythmes et dans des contextes différents. Également mise en avant : l'importance de la sensorialité et des émotions dans ce moment de vie, tant pour la femme enceinte, que pour l'enfant qu'elle porte. Accueillir les émotions a permis aux patientes de les accepter et de travailler avec. Des réflexions relevant de cette étude, nous amène à considérer la citation ci-dessous :

« Sachant que **tout ce qui ne s'exprime pas s'imprime**, il est souhaitable de favoriser l'expression au-delà de l'émotion, ou du retentissement. Cette pratique permettra d'éviter quelques somatisations, du stress et de l'angoisse. » Jacques Salomé

Voilà qui résume parfaitement cette approche sur l'art-thérapie en périnatalité. Peut-être même pouvons-nous inverser cette réflexion en la transférant à l'art-thérapie : **tout ce qui s'imprime artistiquement, s'exprime** et par là-même, va permettre la libération de l'émotion... C'est ce que cette étude tend à confirmer. L'art-thérapie est complémentaire aux divers suivis existants en périnatalité. De plus, en 2019, l'OMS* a publié un rapport reposant sur plus de 900 articles scientifiques, dont la conclusion propose l'intégration de cette pratique en tant que protocole thérapeutique dans les hôpitaux. Nous pouvons également nous référer à la commission des 1000 premiers jours, qui effectue une approche globale de la santé de la mère et de l'enfant.

Nous avons abordé les notions d'être, naître, renaître. La reconnaissance est également très importante dans cette approche. Reconnaître l'individu dans sa globalité physique, psychique, émotionnelle, dans son individualité, mais aussi dans son couple mère-enfant, dans son couple de vie, dans ses choix en devenir qui petit à petit, deviennent. Entre également en considération le formatage social. Il peut se définir comme la volonté de la société de rendre identique les individus. Or, ce qui définit chacun, est justement son identité propre, ses ressentis, ses émotions et son corps tel qu'il apparaît face au monde. C'est pourquoi, même si la grossesse est un état de transformation physique visible et aboutissant, dans la normalité, sur la naissance d'un nouvel être : la grossesse, n'est pas que cela. La grossesse n'est pas qu'un corps, une bonne nouvelle ou un futur nourrisson en bonne santé. La vie se forme dans une autre, qui elle, se transforme. L'émotion ne peut qu'être présente, parfois pesante, parfois satisfaisante, mais il nous semble, jamais indifférente. Car, la grossesse est bien une création en elle-même, avec un processus, une intention ou une découverte. Considérons qu'elle suit une phase de réalisation avec toute la maturation nécessaire. Elle aboutit, le plus souvent, à la naissance d'un nouveau-né. Nouveau-né qui deviendra une œuvre : œuvre qui existera ensuite par elle seule.

« Ceux que l'on met au monde

Ne nous appartiennent pas

C'est ce que l'on nous montre

Et c'est ce que l'on croit

Ils ont une vie à vivre

On ne peut dessiner

Les chemins qu'ils vont suivre

Ils devront décider » (Ceux que l'on met au monde

De Linda Lemay)

BIBLIOGRAPHIE

- BERGMANN Abigaïl, DE BOER Chloé, MEYNARD Louise, Dans leur mémoire -*Les effets de la musicothérapie sur la douleur de l'accouchement*. Haute école de Santé. Genève. 10 /08/2016
- BERTHIAUD Emmanuelle-*Enceinte, une histoire de la grossesse entre art et société*-Editions de La Martinière-France-2013
- BOTTEMANNE Hugo, JOLY Lucie-*Dans le cerveau des mamans*-Editions du Rocher-Monaco-2022
- BOUKHALFA Naima-*La dépression prénatale, approche psychopathologique selon le modèle kleinien – Topique* pages 95 à 101- 2014/2
- CHIDIAC Nayla- *Ateliers d'écriture thérapeutiques* - Editions Masson, France, 2^{ème} édition 2013
« *L'écriture a permis de rendre visible la pensée, le sens et la parole... L'écriture permet de pérenniser le prosaïque, l'éphémère, aussi bien que le sacré et l'essentiel. Un de ses buts est aussi de conserver la mémoire des faits et des événements, et un autre de communiquer à travers l'espace et le temps avec les autres.* »
- COTE Priscille - Mémoire en vue de l'obtention du diplôme de sage-femme- *Médecines alternatives et complémentaires : place dans les suivis de grossesses à bas risques*- promotion 2016
- DE GOUGES Olympe -*Déclaration des droits de la femme et de la citoyenne*-1791
- DE SAINT PHALLE Niki -*L'artiste est-il un grand malade ?* - **Artension Magazine** – page 52- Hors-série n°33.
« *J'y ai appris à traduire en peinture mes sentiments, les peurs, la violence, l'espoir et la joie...Mon travail a été une thérapie.* »
- DIKANN Alain- *L'Art-thérapie pour les nuls* - Editions First, France, 2015
- FLAUMENBAUM Danièle- *femme désirée, femme désirante*- -Editions Payot, France, 2017
- GALATIUS Mette-Mémoire d'Art-thérapie Année 2011 : 2012 – *Une expérience d'Art-thérapie par les Arts plastiques et la photographie auprès de femmes enceintes hospitalisées dans un service de grossesses pathologiques.*
- GASCOIN Hélène- Mémoire en vue de l'obtention du diplôme de Sage-femme – *L'Art, un temps pour bien naître : Impact de l'Art-thérapie dans le service de grossesses à haut risque* du CHU de Nantes- promotion 2017
- LAROSE COUVENT Mathilde - Mémoire en vue de l'obtention du diplôme de Sage-femme - promotion 2016
- LECANUET, GRANIER-DEFERRE, JACQUET, BRUSNEL - *Decelerative cardiac responsiveness to acoustical stimulation in the near term fetus* -1992
- LEDUC Gabrielle- *Maîtrise des Arts*- Mémoire – Canada- promotion 2020
- MORANGE – MAJOUX Françoise - *Manuels visuels de Licence. Psycho-physiologie* – Editions Dunod, Paris, 2011

PEPIN Charles - *Quand la beauté nous sauve. Comment un paysage ou une œuvre d'art peuvent changer notre vie* - Editions Robert Laffont -Paris - 2013.

page 193 « *La beauté qui nous fascine ne peut être simplement contemplée. L'aimer vraiment, c'est y participer. La beauté ne se regarde pas, elle se vit [...] Voilà la force de la beauté : elle nous rappelle que nous pouvons habiter le monde.* »

« *L'émotion esthétique nous permet peut-être, comme on l'a vu, de retrouver notre liberté de jugement. C'est nous et nous seuls qui jugeons que c'est beau* »

POTEL Marie-Laure- *Le chant prénatal* - Editions Désiris, France, 2011-pages 11, 18, 19

ROZET Flora - *Musique et santé mentale : orchestrer la rencontre* – 2023

SALOME Jacques « *Sachant que **tout ce qui ne s'exprime pas s'imprime**, il est souhaitable de favoriser l'expression au-delà de l'émotion, ou du retentissement. Cette pratique permettra d'éviter quelques somatisations, du stress et de l'angoisse.* »

SCHNEIDER Pierre- *Joan Mitchell et Jean Paul Riopelle-Beaux-Arts magazine*, page73-BAM 403 Janvier 2018

TISSIER Barbara – *L'artiste est-il un grand malade ? - Artension Magazine*, page 52, Hors-série n°33

TORDJMAN Sylvie - DJELLAB Merouane- *Mini mémoire- Relations entre dépression et Créativité* – Mars 2012

VERCUEIL Laurent, MACAGNO Gilles - *un petit vélo dans la tête. La journée (presque) ordinaire d'un cerveau* - Editions humen sciences, France, 2021

« *Les études d'imagerie cérébrale ont montré une activation forte, à partir des aires sensorielles du cortex orbito-frontal associé au circuit de la récompense. L'objet esthétique éveille donc une attention positive* ».

WAGUET Dominique Hélène - VIEUX Claude - *La Mémoire de l'arbre-* Quintessence, France, 2003

WEBOGRAPHIE

www.inserm.fr *Quand le toucher éveille au monde* - publiée le 16/12/2021

www.institutomarques.com

TRONICK Edward : Film en ligne (prod Educ ou You tube) : Still Face Expériment du Dr Edward Tronick

www.1000-premiers-jours.fr « *C'est un concept scientifique mettant en évidence une période clef pour le développement de l'enfant : sa santé, son bien-être et celui de ses parents. Pendant cette période, le cerveau de l'enfant se développe plus qu'à tout autre moment.* »

www.Trustmyscience.com : société et comportement – Le tatouage, un moyen d'expression aux vertus thérapeutiques- Fleur BROSSEAU- 02 /08/2021

www.santépubliquefrance.fr : Enquête Nationale Périnatale 2021

GLOSSAIRE

A3 : format d'une feuille ou d'un support correspondant à une surface de 29,7 centimètres sur 42 centimètres.

Acrostiche : poème, strophe où les initiales de chaque vers, lues dans le sens vertical, composent un mot ou un nom.

Aménorrhée : absence de règles chez la femme qui a subi la puberté et n'est pas ménopausée.

Arbre de vie : Représentation artistique symbolisant la force de la vie et ses origines, ses racines. Elle est associée à la protection et à la transmission en prenant la forme d'un arbre.

Assertivité : capacité de s'exprimer, défendre droits et opinions, sans empiéter sur ceux des autres.

Autodétermination : pouvoir que possède chaque individu, de gouverner sa vie selon ses capacités et en dehors de toute influence.

Ballon de grossesse : Gros ballon gonflable, en caoutchouc souple, permettant la pratique d'une gymnastique de grossesse ou permettant une assise favorisant le confort de la femme enceinte.

Belly painting : peinture sur ventre. Art éphémère réalisé durant la grossesse.

Catharsis : obtention d'une situation émotionnelle qui révèle une problématique dans le but de la solutionner.

Charge mentale : « *devoir penser simultanément à des choses appartenant à deux mondes séparés physiquement* » (selon Monique HAUCAULT, sociologue)

Chromothérapie : méthode thérapeutique permettant l'harmonie de l'individu, grâce à l'utilisation des couleurs.

Contractions : durcissement du col de l'utérus

Corticostéroïdes : hormones sécrétées par le cortex des glandes surrénales.

Cup song : musique interprétée uniquement avec des claquements de mains ou de doigts et un gobelet frappé contre une table.

Discretion professionnelle : obligation de ne pas divulguer des informations concernant un individu. Elle diffère du secret professionnel dans les conséquences juridiques liées au non-respect de cette obligation.

Djembé : instrument de percussion

Drum : instrument de percussion moderne, fabriqué à partir d'une bouteille de gaz.

DSM V : Diagnostic and Statistical Manual, ouvrage de référence et de classification des troubles mentaux, édité en Février 2015.

Empreintes mnésiques : synonyme de engrammes : trace mémorielle enregistrée par le cerveau

Endométriose : maladie qui se caractérise par le développement de tissu semblable à la muqueuse utérine, en dehors de l'utérus. Cette maladie provoque des douleurs pelviennes parfois très aiguës, notamment au moment des règles et / ou une infertilité.

Engrammes : trace mémorielle enregistrée par le cerveau

ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail

Filtration Glomérulaire : action de filtrer le plasma pour élaborer l'urine primitive.

Foetotoxiques : à des effets sur la croissance fœtale, la maturation ou la fonction des organes.

GPA : Gestation Pour Autrui

Haptonomie : science qui étudie le rôle des contacts dans les relations humaines

Hyperpigmentation : production excessive de mélanine qui va rendre la peau de l'individu plus foncée qu'à son habitude.

INSEE : Institut Nationale de la statistique et des Etudes Economiques. Il collecte, produit, analyse et diffuse des informations sur l'économie de la société.

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale : organisme public français dédié à la recherche biologique et médicale.

Insulinase : enzyme du foie, qui rend l'insuline inactive

Insuline : hormone sécrétée par le pancréas

IRM : Imagerie à Résonance Magnétique

IVG : Intervention Volontaire de Grossesse

LGBTI : « *Se dit des personnes se reconnaissant dans l'un des termes Lesbiens, Gay, Bisexuel, Transgenre ou Transsexuel et Intersexuel et des organisations qui les représentent.* » (Le petit Larousse)

Maison de naissance : lieu permettant aux femmes qui ont une grossesse à bas risque, de bénéficier de l'accompagnement personnalisé d'une sage-femme pendant la grossesse et au cours de l'accouchement

Mandala : dessins circulaires organisés autour d'un centre.

Microchimérisme fœtal-maternel : au cours de la grossesse, le fœtus peut acquérir des cellules maternelles d'origine fœtale, provenant d'une grossesse antérieure ou d'un avortement antérieur.

Morbidité : nombre de malades dans un groupe donné et pendant un temps déterminé.

Naissances prématurées : désigne un enfant né avant le terme prévu.

Neurotypique : personne ayant un fonctionnement neurologique considéré dans la norme.

Oestrogènes : hormones sexuelles produites en grande partie par les ovaires et par le placenta.

Olfactothérapie : thérapie qui utilise les odeurs de certaines huiles essentielles pour amener la personne dans l'état voulu (calmer, tonifier...)

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

Parturiente : femme qui accouche

Phase de travail : période de l'accouchement, qui débute aux premières contractions jusqu'à l'ouverture complète du col de l'utérus.

Plateau technique d'accouchement : salle de naissance au sein d'un hôpital, recréant des conditions naturelles et à disposition des sage-femmes libérales

PMA : Procréation Médicalement Assistée

Progestérone : hormone produite par les ovaires chez la femme et en faible quantité chez l'homme.

Projet de naissance : liste des désirs des parents concernant l'accouchement et ses suites.

Reformulation : pratique de communication qui consiste à formuler avec d'autres mots des pensées ou phrases dites ou exprimées précédemment.

Résilience : aptitude d'un individu à surmonter des événements désagréables ou traumatiques et à les considérer de manière à ne plus vivre dans le malheur et à se reconstruire.

Secret professionnel : devoir assimilé à un professionnel, de ne pas partager les informations confidentielles d'un patient.

Sleeve : ablation d'une partie de l'estomac par opération.

Starter : technique, qui en atelier d'art-thérapie, favorise le démarrage, la création, l'imagination (mots sur un thème donné, musique ou chanson, visionnage de tableaux, émerveillement...) et impulse l'élan créatif qui va aboutir sur une réalisation.

Supervision : endroit où le professionnel peut interroger ses actes, ses postures, développer une meilleure connaissance de lui-même et ainsi développer ses capacités.

Tongue drum : instrument de percussion moderne, fabriqué à partir d'une bouteille de gaz.

UNICEF : Fonds des Nations Unies pour L'enfance

Utéroplacentaires : qui se rapporte à la fois à l'utérus et au placenta

Zentangle : méthode de relaxation par le dessin, qui consiste à tracer des motifs simples, structurés et répétitifs sur des carrés de papier (de 9 centimètres sur 9 centimètres), pour créer des dessins abstraits.

Annexe 1 : Items de cotation d'échelles d'évaluations validées

Seules y figurent les items reformulés et utilisés pour la grille d'évaluation

Echelle du stress ressenti de Cohen-item d'origine

Question 1 : Avez-vous été dérangée par un événement inattendu ?

Pour chaque item, la cotation varie de 0 à 7 points en fonction de la fréquence du trouble :

- 0 points : non évaluable
- 1 point : jamais
- 2 points : moins d'une fois par semaine
- 3 points : une à deux fois par semaine
- 4 points : quelques fois au cours de la semaine
- 5 points : une à deux fois par jour
- 6 points : plusieurs fois par jour
- 7 points : plusieurs fois par heure

Le score maximum est de 203 points. Un score élevé reflète une agitation intense.

Echelle d'anxiété de Hamilton- items d'origine

1. Humeur anxieuse

Cet item couvre la condition émotionnelle d'incertitude devant le futur, allant de l'inquiétude, l'irritabilité, ainsi que de l'appréhension à un effroi irrésistible.

0 – Le/la patient(e) ne se sent ni plus ni moins sûr(e) de lui/d'elle et n'est ni plus ni moins irritable que d'habitude.

1 – Que le/la patient(e) soit plus irritable ou se sente moins sûr(e) de lui/d'elle que d'habitude est peu clair.

2 – Le/la patient (e) exprime plus clairement qu'il/elle est dans un état d'anxiété, d'appréhension ou d'irritabilité, qui peut lui sembler difficile à contrôler. Néanmoins, l'inquiétude touche des préoccupations mineures et ceci reste sans influence sur la vie quotidienne du/de la patient(e).

3 – Quelques fois, l'anxiété ou le sentiment d'insécurité sont plus difficiles à contrôler car l'inquiétude porte sur des blessures graves ou des menaces qui pourraient arriver dans le futur. Il est arrivé que cela interfère avec la vie quotidienne du/de la patient(e).

4 – Le sentiment d'effroi est présent si souvent qu'il interfère de manière marquée avec la vie quotidienne du/de la patient(e).

5. Troubles de la concentration et de la mémoire

Cet item couvre les difficultés de concentration, ainsi que celles à prendre des décisions dans des domaines quotidiens, et les problèmes de mémoire.

0 – Le/la patient(e) n'a ni plus ni moins de difficultés à se concentrer que d'habitude.

1 – Il n'est pas clair si le/la patient(e) a des difficultés de concentration et/ou de mémoire.

2 – Même en faisant un gros effort, le/la patient(e) éprouve des difficultés à se concentrer sur son travail quotidien de routine.

3 – Le/la patient(e) éprouve des difficultés prononcées de concentration, de mémoire, de prise de décisions : par exemple, pour lire un article dans le journal ou regarder une émission télévisée jusqu'à sa fin.

4 – Pendant l'entretien, le/la patient(e) montre des difficultés de concentration, de mémoire, ou à la prise de décisions.

6. Humeur dépressive

Cet item couvre à la fois la communication non-verbale de la tristesse, de la déprime, de l'abattement, de la sensation d'impuissance, et de la perte d'espoir.

0 – Absente

1 – Il n'est pas clair si le/la patient(e) est plus abattu ou triste que d'habitude, ou seulement vaguement.

2 – Le/la patient(e) est plus clairement concerné(e) par des vécus déplaisants, bien qu'il/elle ne se sente ni impuissant(e) ni sans espoir.

3 – Le/la patient(e) montre des signes non-verbaux clairs de dépression ou de perte d'espoir.

4 – Le/la patient(e) fait des observations sur son abattement ou son sentiment d'impuissance ou les signes non verbaux sont prépondérants pendant l'entretien, de plus, le/la patient(e) ne peut pas être distrait(e) de son état

La personne répond aux 14 items et attribue à chaque groupe de symptômes une note de 0 (absence de symptômes) à 4 (symptômes d'intensité maximale) pour chaque réponse. Le score total va de 0 à 56.

Un score <17 indique une sévérité légère, un score de 18 à 24 une sévérité légère à modérée et un score de 25 à 30 une sévérité modérée à sévère.

Echelle de dépression de Montgomery et Asberg- items d'origine

8- Incapacité à ressentir Correspond à l'expérience subjective d'une réduction d'intérêt pour le monde environnant, ou les activités qui donnent normalement du plaisir. La capacité à réagir avec une émotion appropriée aux circonstances ou aux gens est réduite.

0 Intérêt normal pour le monde environnant et pour les gens.

1

2 Capacité réduite à prendre du plaisir à ses intérêts habituels.

3

4 Perte d'intérêt pour le monde environnant. Perte de sentiment pour les amis et les connaissances.

5

6 Sentiment d'être paralysé émotionnellement, incapacité à ressentir de la colère, du chagrin ou du plaisir et impossibilité complète ou même douloureuse de ressentir quelque chose pour les proches parents et amis.

L'échelle comporte 10 items cotés de 0 à 6.

- De 0 à 6 points : le patient est considéré comme sain.
- De 7 à 19 points : le patient est considéré comme étant en dépression légère.
- De 20 à 34 points : le patient est considéré comme étant en dépression moyenne.
- > 34 points : le patient est considéré comme étant en dépression sévère.
-

Echelle d'estime de soi de Rosenberg- items d'origine

Tout à fait d'accord 1 Plutôt en désaccord 2 Plutôt en accord 3 Tout à fait en accord 4

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

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

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

Le questionnaire est constitué de 10 items dont 5 évaluent **l'estime de soi positive** et 5 **l'estime de soi négative**. La réponse varie selon une échelle de type Likert en quatre points allant de "Tout à fait en désaccord" (1) à "Tout à fait en accord" (4).

Le score s'obtient par addition des scores aux questions 1, 2, 4, 6 et 7. Pour les questions 3, 5, 8, 9 et 10, la cotation est inversée. Le score est compris entre 10 et 40. L'interprétation des résultats est identique pour un homme ou une femme.

- Un score inférieur à 25 indique une estime de soi est très faible. Un travail dans ce domaine semble souhaitable.
- Un score entre 25 et 31, indique une estime de soi est faible. Un travail dans ce domaine serait bénéfique.
- Un score entre 31 et 34, indique une estime de soi dans la moyenne.
- Un score compris entre 34 et 39, indique une estime de soi forte.
- Un score supérieur à 39, indique une estime de soi très forte

Echelle d'affirmation de soi de Rathus- items d'origine

Tout à fait vrai +3 Vrai +2 Plutôt vrai +1 Plutôt faux -1 Faux -2 Tout à fait faux -3

10 - J'aime engager la conversation avec de nouvelles personnes

21- J'exprime ouvertement et franchement mes sentiments.

23 - Il m'est souvent difficile de dire "non"

Le score total de l'échelle est la somme de tous les items. Son étendue va de -90 à +90.

Annexe 2 : Grille d'observation de Mme M

Objectif principal : éviter la dépression post-partum

Depuis la dernière séance, avez-vous ressenti des situations marquantes ? (Auto évaluation : Échelle du stress ressenti de Cohen) 1/Non 2/ Quelques une 3/Plusieurs 4/ Beaucoup

Autoévaluation	2	3	2	1	2	2	4	2	2	2	1
	Séance 1	S 2	S 3	S 4	S 5	S 6	S 7	S 8	S 9	S 10	S 11
Anxiété											
Emotion anxieuse	3	3	3	1	1	2	3	1	1	1	1
Concentration et Mémoire	3	3	2	1	1	3	3	3	2	1	1
Émotion de tristesse	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Estime de soi											
Considération de soi	3	3	2	4	3	3	2	4	4	4	5
Capacités de réalisation	3	3	3	4	4	3	2	3	4	5	5
Satisfaction du travail effectué	3	2	2	4	3	3	2	4	4	4	5
Affirmation de soi											
N'hésite pas à faire des choix	2	4	3	5	3	3	2	4	5	4	5
Communication avec l'élève Art-T	3	3	4	4	4	4	5	5	5	5	5
Echange avec les autres patients	3	3	4	4	4	5	/	/	/	/	/
Lâcher prise											
Plaisir ressenti	2	2	3	1	2	1	4	4	5	5	5
Compétences relationnelles											
Regards	2	2	3	3	2	3	4	4	4	4	4
Sourires	4	3	3	4	2	4	4	4	4	4	4
Exprime son ressenti/émotions	2	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4
Compétences affectives											
Investissement dans l'activité/Autodétermination	4	3	3	4	3	4	1	3	4	4	4
Autonomie dans l'activité/assertivité	3	3	3	3	4	4	1	3	4	4	4
Se défini parent	2	2	3	4	3	4	4	4	4	4	4
Compétences artistiques											
Elan créatif	3	3	3	4	3	3	1	2	3	4	4
Imagination	2	3	2	4	2	3	1	2	3	4	4
Attitude dépressive											
Réalisation de l'activité	3	3	1	1	1	2	4	2	1	1	1
Comportement de nervosité	2	2	1	1	2	1	3	1	1	1	1
Motricité											
Elan corporel	3	2	3	3	3	3	4	4	4	4	4
Auto-évaluation – Cotation de 1 à 9											
Bien-être en fin de séance	9	9	7	9	9	8	8	9	9	9	9
Je suis contente de ce que j'ai fait	9	6 « et encore »	9	9	9/10	6	5	9	8	9	9

Annexe 3 : Grille d'observation de Mme V

Objectif principal : se préparer à la naissance et à la parentalité

Depuis la dernière séance, avez-vous ressenti des situations marquantes ? (Auto évaluation : Échelle du stress ressenti de Cohen) : 1/Non 2/ Quelques une 3/Plusieurs 4/Beaucoup

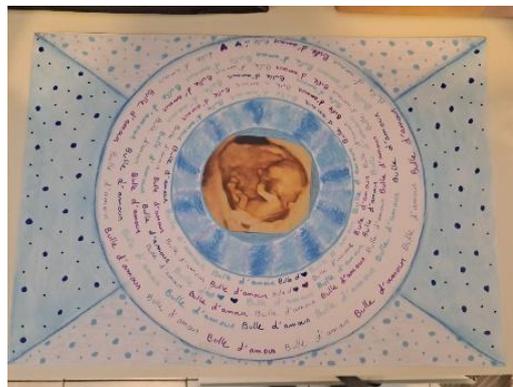
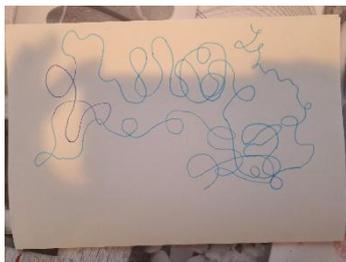
Autoévaluation	4	2	1	1	3	2	2	2	2	2	1
	Séance 1	S 2	S 3	S 4	S 5	S 6	S 7	S 8	S 9	S 10	S 11
Anxiété											
Emotion anxieuse	4	1	2	1	3	1	2	1	1	1	1
Concentration et Mémoire	3	2	2	3	2	2	1	2	1	1	1
Emotion de tristesse	4	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1
Estime de soi											
Considération de soi	2	3	3	3	2	4	4	3	5	5	5
Capacités de réalisation	2	3	3	4	4	4	5	4	5	5	5
Satisfaction du travail effectué	2	3	4	3	2	4	4	3	4	5	5
Affirmation de soi											
N'hésite pas à faire des choix	3	4	3	3	4	4	3	4	5	5	5
Communication avec l'élève Art-T	4	4	4	3	4	5	5	5	5	5	5
Echange avec les autres patients	/	/	4	4	/	/	/	/	/	/	/
Lâcher prise											
Plaisir ressenti	3	4	4	4	2	3	4	5	5	5	5
Compétences relationnelles											
Regards	2	3	3	3	2	3	4	4	4	4	4
Sourires	1	3	3	3	2	3	4	4	4	4	4
Exprime son ressenti/émotions	4	3	2	3	3	3	3	4	4	4	4
Compétences affectives											
Investissement dans l'activité / Autodétermination	2	3	3	3	4	4	3	4	4	4	4
Autonomie dans l'activité/ assertivité	2	2	3	3	4	3	3	4	4	4	4
Donne une identité à son bébé	3	3	2	3	2	3	4	4	4	4	4
Compétences artistiques											
Elan créatif	2	3	3	4	2	3	4	3	4	4	4
Imagination	2	2	3	3	2	3	3	4	4	4	4
Attitude dépressive											
Réalisation de l'activité	3	2	2	2	3	2	2	1	1	1	1
Comportement de nervosité	4	2	2	1	4	2	1	1	1	1	1
Motricité											
Elan corporel	2	2	3	3	3	3	3	3	4	2	4
Auto-évaluation -Cotation de 1 à 9											
Bien-être en fin de séance	6	8	7	6	7	9	9	9	9	9	9
Je suis contente de ce que j'ai fait	8	9	8	7	5	9	9	9	9	9	9

Annexe 4 : Réalisations de Mme M

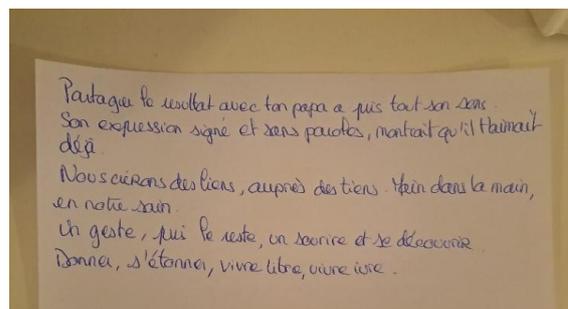
Séance 1 :



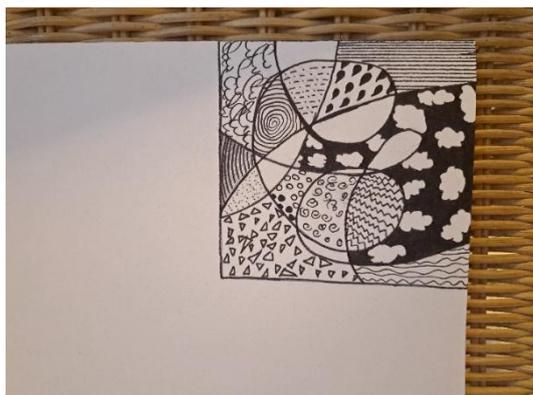
Séance 2 :



Séance 3 :



Séance 4 :



Séance 5 :



La musique va être l'aide que je trouve pour m'aider dans mes émotions. Celle qui va m'apaiser, me réveiller, ou encore me m'étre de bonne humeur. Je sais quelle peut m'aider pendant ~~est~~ le travail d'aventure du col, au début. Mais j'ai peur d'en avoir marre pendant le moment de la descente... Cette atelier m'a permis de prendre du recul sur ce que je voulais ou pas à ce moment de l'arrivée.

Séance 6 :

Ne pas avoir de patience.
 - tout ce qui est sécurisé dans la voiture
 - ne pas savoir comprendre bébé quand il pleure
 - gérer les conseils non sollicités ou aides des gens.
 - gérer le sommeil /
 - mort subite du nourisson

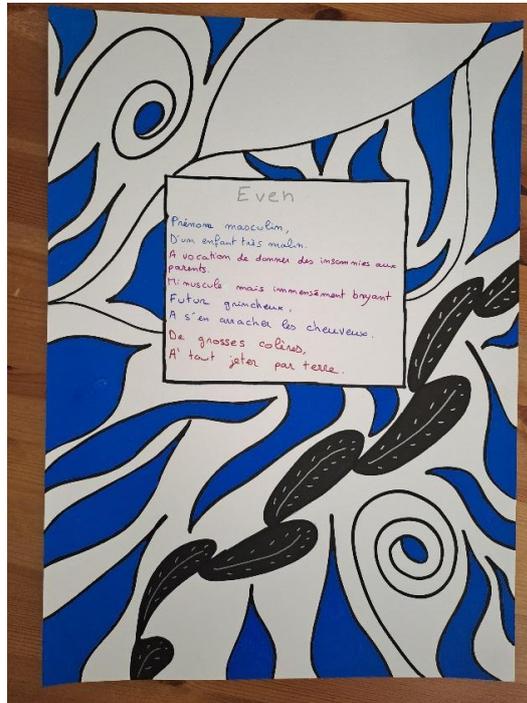


Séance 8 :

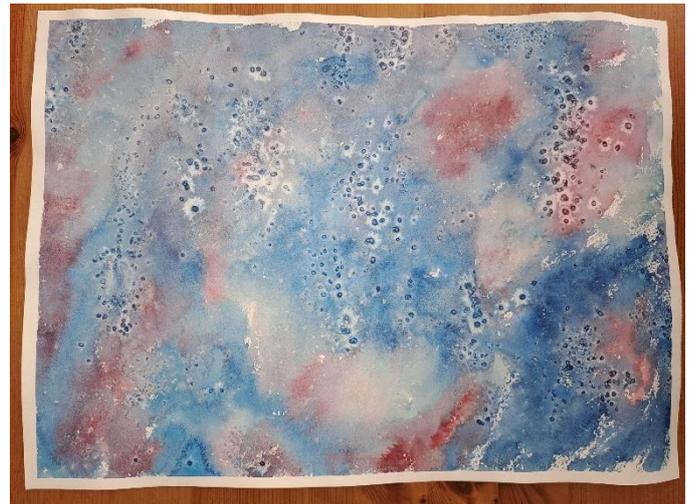
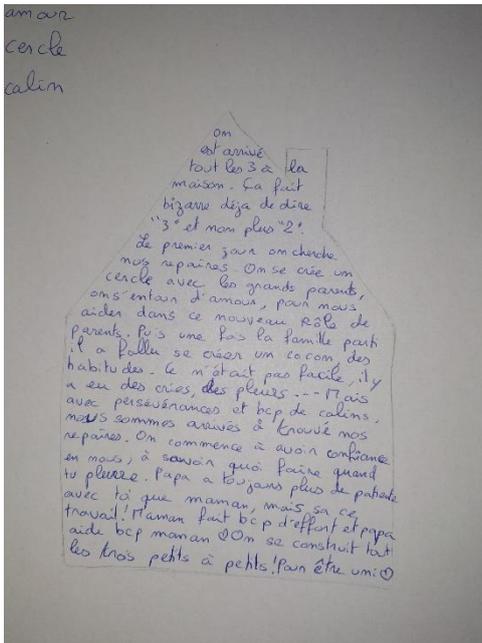
Émerveillement	Émerveillement	E
Valeurs petit guerrier	Violent	V
Étonnant événement	Événement	E
Nocturne	N	N
	SHA	

Emerveillement
Valeurs petit guerrier
Etonnant événement
Nocturne

Séance 9 :



Séance 10 et 11 :



Séance 6 :

~ Ma renaissance ~

Dans 2 mois : Je passe un couple, je deviens une maman mais aussi une femme éprouvée pour moi-même et non accepté. J'ai pour aspiration de devenir une indépendante et pour cela je pense qu'il y a quelques étapes à franchir. Je retrouve le peu d'énergie.

Dans 1 an : Un rythme de vie est bien en place, bébé nous a aidé à trouver celui-ci, nous avons nos dates de parents aimants, amis, complice, à 3 nous formons une jolie équipe. Des rituels sont installés : S'accroche de bébé, les tâches du quotidien, notre flamme de couple (le mariage) tout est harmonieux. Je ne fais belle tasse les jours pour me sentir bien dans ma peau. J'ai perdu 13 kilos, mon chéri me trouve magnifique. J'ai retrouvé entièrement mon énergie. Je retrouve enfin mon côté romantique et séduisant.

Dans 1 an et demi : de Wonderwoman est là ! Bien en place avec de superbes projets en cours de construction pour de tu également éprouvée dans sa vie professionnelle. En + d'avoir mis en application tout ce qu'il y a au dessus. Il n'y a pas de limite pour mon couple, mais chéri et moi-même de profiter pleinement de cette vie !

Dans 2 an et demi : Je travaille, j'ai eu ma micro & en j'ai en poste en CDI avec minimum une rémunération brute de 25000€ euros annuelle (micro et salaire). J'assume ce que je fais, je m'habille classe, j'ai perdu 20 kilos. Je suis la star de mon fils et de mon chéri. Je prépare la confection de bb en 2022, je ne fume plus du tout ni ne vapote, je fais du sport, je suis enceinte à minimum 50 kilos (mon poids de femme) et je profite de perdre de cette grossesse !!!



Séance 7 :

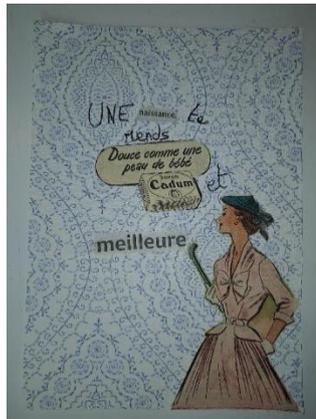
Mon bébé Victor,
Si j'avais quelque chose à te transmettre, ce serait mon courage face aux épreuves de la vie. D'être toujours déterminé et résilient, ne jamais abandonner et toujours rebondir. Fais toi confiance, apprends à t'aimer chaque jour qui passe, à prendre soin de toi et de toujours te respecter et respecter autrui. La vie est une danse imparfaite, garde le rythme dans la peau et éclate toi, ris, joue, danse et explore ta créativité, débordes en comme mon nouveau aime le faire. Comme ton papa, deviens cet homme respectueux envers toi-même et les autres, comprends tes, ait de l'empathie, demande pardon s'il te faut et deviens à ton tour un conjoint, The conjoint amoureux de sa compagne. Apportes ton aide au quotidien, sois à l'écoute des besoins. Cécile, ton père l'est énormément, il a plein de ressources pour aider, construire, fabriquer des choses, ce qui améliore la vie quotidienne. Cherche toujours des solutions qui soient bonnes pour toi, en te faisant confiance et gardes cet esprit logique de Jean-Patrick! Du courage, de la persévérance tu as déjà ! De l'amour et de la joie ont été transmis.

- Victorieux
- Intelligent
- Coquin
- Talentueux
- Original
- Respectueux



Séance 8 :

- Douleur sous la poitrine
- Peu de ne pas être assez présente
- Les émotions négatives
- Manque de sommeil
- de surmenage / manque d'énergie
- Une mauvaise santé bb



Séance 9 :



d'engagée
Actuellement de par la grossesse, et la relation entretenu avec J-P, tous les projets ensemble qui se sont réalisés ces 2 dernières années : achat maison / bébé

d'indomptable
Une facette de moi que je n'ai pas approfondit encore et que je ne connais pas. Ça me fait penser à une femme puissante qui a de l'influence et où son potentiel perso et pro doit être mis à profit++. Avoir + de confiance en moi : #Wanderwoman

la guérisseuse
Depuis que je suis enceinte, j'ai peur pour ma santé, cette carte me dit de faire + confiance en mon corps en son pouvoi. Sa capacité a me remettre, de m'auto guérir physiquement et psychologiquement.

Ces 3 cartes évoquent - elles ce qu'il va se passer dans mon avenir ? Ou ai-je déjà ces capacités non exploités ?

Séance 11 : Photographie et Vidéo



Annexe 6 : Droit à l'image

J'autorise Emmanuelle Fleury, étudiante Art-thérapeute, à capturer (films, photographies, et tout autre procédé de captation) et à exploiter mon image et mes réalisations dans le cadre de ses recherches en lien avec son mémoire de fin d'étude.

Nom :

Date :

Prénom :

Signature :

Accompagnement périnatal par l'art-thérapie : Être, Naître et Renaître

Des séances d'art-thérapie utilisant les techniques d'arts plastiques, écriture et musique passive ou intuitive, auprès de la patientèle d'une sage-femme

Résumé : La périnatalité est une période particulière, qui peut être accompagnée par une sage-femme libérale, au cours des différentes étapes qu'elle constitue : de la contraception, aux premiers mois de la vie d'un nouveau-né, sans oublier les événements de fausse couche, avortement... Cette période est très souvent chargée émotionnellement, par les différents changements qu'elle implique : corporels, psychologiques, familiaux... A cela s'ajoutent l'histoire de chacun, les transmissions Transgénérationnelles d'ordre épigénétique et les contextes environnementaux. Ainsi, la question d'un accompagnement adapté s'est posée, considérant la femme dans son entièreté. C'est-à-dire, l'accompagnement de la future femme enceinte, la femme enceinte et l'accompagnement post-partum, tout en respectant et même recherchant, ses propres choix. Nous avons consulté plusieurs études sur les changements de la femme durant cette période, en parallèle des transformations de l'embryon vers le fœtus et du fœtus vers le nourrisson. Les émotions et la sensorialité font partie intégrante du quotidien de ces deux êtres en devenir. Nous illustrerons ceci à travers deux suivis art-thérapeutiques, utilisant des techniques diverses, répondant aux attentes des patientes et à la sensorialité du futur bébé. Cette étude pourra amener vers d'autres questionnements, tant la pluralité des interventions et des objectifs autour de la périnatalité sont grands.

Mots Clés : Accouchement - Arts-plastiques - Art-thérapie - Ecriture – Emotions - Epigénétique - Fœtus – Grossesse - Musique – Périnatalité - Sensorialité - Transmission Transgénérationnelle

Emmanuelle Fleury, Année 2023

Perinatal support through art therapy: To be, to be born and to be reborn

Art therapy sessions using the techniques of plastic arts, writing and passive or intuitive music, with the patient population of a midwife

Summary : The perinatal period is a particular period, which can be accompanied by a liberal midwife, during the different stages that it constitutes: from contraception, to the first months of a newborn's life, without forgetting the events of miscarriage, abortion... This period is very often emotionally charged, by the various changes it implies: bodily, psychological, family... To this are added the history of each, Transgenerational transmissions of epigenetic order and environmental contexts. Thus, the question of appropriate support arose, considering the woman as a whole. That is to say, the accompaniment of the future pregnant woman, the pregnant woman and the postpartum accompaniment, while respecting and even seeking, her own choices. We consulted several studies on the changes in women during this period, in parallel with the transformations from embryo to fetus and from fetus to infant. Emotions and sensoriality are an integral part of the daily life of these two beings in the making. We will illustrate this through two Art-therapeutic follow-ups, using various techniques, responding to the expectations of patients and the sensoriality of the future baby. This study may lead to other questions, as the plurality of interventions and objectives around perinatality are great.

Keywords : Art-therapy - Childbirth - Emotions - Epigenetics - Fœtus - Music - Perinatality - Plastic-arts - Pregnancy - Sensoriality - Transgenerational Transmission – Writing