

UNIVERSITÉ de POITIERS
Faculté de Médecine et de Pharmacie
6, rue de la Milétrie
TSA 51115
86073 POITIERS Cedex 9 – France

**L'Art-Thérapie par les arts plastiques et la musique menée
auprès des aidants familiaux d'enfants diabétiques de type 1
suivis dans le programme d'Éducation Thérapeutique Pédiatrique
des hôpitaux de Poitiers, Niort et La Rochelle**

Diplôme Universitaire d'Art-Thérapie
Mémoire présenté par
Iliana LANDA
Année 2017

Référent universitaire :

Monsieur Jean-Jacques Giraud-Derouet
Directeur pédagogique du D.U. Art-Thérapie à la Faculté
de Médecine et de Pharmacie de Poitiers

Sous la direction de :

Madame le Docteur Marion Albouy-Llaty
Responsable Méthodologie

Lieu de stage :

Domicile des aidants

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Jean Jacques Giraud-Dérout et Monsieur Benoît Pain, impliqués avec cœur et joie dans le D.U. d'Art thérapie à Poitiers et pour la qualité et la richesse de leurs enseignements.

A Madame le Docteur Marion Albouy-Llaty, pour la qualité de son enseignement, pour son dynamisme, ses pédagogies interactives et pour avoir accepté d'être notre directrice de mémoire, démarche dans laquelle elle nous a accompagnées avec bienveillance.

A Madame le Docteur Émeline Fontaine pour nous avoir proposé ce beau cadeau, projet prometteur qui lui permettait de valider sa thèse de médecin pédiatre.

A Madame Viviane Scymczac pour nous avoir donné un enseignement très intéressant et approfondi, et nous avoir montré son regard de l'Art Thérapie dans la pratique.

A Madame le Docteur Caroline Robin, Pédiatre, responsable de l'Unité pédiatrique au CHU de Poitiers.

A Houria Elfellah et Ouazzani, interne en troisième semestre de santé publique.

A l'équipe d'éducation thérapeutique du CHU : Séverine Morlet (puéricultrice), Patricia Braud (infirmière) pour leur enthousiasme et leur don de soi auprès des jeunes diabétiques et de leur famille. La relation qu'elles ont construite avec les familles concernées a facilité le contact que nous avons eu pendant le stage avec les aidants.

Très particulièrement, aux familles des malades qui nous ont ouvert leur domicile et leur cœur et nous ont fait confiance.

Au Pôle Handicap de l'Université de Poitiers, Mme Johanna Perrot pour son grand soutien et pour avoir facilité l'apport de matériel technique adapté, mais aussi pour avoir mis à ma disposition des personnes aidantes pour l'aboutissement de ce mémoire, notamment la collaboration précieuse de Dorianne Boudeau ainsi que celle de Nicolas Nantes et Jérémie de l'association HandiSup. A Diego Leclerc dans son aide en informatique.

A Madame le Docteur Aïda de la Médecine Préventive de l'Université de Poitiers, pour son soutien et son encouragement.

A l'équipe d'Art-Thérapeutes en formation à la Faculté de Médecine de Poitiers et Tours, mes collègues, pour le travail collégial dans le cadre de projet Educ'Art-PED. : Joëlle Pallier mon binôme, Jocelyne Marchal, Isabelle Gaboriaud-Drouard, Nadège Lavacherie, Fanny De Rauglaudre, Marita Baret. Nous avons partagé une aventure pleine d'apprentissages.

Plus particulièrement à Jocelyne Marchal pour son accompagnement et ses conseils judicieux.

A Valérie Leclerc et Armelle Vervoux pour leur relecture précieuse et leurs conseils pertinents.

A Thérèse Menard et ses conseils importants par rapport à la musique.

A Anita Facon, Art Thérapeute et Artiste, pour m'avoir accompagnée et partagé son expérience et ses points de vue.

A Serge Beneytton, Professeur d'Initiation Musicale avec la méthode Jaël-Montessori et à sa professeure Mme Véronique Brasseur.

A mes parents : Jesus et Rosa, première source d'inspiration dans les domaines de l'Art et de la Pédagogie. J'ai grandi dans un environnement familial, sensible à l'art, à la musique, à la danse et au chant, sources de liberté et d'exultation. Cela m'a été très favorable dans ma construction personnelle. A mes sœurs Jacqueline et Teresa dans leur encouragement.

Ma mère a fait sa formation professionnelle dans le ballet classique, la danse folklorique mexicaine, la peinture et la sculpture ainsi que dans l'enseignement. Jesus, un de mes frères, a pratiqué la danse contemporaine et folklorique ; et aujourd'hui il est artiste peintre. David, mon petit frère spécialiste et formateur en percussions; et mon neveu Angel- âgé de 10 ans est un dessinateur hors pair.

A mon fils Gaël dans son soutien et son encouragement, son sens de l'humour et notre complicité.

A mes amis qui sont ma famille en France, dans leur soutien indéfectible : André Lassalle, Arlette Le Perrun, Carolyn Campbell, Régine Laprie, Denyse Ribot, Jairo Merchancano...

PLAN

PLAN.....	5
PREAMBULE.....	9
I. INTRODUCTION.....	10
II. MATERIEL ET METHODE.....	12
1. PRÉSENTATION DU « PROJET ETUDE EDUC'ARTPED ».....	12
1.1 Généralités.....	12
1.2. Contexte	12
1.3 Objectifs	13
1.4 Schéma	13
1.5 Critères d'inclusion et de non inclusion.....	13
1.6 Stratégies	14
1.7 Durée de la recherche	15
1.8 Retombées attendues.....	15
1.9. Journées d'observation du service d'ETP du CHU de Poitiers.....	15
Où tout a commencé :	15
2. L'ENTOURAGE DU JEUNE DIABETIQUE : « LES AIDANTS FAMILIAUX ».....	17
2.1. Définition de la pathologie	17
2.3. Définition médicale de la notion « d'aidants familiaux » et statut.....	20
2.4. Investissement de l'Aidant Familial.....	21
2.5. Les conséquences sur la qualité de vie et les besoins de l'aidant	21
3. ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT.....	22
3.1 Diagnostic et diagnostic éducatif	22
3.2 Plan Personnalisé	22
3.3 Déroulement des séances d'ETP	23
3.4 Evaluation des compétences acquises lors du déroulement du programme.....	23
3.5 Besoins du patient	24
4. Déroulement d'une séance type d'Art-Thérapie.....	28
5. Florilège des techniques artistiques :	29

5.1. Dessin	29
5.2. Encres	29
5.3. Pastel	30
5.4. Peinture acrylique	30
5.5. Collage	30
5.6. Technique numérique/ Impression numérique	30
5.8. Modelage	30
5.9. Mortier de structure	31
5.10. Mosaïque	31
5.12. Ecriture	31
5.13. Supports	32
III. RESULTATS. ETUDES DE TROIS CAS	32
1. Prise en charge de Monsieur B.	32
1.1. Anamnèse de Monsieur B	32
1.2. Objectifs thérapeutiques	33
1.3. Les séances d'Art-Thérapie	33
1.4. Tableaux qui présentent les items choisis afin d'illustrer les observations	40
1.5. Bilan de la prise en charge	41
2. Prise en charge de Madame H.	42
2.1. Anamnèse de Madame H.	42
2.2 Les objectifs thérapeutiques	43
2.3 Les séances d'Art-Thérapie	43
2.4 Tableaux qui présentent les items choisis afin d'illustrer les observations	49
3. Prise en charge de Madame C.	51
3.1. Anamnèse de Madame C.	51
3.2 Les objectifs thérapeutiques	53
3.3 Les séances d'Art-Thérapie	53
3.4 Tableaux qui présentent les items choisis afin d'illustrer les observations	60
3.5 Bilan de la prise en charge	62
IV. DISCUSSION	63

1. LE DOMICILE.....	63
1.1 Une rencontre dans un espace privé.....	63
1.2 Avoir 2 regards extérieurs posés sur soi, en occupant son espace personnel.....	63
2. Le domicile était-il ressenti, par les patients, comme un avantage ou un désavantage ?.....	63
2.1 Pour quelques-uns.....	63
2.2 Pour d'autres.....	64
3. L'Environnement.....	64
3.1 Etre exposés aux facteurs extérieurs à l'espace thérapeutique.....	64
4. Le domicile comme espace d'Art-Thérapie.....	65
4.1 L'espace.....	65
4.2 Espace pour soi comme être individuel, de respiration et ressourcement.....	65
4.3 Espace de lâcher- prise et de révélation.....	66
5. Défis de l'Art-thérapeute.....	67
5.1 Accueillir l'être dans toute son humanité, étant chez lui.....	67
5.2 Le temps : 6 séances.....	69
5.3 Travailler sur son histoire pour mieux accompagner.....	75
6. Le handicap visuel de l'Art Thérapeute est l'un des facteurs importants.....	76
dont il faut tenir compte lors de l'accompagnement du patient.....	76
6.1 Description de la pathologie liée au handicap de l'Art Thérapeute, et ses conséquences.....	76
6.2 Utiliser l'équipement nécessaire pour pouvoir fonctionner adéquatement.....	77
7. Le binôme.....	77
7.1 Les rôles : la référente et l'observatrice.....	77
7.2 La collaboration ou intervenir à deux.....	78
7.3 La posture Art-Thérapeutique.....	78
7.4 Le cadre thérapeutique.....	79
7.6 La logistique, la fatigue.....	79
CONCLUSION.....	80
BIBLIOGRAPHIE.....	83
WEBOGRAPHIE.....	84
GLOSSAIRE.....	86

ANNEXES	91
Annexe 1 : Œuvres des aidants non-exposés (une séance d'Art-Thérapie)	91
Annexe 2: Les œuvres de l'équipe pluridisciplinaire et de coordination du service d'ETP Pédiatrie du CHU de Poitiers	94
Annexe 3: Cadre thérapeutique	95
Annexe 4: Lettre d'information sur l'Art-Thérapie / PROJET EDUC' ART – PED	96
Annexe 5: Fiche d'ouverture	97
Annexe 6: Grille de synthèse.....	99
Annexe 7: Fiche d'auto-évaluation du patient :	100
Annexe 8: Charte de confidentialité pour les étudiants en Art-Thérapie intervenant dans le projet de recherche Educ' Art-Ped	102
Annexe 9: Notice d'information de l'aidant.....	105
Annexe 10: Formulaire de consentement.....	105
Annexe 11: Echelles standardisées de l'étude :	107
Annexe 12 : Fiche d'observation.....	112
Annexe 13 : Autorisation de photographier et de diffusion de l'image. Droit à l'image à titre gracieux	113
Annexe 14 : La musique et le cerveau	114
Annexe 15. La main et l'expression artistique : Les nerfs propriocepteurs	112

PREAMBULE

Le parcours professionnel de l'Art-Thérapeute, axé sur les langues (l'anglais et l'espagnol), le coaching, nous a amené à utiliser des méthodes actives pédagogiques, ainsi que les arts : le théâtre, la musique, la danse et le chant.

Puis la formation d'éducatrice pour les enfants de trois à six ans réalisée de 2004 à 2006 à l'Institut Supérieur Maria Montessori, appartenant à l'AMI (Association Montessori International) à Paris, lui a apporté des alternatives et des outils pédagogiques intéressants, mais il manquait à cette approche éducative la dimension créative et artistique auprès des apprenants.

A la base, cette pédagogie fut créée par Maria Montessori pour aider des enfants handicapés ou en difficulté. Il nous semble que cet aspect créatif et artistique serait complémentaire afin que l'enfant se libère de ses angoisses et restaure une meilleure image de lui-même, ce qui par la suite faciliterait ses facultés d'apprentissage et l'amènerait à un véritable épanouissement de lui-même.

C'est de là qu'a émergé le besoin d'aller plus loin dans nos recherches et de se former en Art-Thérapie. Certaines d'entre nous avaient expérimenté cette approche artistique en s'impliquant personnellement. Elles avaient testée ce que cela pouvait leur apporter, par la fréquentation des beaux-arts, et en pratiquant les Arts Plastiques sous différentes formes. Ce fut des moments d'échanges intenses, d'évasion, de bien-être et de plaisir, nous confortant dans nos choix.

I. INTRODUCTION

Qu'est-ce que c'est l'Art-Thérapie ?

Comme son nom l'indique, c'est l'usage, à des fins thérapeutiques, de la création artistique sous toutes ses formes : plastique (dessin, peinture, sculpture, photographie, collage), dramaturgique (théâtre, mime, cinéma), littéraire (poétique, romanesque, etc.), et musicale.

« *Le projet vaste (de l'Art-Thérapie) concerne le mieux-être global de la personne* », écrit Jean-Pierre Klein, lui-même pionnier de l'Art-Thérapie en France. Pour celui-ci, l'art est une façon indirecte d'exprimer des choses.

Notre implication dans le cadre de cette formation, ainsi que celui de l'ensemble du groupe de stagiaires était forte, dans la mesure où déjà, des médecins- dont Emilie Fontaine (qui soutenait sa thèse en pédiatrie) - souhaitaient que des séances d'Art-Thérapie soient expérimentées auprès d'aidants familiaux.

Le but était que ceux-ci aient la possibilité de se libérer de leur stress et de leurs inquiétudes face à la maladie de leur enfant atteint de diabète de type 1, et ainsi augmenter leur estime personnelle.

Notre motivation s'est également accrue dans la mesure où nous avons été sensibilisées à l'élément phare de cette proposition de stage qui défend la « salutogénèse », un concept développé par le sociologue de la santé Aaron Antonovsky. Ce concept désigne une approche se concentrant sur les facteurs favorisant la santé et le bien-être (physique, mental, social...), plutôt que d'étudier les maladies (pathogénèse).

La salutogénèse prône l'autonomisation par rapport à sa propre santé. La recherche d'un bien-être, d'une qualité de vie, en n'oubliant pas, bien sûr, l'aspect préventif crucial inhérent à la santé. L'essentiel de ce principe est de renforcer la santé et de la développer en tenant compte de notre environnement, qui a un impact dans notre qualité de vie. Cette notion a donc eu sur nous un écho puisqu'elle défend l'autonomie de la personne. Le patient comme l'aidant sont acteurs dans le cheminement qu'ils vont accomplir pour accéder à une meilleure qualité de vie.

Lorsque des parents sont confrontés à la maladie de leur enfant porteur de diabète de type 1, cela a des répercussions sur la vie quotidienne, qui sont liées aux contraintes de la maladie : s'assurer que le traitement soit effectué, que l'alimentation soit adaptée, que le contrôle de la glycémie soit fait régulièrement... Le but est que l'aidant retrouve un équilibre de vie et qu'il devienne autonome et serein dans l'accompagnement de son enfant.

C'est cette approche préventive, active et éducative qui a déterminé notre envie de poursuivre ce stage dans le cadre de la formation d'Art-Thérapie, et d'entreprendre des recherches auprès des aidants familiaux et des patients.

Il fallait vérifier que le bien-être de l'aidant favorise celui du patient. C'est donc ce projet d'étude « Educ'Art-Ped » qui nous a permis de faire des séances d'Art-Thérapie auprès de personnes aidantes dans leur milieu familial.

Cette recherche nous a permis de constater, après évaluation que les apports en musique et en arts plastiques en Art-Thérapie les ont aidées à trouver leur place, à définir leur rôle et leur investissement auprès de leur enfant ; et également à améliorer leur qualité de vie au quotidien.

Il est important de souligner que cette démarche fut intéressante aussi, dans la mesure où un groupe de 6 stagiaires fut impliqué dans la même mission, ce qui a occasionné des échanges enrichissants nous permettant d'évaluer et de réajuster nos actions en faveurs des aidants familiaux.

L'intervention en binôme a aussi été extrêmement riche et utile dans les échanges dans la mesure où une stagiaire confrontée à un handicap visuel a pu travailler, en collaboration et appui réciproque, avec sa collègue, dans un environnement non contrôlé, c'est-à-dire au domicile des aidants.

De par notre expérience et celle de cette collègue, nous avons pu constater que l'adaptabilité de l'Art-Thérapeute est essentielle dans l'accompagnement des aidants. Le thérapeute devant, lui aussi, se confronter à ses propres limites, qui sont parfois purement physiologiques.

Cette introduction terminée, nous passons à la seconde partie, dans laquelle nous expliquerons, dans un premier temps, ce qu'est le diabète, et en quoi il nécessite une prise en soin éducative auprès du patient et de l'aidant.

Dans un second temps, il s'agira de décrire le contexte dans lequel s'est mise en place la recherche. Il sera donc important d'expliquer le projet « Educ'Art-Ped ».

Ensuite, nous rentrerons dans le vif du sujet à partir d'études de cas et de séances décrites d'Art-Thérapie au domicile des aidants. Enfin, il s'agira de procéder à l'évaluation de nos actions auprès des personnes accompagnées, en développant et en interrogeant notre posture professionnelle : adaptation en fonction du contexte ; de l'aidant ; et également des limites propres à chaque Art- Thérapeute.

II. MATERIEL ET METHODE

1. PRÉSENTATION DU « PROJET ETUDE EDUC'ARTPED¹ »

1.1 Généralités

Le Projet Etude Educ'Art-PED a pour objectif l'étude de l'impact de séances d'art-thérapie chez les aidants familiaux d'enfants diabétiques de type 1, suivis dans le programme d'éducation thérapeutique des hôpitaux de Poitiers, Niort et La Rochelle.

Différents partenaires s'inscrivent dans ce projet :

- Le promoteur de l'Etude : Le Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers,
- L'investigateur principal : Docteur Caroline Robin,
- Les investigateurs associés : Docteur Laetitia Lemarchand - La Rochelle, Docteur Paméla Chellun - Niort,
- Le méthodologue Responsable : Docteur Marion Albouy-Llaty.
 - pour la composante épidémiologique : Emeline Fontaine,
 - pour la composante sociologique : Houria El Fellah El Ouazzani,
- Deux pédiatres,
- Deux infirmières pédiatriques : Séverine Morlet (infirmière puéricultrice), Patricia Braud,
- Une diététicienne,
- Une psychologue.

1.2. Contexte

Le diagnostic d'un diabète de type 1 chez un enfant entraîne une profonde modification dans son mode de vie et dans celui de sa famille, particulièrement chez les parents, principaux aidants.

Les programmes d'éducation thérapeutiques actuels étant centrés sur l'auto-soin, il est possible que l'art-thérapie permette de développer les compétences psycho-sociales (estime_de soi, confiance en soi...), pour une meilleure gestion familiale de la maladie.

« L'Art-Thérapie a déjà fait ses preuves chez des aidants familiaux de patients atteints de cancer, car elle a permis de réduire le stress, l'anxiété des aidants familiaux. Dans un programme d'éducation thérapeutique, à notre connaissance, une seule étude a analysé son

¹ CPP Résumé 2015-A020008-41 Version n° 3 du 21/03/2016 cf annexe

impact. Elle favoriserait ainsi le développement de la créativité - donc des compétences psychosociales attendues. »²

1.3 Objectifs

1.3.1. Objectif principal

Évaluer l'impact de séances individuelles d'art-thérapie sur la qualité de vie des aidants.

1.3.2. Les objectifs secondaires

Évaluer l'impact des séances sur :

- L'anxiété des aidants (situationnelle et trait)
- L'estime de soi des aidants
- La qualité de vie des enfants diabétiques
- Évaluer la satisfaction globale des participants

1.4 Schéma

Dans cette étude expérimentale analytique multicentrique, de type essai contrôlé randomisé en deux bras parallèles, nous trouverons :

- Un «groupe avec intervention » : les aidants participeront à 6 séances individuelles d'art-thérapie de 2h avec un binôme d'Art-Thérapeutes à domicile.
- Un «groupe contrôle » : les aidants participeront à des séances individuelles d'art-thérapie de 2h avec un binôme d'Art-Thérapeutes à domicile, entre juin et août 2016.

1.5 Critères d'inclusion et de non inclusion

1.5.1. Critères d'inclusion

1.5.1.1. De l'aidant

Un seul des aidants familiaux d'enfant diabétique de type 1 (suivi dans le programme d'éducation thérapeutique des hôpitaux de Poitiers, Niort et La Rochelle), sera inclus (par enfant diabétique), qu'ils soient parents ou non. Celui-ci accepte de participer au maximum à 6 séances d'art-thérapie de 2 heures chacune, (Age $\geq$ 18 ans). C'est un sujet libre, sans tutelle, curatelle, ou subordination.

Le consentement éclairé sera signé par l'aidant de l'enfant (annexe).

1.5.1.2. De l'enfant

² Annexe CPP page 17

L'enfant (âge < 18 ans, ayant un DT1) sera inclus dans le programme d'éducation thérapeutique pédiatrique des enfants DT1 de l'hôpital de Poitiers, Niort ou La Rochelle, avec le consentement éclairé et signé par son représentant légal.

1.5.2. Critères de non inclusion

1.5.2.1. De l'aidant

L'âge de l'aidant doit être supérieur ou égal à 18 ans. L'aidant ne doit pas participer simultanément à une autre étude de recherche clinique. Les personnes bénéficiant d'une protection renforcée, à savoir les mineurs, les personnes privées de liberté par une décision judiciaire ou administrative, les personnes séjournant dans un établissement sanitaire ou social, les majeurs sous protection légale, les aidants en situation d'urgence, les familles d'accueil, le foyer, ne peuvent participer à l'étude, ainsi que les aidants qui refusent de participer.

1.5.2.2. De l'enfant

- Si le représentant légal et / ou l'enfant refuse de participer.
- Si l'enfant déménage dans l'année dans une autre région que le Poitou-Charentes.

1.6 Stratégies

La stratégie du projet consiste à faire intervenir un art-thérapeute dans le programme d'éducation thérapeutique.

Au sein de ce programme d'éducation thérapeutique pédiatrique des enfants avec DT1 (Diabète Type 1), des séances d'art-thérapie seront réalisées, à domicile, pour les aidants familiaux.

Les intervenants seront des Art- Thérapeutes en formation, inscrits au Diplôme Universitaire d'art- thérapie de Poitiers, dirigé par le Professeur Giraud, ou à la Certification d'Art-Thérapie de Tours. Les Art-Thérapeutes en formation seront suivies par le Professeur Giraud. Elles échangeront avec Mme Viviane Szymczak, responsable pédagogique de l'Art-Thérapie au CERFEP (Centre de Ressources et de Formation à l'Education du Patient) à la CARSAT – Nord-Picardie.

Le type d'art employé sera défini avec l'art-thérapeute. Six séances maximum de 2h seront proposées à chaque aidant avec la présence de deux art-thérapeutes, dont un observateur.

Les informations générales seront recueillies ou envoyées au début de l'étude. Les différents questionnaires seront récupérés au début de la première séance et à la fin de la dernière séance pour les deux groupes « avec intervention », et « groupe contrôle ».

Le recueil des données sera effectué avec 4 échelles standardisées (Annexe 11) :

- -PedsQL Module Impact Family
- IASTA : anxiété des aidants
- Rosenberg : estime de soi des aidants

- AUQUEI pour les 3/10 ans et PedsQL 3.0 pour les 10/18 ans : qualité de vie des enfants diabétiques.

Une autre échelle non validée sera utilisée :

- Satisfaction globale des participants

L'hypothèse de l'étude est que « l'art-thérapie améliore le score de qualité de vie des aidants ».

Le nombre de sujets nécessaires est de 34 familles, soit 17 sujets par groupe et le nombre de sujets inclus est de 40 familles dont + 20% de potentiels perdus de vue (soit 8 familles).

1.7 Durée de la recherche

La durée de recherche d'inclusion se prévoit sur 6 mois, pour une durée totale de participation à l'étude pour l'aidant de 19 semaines (date de dernière évaluation du groupe contrôle). D'un point de vue théorique, l'étude s'étend d'avril 2016 à fin février 2017.

1.8 Retombées attendues

Trois finalités de l'étude sont retenues :

- le maintien ou le développement des compétences psycho-sociales,
- la qualité de vie des aidants d'enfants diabétiques suivis dans le programme d'éducation thérapeutique, et de la qualité de vie de ces enfants.
- L'évaluation de l'intérêt d'intégrer un art-thérapeute dans ce programme. Nous cherchons à recueillir des données probantes sur la place de l'Art-Thérapie dans l'ETP.

1.9. Journées d'observation du service d'ETP du CHU de Poitiers

Où tout a commencé :

L'équipe d'ETP s'occupe de l'éducation thérapeutique des enfants souffrant de maladies chroniques telles que le diabète, l'asthme, l'encoprésie et la mucoviscidose. Nous avons eu l'opportunité d'observer des séances d'ETP concernant le diabète et l'encoprésie.



L'ambiance est accueillante, il y a deux pièces aménagées qui communiquent l'une avec l'autre, mais qui peuvent rester fermées avec le couloir extérieur. Il y a des tables, chaises, jouets tout en couleur, pour accueillir les enfants. Il y a un bruit environnant qui vient des autres services de la

Pédiatrie du CHU, ce qui ne semble pas être dérangeant pour les séances.

Il y a des outils pédagogiques sur les armoires, des brochures avec des images, des questionnaires et jeux sur papier pour contrôler l'avancement de chaque enfant.

« Un contrat » moral est passé avec les enfants pour qu'ils s'engagent par rapport à leur propre suivi. Ils apprennent à se responsabiliser, face à leurs parents et à l'équipe d'ETP. Ainsi, ils peuvent être plutôt dans une position de prévention et d'éducation. Le but est qu'ils soient acteurs dans leur démarche comme le stipule le concept de Salutogénèse.

L'équipe d'ETP montre un sourire, un regard bienveillant et participe aux jeux. Elle utilise le langage des jeunes du type « tu n'as pas entendu le sms » sous-entendu l'alerte pour parler de l'encoprésie. Elle s'adapte en se servant d'un langage jeune, ludique et à la portée des enfants. Mais ils parlent aussi un langage technique comme pour le diabète : hypoglycémie et hyperglycémie, le dosage, la pompe à insuline, le stylo entre autres, la façon de se nourrir qui est cruciale, les heures des goûters et leur contenu. Puis, surtout les enfants apprennent à être attentifs à leur corps et à leurs réactions quand les signes arrivent. Certains sont très jeunes (2/3 ans). Les enfants apprendront peu à peu à gérer tous les aspects de leur pathologie, toujours sur un mode ludique. L'objectif est qu'ils deviennent autonomes dans leurs traitements.

L'équipe contient les enfants en leur amenant un cadre rassurant. D'ailleurs, ils semblent apprécier cela et s'investissent dans les jeux proposés. Ils sont accompagnés pendant la séance, de leurs deux parents, ou un des deux, qui reste(nt) très attentif(s) au suivi. Des séances plus techniques et ciblées sont également proposées aux aidants uniquement.

Matériel Sensoriel

L'équipe d'ETP utilise aussi du matériel sensoriel qu'elle a conçu et créé elle-même : par exemple, dans le cas de l'encoprésie, une représentation des intestins avec les matières fécales. L'équipe d'ETP a réfléchi sur la couleur, le poids, les différentes sections mobiles, qui peuvent s'assembler pour rendre le matériel plus « réel ». Les enfants peuvent avoir une appréhension kinesthésique en manipulant le matériel car « la main est la représentation même de l'intelligence » disaient Marie Jaëll et Maria Montessori.

Chez les personnes non voyantes ou les ostéopathes (par leur métier), nous trouvons des nerfs propriocepteurs très développés pour distinguer les choses, comme si « les doigts avaient des yeux ». Les nerfs propriocepteurs sont essentiels pour les musiciens. D'une façon plus précise, mais succincte, voici la façon dont cela fonctionne : les mains sont reliées au cerveau par les nerfs propriocepteurs*. Les nerfs acheminent les influx sensoriels et moteurs.

Avec du matériel sensoriel, les enfants vivent une compréhension « corporelle » de ce qu'ils apprennent » en ETP et l'apprentissage est plus rapide et stimulant.

Certains parents cherchent à trouver « *un rythme de croisière* » pour le suivi du diabète, le fonctionnement, le mode d'emploi. L'équipe d'ETP les informe que les enfants changent toujours en grandissant, donc les paramètres peuvent changer aussi.

Les assistantes maternelles et les enseignants des enfants sont aussi mis contribution dans leurs pratiques pour être attentifs aux signes qui arrivent : la léthargie, la concentration. Une enseignante a observé que lorsque T. commence à avoir un manque de concentration, une heure après, il était en hypoglycémie. Ils sont là pour prévenir leurs parents et éviter des crises dangereuses. Certains se sont même déplacés aux CHU pour apprendre le protocole à suivre. Le contact avec le psychologue est primordial pour pouvoir comprendre et verbaliser au mieux les ressentis des enfants.

Puis, nous avons eu aussi l'opportunité de faire découvrir une séance d'Art-Thérapie à l'équipe ETP ainsi qu'à l'équipe de coordination. Leurs œuvres finales sont visibles en ANNEXES (Annexe 2).

2. L'ENTOURAGE DU JEUNE DIABETIQUE : « LES AIDANTS FAMILIAUX »

2.1. Définition de la pathologie

Selon la définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : *«Le diabète est une maladie chronique* qui survient lorsque le pancréas ne produit pas assez d'insuline ou lorsque l'organisme n'est pas capable d'utiliser efficacement l'insuline qu'il produit. Il en résulte une concentration accrue de glucose dans le sang (hyperglycémie). Il existe plusieurs types de diabète dont :*

- Le diabète de type 1 (connu auparavant sous le nom de diabète insulino-dépendant (DID) ou diabète juvénile) se caractérise par une production d'insuline insuffisante.

- Le diabète de type 2 (appelé jadis diabète non insulino-dépendant DNID ou diabète adulte) résulte de l'utilisation inadéquate de l'insuline par l'organisme. Il est souvent la conséquence d'un excès pondéral et de l'inactivité physique.

- Le diabète gestationnel avec une hyperglycémie détectée pendant la grossesse.» 27

Le diabète de type 1 apparaît chez l'enfant ou l'adolescent (mais peut survenir à un stade ultérieur de la vie). Il se déclare entre 10 et 40 ans mais peut être diagnostiqué à tout âge. Il représente 10 à 15% des diabétiques. « En France 150 000 à 200 000 personnes sont concernées. Il s'agit d'un problème de santé publique en raison de sa survenue précoce (avant 20 ans chez plus de la moitié des patients) et de ses conséquences.» 28

Autrefois connu sous le nom de diabète insulino-dépendant, il se caractérise par une hyperglycémie due à une déficience absolue de la production d'insuline par le pancréas. La

survie des patients dépend des injections d'insuline durant toute leur vie. Ils peuvent présenter des symptômes graves. En général, ils ne sont pas obèses mais l'obésité n'est pas incompatible avec le diagnostic.

On parle de maladie auto-immune* quand certaines cellules du pancréas - appelées cellules bêta des îlots de Langerhans* - qui créent l'insuline, sont détruites par le système immunitaire de l'organisme. Elles ont pour rôle de synthétiser l'insuline qui est essentielle à l'utilisation du glucose sanguin par l'organisme comme source d'énergie. Dans ce type de diabète, il est absolument nécessaire de prendre régulièrement de l'insuline, d'où le nom « diabète insulino-dépendant. » D'ailleurs, cette pathologie était mortelle avant qu'il soit possible de la contrôler à l'aide de l'insuline.

Dans le diabète de type 1, les symptômes classiques sont une polyurie*, une polydipsie* et une perte de poids. Les complications résultent d'une artériopathie diabétique* et d'une neuropathie diabétique*, qui peuvent se manifester par des engourdissements des extrémités, douleurs dans les pieds (sensations de gêne), rétinopathie*. Les diabètes déséquilibrés peuvent s'accompagner d'infections récurrentes ou graves.

La vie du diabétique évolue entre hypo et hyperglycémies :

- l'hypoglycémie*, qui peut provoquer un coma diabétique hypoglycémique
- l'hyperglycémie*, qui engendre des complications aiguës (coma acido-cétosique*) et des complications chroniques (vue, troubles de la sensibilité, douleurs, troubles trophiques*).

- Du fait de la carence d'insuline, les tissus ne sont plus livrés en glucose, et utilisent les graisses, ce qui donne une augmentation des corps cétoniques pouvant conduire, dans les cas les plus graves à un coma acido-cétosique.

L'apport insulinaire quotidien ou pluriquotidien est obligatoire par voie injectable sous-cutanée (seringues ou stylos injecteurs) par le malade ou son entourage et, dans les cas instables, par l'utilisation de pompes à insuline à régulation électronique programmable.

La surveillance pluriquotidienne du taux de glycémie se fait à partir de gouttes de sang prélevées au doigt grâce à un lecteur de glycémie. Le sujet diabétique doit suivre un régime alimentaire adapté à chaque repas, à base de féculents - sucres lents - et plusieurs collations glucidiques par jour - sucres rapides. Une activité physique quotidienne est préconisée.

Chaque sujet diabétique étant unique, la famille doit s'adapter à ses besoins en tenant compte de l'ensemble de ces contraintes. Le risque principal vital étant le coma, il est important

27 <http://www.who.int/fr> 28 La revue du praticien, médecine générale tome 29, dossier *DIABETE DE TYPE 1* n°949, novembre 2015, p.725.

de pouvoir proposer un sucre rapide à tout moment en cas d'hypoglycémie et de disposer d'une seringue de Glucagon* systématiquement en cas de coma acido-cétosique, en attendant les secours.

Cette vigilance et ce suivi au quotidien sollicitent considérablement la famille, induisant régulièrement fatigue et anxiété. Les événements émotionnels ayant un rôle certain dans la régulation du taux glycémique du sujet, nous pouvons d'ores et déjà nous questionner sur la mise en place d'actions thérapeutiques auprès de ceux qui accompagnent l'enfant - ceux que nous appelons les aidants familiaux.

Cette maladie chronique et complexe nécessite de l'enfant malade et de son entourage une prise en soin éducative. C'est dans ce registre précis que l'Education Thérapeutique du Patient (ETP) a toute sa place. Cette maladie est même pionnière dans le développement de celle-ci. « Aujourd'hui, parmi les affections et problèmes de santé justifiant une éducation thérapeutique, le diabète arrive en tête des programmes d'ETP autorisés par les Agences Régionales de Santé (ARS.) »²⁹

2.2. Annonce du diagnostic de diabète de type 1

En général, c'est aux urgences pédiatriques que l'annonce du diagnostic de diabète de type 1 est posée. Effectivement, suite aux réponses à des questions ciblées et aux résultats des prélèvements de gouttes de sang et d'urine, la pathologie est sans appel. De ce fait, le médecin hospitalier avise les parents du diagnostic de la maladie chronique de leur enfant.

En conséquence, beaucoup de parents se sentent anéantis face à l'annonce et au diagnostic. On note un état de choc, un désarroi total et de nombreux questionnements viennent alors : « *Pourquoi est-ce que cela arrive à mon enfant* » ? « *Comment peut-il continuer à vivre comme avant ?* », « *Comment puis-je l'aider au mieux ?* »³. Des images de vie brisée, des sentiments d'impuissance, un véritable séisme psychologique, une rupture avec l'état de bien-être antérieur à cette annonce, définissent l'état émotionnel des parents. En d'autres termes, c'est un véritable bouleversement de la vie, avec des retentissements sur la vie personnelle, professionnelle, familiale et sociale.

En effet, le choix des mots prononcés par le médecin au moment de l'annonce est primordial, car ce nouveau vocabulaire spécifique va servir de base aux parents pour que la maladie prenne réalité. La plupart raconte qu'ils se sont remémorés des dizaines de fois

²⁹ IVERNOIS.J-F, DELL'ISOLA.B, GAGNAYRE.R, HARTEMANN.A, LE TALLEC.C, TRAYNARD.P-Y, VAILLANT.G (sous la direction de), *op.cit.*, introduction.

³ <http://l.medtronic-diabetes.ch> article « Ma fille est diabétique de type 1 »

l'annonce faite par le médecin, pour se persuader que l'existence d'un diabète chez leur enfant est une situation réelle.

C'est pourquoi, rapidement, enfants et parents sont inclus dans un programme d'éducation thérapeutique.

Au Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers (CHU), il existe, depuis 2010, un programme d'éducation thérapeutique pour les enfants diabétiques, coordonné par le Docteur Robin, dans lequel travaillent pédiatres, infirmières, diététicienne, psychologue ; tous formées à l'éducation thérapeutique.

Tous les enfants diabétiques de type 1 sont accompagnés au CHU, dans ce programme où un diagnostic éducatif est réalisé. Une prise en charge adaptée est mise en place par le biais de séances individuelles et collectives, avec une évaluation immédiate des connaissances acquises. Les compétences d'auto-soin, de sécurité et d'adaptation sont développées.

Selon l'OMS : *« l'éducation thérapeutique vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie, avec une maladie chronique. La loi Hôpital Patients Santé Territoires du 21 juillet 2009 a par ailleurs permis sa reconnaissance législative ».*

2.3. Définition médicale de la notion « d'aidants familiaux » et statut

La notion d'« aidant » apparaît dans les années 2000. Elle est employée par les professionnels de la santé pour parler d'un proche s'occupant d'un malade devenant alors « aidant familial ». A partir de 2005, la législation française, par l'article R.245-7 du Code de l'Action Sociale et Familiales, a défini un statut dans le cadre de la dépendance d'une personne handicapée. Depuis 2007, d'autres types de dépendance ont été prises en compte permettant ainsi une reconnaissance, en y associant de nouveaux droits et devoirs.

La définition retenue est celle de la Charte européenne de l'aidant familial (2007) : *« L'aidant familial est la personne non professionnelle qui vient en aide à titre principal, pour partie ou totalement, à une personne dépendante de son entourage, pour les activités de la vie quotidienne. Cette aide régulière peut être prodiguée de façon permanente ou non, et peut prendre plusieurs formes, notamment : nursing, soins, accompagnement à l'éducation et à la vie sociale, démarches administratives, coordination, vigilance permanente, soutien psychologique, communication, activités domestiques »*⁴.

Différents termes sont employés pour désigner la nature de l'entourage :

⁴ www.coface-eu.org

« aidant naturel », « aidant familial », « aidant informel », « proche ». Le code de santé publique* fait référence en priorité à la famille. En général, il s'agit d'un conjoint, un parent, un enfant, un ami ou même un voisin, non rémunérés pour l'aide apportée ; au contraire des professionnels considérés comme des « aidants formels », rémunérés.

L'aidant familial dans cette étude est majoritairement représenté par la mère de famille.

2.4. Investissement de l'Aidant Familial

Le rôle de l'aidant est prépondérant dans la prise en charge de l'enfant diabétique qui, dans ce cas de maladie chronique, apporte une charge de travail contraignante et répétitive : pesage des aliments, contrôle des taux glycémiques, rendez-vous trimestriels avec l'équipe médicale, et également les visites de l'infirmier(e) à domicile. Cela demande une présence active de l'aidant ainsi qu'une vigilance constante. Le parent devient un véritable « *partenaire de soin* »⁵. Se forme alors une relation triangulaire. Nous pourrions parler de réseau thérapeutique.

2.5. Les conséquences sur la qualité de vie et les besoins de l'aidant

L'annonce de la maladie chronique est une étape difficile. Elle provoque un « tsunami » émotionnel, un traumatisme pouvant engendrer un stress ; et susciter des émotions et sentiments contradictoires, en commençant par la sidération, le déni, la fuite, l'injustice, la culpabilité, la colère, la révolte, l'incompréhension, l'impuissance. Les peurs face à la maladie peuvent entraîner, de surcroît, une anxiété se caractérisant par un sentiment d'insécurité, des troubles diffus...

Les parents ont un deuil à faire : celui de l'état de santé antérieur de leur enfant, afin d'accepter la maladie. Nombre d'interrogations parfois sans réponses émergent. Les retentissements sur la qualité de vie de la famille deviennent importants et peuvent générer de la fatigue liée à la tension permanente. Par là-même, cela peut être également une source de conflits et aboutir à une dépression. La santé de l'aidant est un facteur essentiel à la bonne qualité de vie de la famille.

La prise en compte du rôle central de l'aidant à travers l'ETP permet la transmission des connaissances spécifiques de la maladie, des gestes médicaux vitaux, des obligations alimentaires, afin de pouvoir gérer au mieux tous les aspects sociaux, éducatifs de la vie de l'enfant, liés à la maladie.

⁵ <https://www.cairn.info/publications-de-Abidli-Yamina--132629.htm>

3. ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DU PATIENT

3.1 Diagnostic et diagnostic éducatif

Bien avant le diagnostic thérapeutique, le diagnostic, à proprement parlé du médecin pédiatre, est l'amorce pour débiter un diagnostic éducatif. Mais quel est ce mot que signifie ce mot ?

Le mot diagnostic apparaît dans la langue au XVIII^{ème} siècle. Il se définit selon J.C. Sournia, chirurgien et historien de la médecine, par « *le verdict que prononce le médecin devant son malade, verdict à partir duquel le soigné et le soignant adoptent le programme thérapeutique qui en découlera* »⁶. Le diagnostic est dès lors soumis à deux versions, celle du malade qui interprète et celle du médecin qui a sa pensée technique. Défini comme un « verdict », un « dire vrai » ou un « vrai dire », celui-ci est un acte de parole, une déclaration, un jugement rendu par une autorité médicale.

En ETP, le diagnostic n'a pas la même résonance symbolique et catégorique. Non pas qu'elle aille à l'encontre du médecin, mais plutôt, elle ouvre un champ d'apprentissage en relation avec l'éducateur et une équipe pluridisciplinaire,

Il a ce côté plus pragmatique, car « *il permet d'appréhender les différents aspects de la vie et de la personnalité du patient, d'évaluer ses potentialités, de prendre en compte ses demandes et son projet. Il identifie les situations de vulnérabilité psychologique et sociale. Il appréhende également la manière de réagir du patient à sa situation et ses ressources personnelles et sociales. Il identifie la réceptivité du patient et de ses proches à la proposition d'une ETP* »⁷.

Le diagnostic éducatif est d'ailleurs un outil qui permet de recueillir les images et les représentations des enfants, des parents et de l'entourage. Il y a également beaucoup d'émotions, de sentiments, de peurs, de comportements non-verbaux, de questionnements. La prise en compte de tous ces aspects est essentielle pour la prise en charge qui commence.

3.2 Plan Personnalisé

La *première* étape est l'identification des besoins de chaque patient, dont ressortiront, au moyen d'un diagnostic éducatif, les composantes pédagogiques, psychosociales et biomédicales.

La *seconde* étape consiste à formuler avec le patient les compétences à acquérir ou à mobiliser. Elles sont à maintenir au regard de son projet, de la stratégie thérapeutique, de ses priorités, et à négocier avec lui, afin de planifier un programme personnalisé d'ETP.

⁶ SANTE MENTALE, Le diagnostic éducatif en éducation thérapeutique du patient. N° 198. Mai 2015

⁷ http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_guide_version_finale_2_pdf.pdf ; p.17

La *troisième* étape consiste à sélectionner les contenus à proposer lors des séances d'ETP. Les méthodes et techniques participatives d'apprentissage facilitent les interactions et les médiations avec le patient et ses proches afin d'acquérir ces compétences.

La *quatrième* étape est celle de l'évaluation des compétences assimilées par le patient (adaptation, changements mis en œuvre dans la vie quotidienne), du déroulement et de la pertinence du programme, indiquant à chacun, et aux professionnels de santé, ce que le patient a retenu et compris, ce qu'il sait faire et appliquer, ce qu'il lui reste éventuellement à acquérir, la manière dont il s'adapte à ce qui lui arrive.

3.3 Déroulement des séances d'ETP⁸

L'ETP se concrétise par des séances individuelles (d'une durée de 30 à 45 minutes), le plus souvent ; collectives ; ou en alternance. Les séances collectives, d'une durée de 45 minutes chez l'adulte, plus courtes ou avec des pauses chez l'enfant, rassemblent au minimum 3 personnes ; et au maximum 6 à 8 enfants, ou 8 à 10 adultes. Elles sont propices au partage d'expériences.

Ressources	Exemples
Techniques de communication centrées sur le patient	Ecoute active, empathie, attitude encourageante, entretien motivationnel à utiliser en particulier au moment de l'élaboration du diagnostic éducatif, au cours du suivi éducatif et du suivi médical, pour initier un changement chez le patient, soutenir sa motivation au fil du temps
Techniques pédagogiques	Exposé interactif, étude de cas, table-ronde, remue-ménages, simulation à partir de l'analyse d'une situation ou d'un carnet de surveillance, TP, atelier, simulations de geste et de techniques, témoignage documentaire, technique du photolangage.
Outils	Affiche, classeur-imagier, bande audio ou vidéo, cédérom, brochure, représentations d'objets de la vie courante, etc..

Source : HAS

3.4 Evaluation des compétences acquises lors du déroulement du programme

L'ETP permet de faire le point avec le patient sur ce qu'il a compris, ce qu'il sait faire, comment il vit au quotidien avec sa maladie, ce qu'il lui reste éventuellement à acquérir, afin de lui proposer une nouvelle offre d'ETP, qui tienne compte des résultats de cette évaluation et de l'évolution de la maladie.

3.4.1 A quel moment prévoir une évaluation individuelle ?

- Au minimum à la fin de chaque offre d'ETP,

⁸ Cours Dr Marion Llaty

- A tout moment du déroulement du programme si le professionnel de santé le juge nécessaire ou si le patient la sollicite.

3.4.2 Quels sont les objectifs de l'évaluation ?

- Mettre en valeur les transformations intervenues chez le patient : acquisition de compétences, vécu de la maladie au quotidien, autodétermination, capacité d'agir,
- Actualiser le diagnostic éducatif,
- Partager des informations et organiser une concertation avec les professionnels impliqués dans la prise en charge,
- Proposer au patient une nouvelle offre d'éducation thérapeutique qui tient compte des données du suivi de la maladie chronique et de ses souhaits.

3.4.3 Faire le point avec le patient et développer ses compétences d'auto-évaluation

- Permettre au patient d'exprimer son point de vue par rapport au processus éducatif et à son organisation
- S'assurer de la pertinence du diagnostic éducatif et de l'acquisition des compétences en fonction des priorités d'apprentissage
- Permettre au patient d'exprimer son vécu, sa manière de gérer au quotidien sa maladie.

3.5 Besoins du patient

Renforcer l'estime de soi, la confiance en soi est fondamental pour les patients ; tout autant que de lutter contre l'anxiété. Nous définirons aussi ce que nous entendons par lâcher-prise.

Définition de l'estime de soi

⁹ L'estime de soi est une des dimensions fondamentales de notre personnalité. C'est un phénomène discret, impalpable, complexe, dont nous n'avons pas toujours conscience.

Le verbe « estimer » vient du latin « *aestimare* », « évaluer », dont la signification est double : à la fois « déterminer la valeur de » et « avoir une opinion sur ».

Ce regard- jugement que l'on porte sur soi est vital à notre équilibre psychologique. Lorsqu'il est « positif », il permet d'agir efficacement, de se sentir bien dans sa peau, de faire face aux difficultés de l'existence.

⁹ Christophe ANDRE, François LELORD, L'estime de soi. S'aimer pour mieux vivre avec les autres. Odile Jacob poche, 2008.

Mais quand il est « négatif », il engendre nombre de souffrances et de désagréments qui viennent perturber plus ou moins notre quotidien.

L'estime de soi prend racine dans l'enfance à partir de quatre axes principaux :

1. *La bonne estime de soi parentale*
2. *L'amour parental « inconditionnel »*
3. *Une éducation cohérente (sens des limites)*
4. *La valorisation des initiatives de l'enfant.*

Elle repose essentiellement sur quatre piliers :

L'amour de soi

S'aimer ne souffre aucune condition : on s'aime malgré ses défauts et ses limites ; malgré les échecs et les revers. Il est inconditionnel. Il explique que nous puissions résister à l'adversité et nous reconstruire après un échec. Il n'empêche ni la souffrance, ni le doute en cas de difficultés, mais il protège du désespoir.

La vision de soi

Il ne s'agit pas seulement de connaissances de soi ; l'important n'est pas la réalité des choses, mais la conviction que l'on a d'être porteur de qualités ou de défauts, de potentialités ou de limitations. C'est un phénomène où la subjectivité tient un rôle prépondérant.

La confiance en soi

Elle s'applique surtout à nos actes. Etre confiant, c'est penser que l'on est capable d'agir de manière adéquate dans les situations importantes.

L'image de soi (niveau corporel)

Elle concerne la perception que nous avons de notre corps, de notre aspect physique. Elle est subjective.

L'estime de soi a besoin d'être « nourrie » tant, dans et par la relation à l'autre ; que dans une relation bienveillante à soi-même.

LES EMOTIONS FONDAMENTALES

Les émotions fondamentales que sont la peur, la colère, la joie et la tristesse se déclinent en une infinité de sous- catégories.

Le Petit Robert définit l'émotion (du latin « *ex-movere* » qui signifie mouvement vers l'extérieur) comme un état affectif intense, caractérisé par une brusque perturbation physique et mentale où sont abolies, en présence de certaines excitations ou représentations très vives, les réactions appropriées d'adaptation à l'événement.

Antonio Damasio* décrit l'émotion comme : « l'ensemble des réponses qui sont publiquement observables ». Selon lui, un sentiment est l'expérience mentale et privée d'une émotion.

Une émotion est un mouvement, un changement par rapport à un état immobile initial.

Une émotion comprend des phénomènes physiques « dans tout le corps », en particulier notre cœur s'accélère. C'est la composante physiologique des émotions.

L'émotion agite aussi l'esprit, elle nous fait penser différemment ; c'est la composante cognitive des émotions. Elle trouble la raison ou au contraire la soutient.

L'émotion est une réaction à un événement.

Enfin, l'émotion nous prépare et souvent nous pousse à l'action ; c'est la composante comportementale de l'émotion.

L'émotion est donc une réaction soudaine de tout notre organisme, avec des composantes physiologiques (notre corps), cognitives (notre esprit) et comportementale (nos actions).

Définition de l'anxiété

L'*anxiété* est un état psychologique et physiologique caractérisé par des composants somatiques, émotionnels, cognitifs et comportementaux¹⁰.

En l'absence ou en présence de stress psychologique, l'anxiété peut créer des sentiments de peur, d'inquiétude et de crainte.

L'anxiété est considérée comme une réaction « normale » dans une situation stressante. Lorsque l'anxiété devient excessive, elle peut être classifiée sous la dénomination de « troubles de l'anxiété⁴ ». L'intensité et le fonctionnement du sujet renseignent le praticien pour déterminer s'il s'agit d'une réaction naturelle ou pathologique.

Définition de la colère

La colère est tout à la fois une émotion fondamentale ; un processus qui masque une autre émotion (ex : « un homme ne doit pas être triste » ; faute de pouvoir pleurer, il se met en colère) et l'expression d'un besoin non reconnu, voire nié.

La colère a deux fonctions essentielles : nous « préparer au combat » et le rendre inutile en intimidant l'autre. Nous retrouvons cette double fonction – préparation à l'action et communication – dans pratiquement toutes les émotions¹¹.

Définition du lâcher- prise

C'est un moyen de libération psychologique consistant à se détacher du désir de maîtrise. Nous constatons que la plupart des auteurs définissent le lâcher-prise comme une acceptation de ce qui n'est pas contrôlable afin de se concentrer sur ce qui est contrôlable.

¹⁰ Wikipédia

¹¹ F. Lelord, C. André ; La force des émotions. Amour, colère, joie... ; Odile Jacob 2001.

Ces acceptions, aussi pertinentes soient-elles, peuvent être questionnées ; d'autant qu'actuellement, tout un chacun est sommé de lâcher-prise afin d'atteindre ce bien-être quasi obligatoire, prôné pour tous, gage d'épanouissement et de réussite individuels.

Cette expression possède aussi un sens moins riant – de nombreuses expressions en témoignent. En effet, cela peut aussi signifier « tomber (l'alpiniste qui lâche prise peut y laisser sa vie), baisser les bras, être envahi par » (« l'angoisse ne me lâche pas »)... Pour des personnes dont la vie est vécue comme une lutte (« il faut tenir »), qui cumulent des difficultés de divers ordres, il est aisément compréhensible que cette demande (ou attente implicite de lâcher-prise) soit vécue comme anxiogène.

Se questionner sur cette dimension, systématiquement posée comme objectif intermédiaire, sera utile à l'Art-Thérapeute, afin d'affiner son accompagnement.

3.5.1 Prise en charge de l'anxiété

L'équipe de l'ETP détecte chez certains patients un stress important qui génère de l'anxiété et atteint l'estime de soi. Dans ce cas précis il est important de prendre en compte cette souffrance, et l'équipe doit proposer des thérapies adaptées en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire (psychologue, art-thérapeute, soignants...).

L'Art-Thérapie fait donc partie des actions proposées en utilisant des médias artistiques tels que les arts plastiques et la musique. Ainsi le patient va pouvoir exprimer au travers de l'adoption d'un médium, son mal-être et faire émerger ses émotions, en se laissant porter par sa création. Le but de ces séances thérapeutiques n'est pas d'aboutir à une œuvre esthétique mais de permettre au patient de prendre du plaisir et de se libérer de ses angoisses.

Le but même d'une séance d'Art-Thérapie est que le patient vive un instant émotionnel et ainsi puisse se délivrer de ce qui le harcèle dans son inconscient. C'est peut-être ce que nous pourrions nommer l'effet cathartique tel que défini par Aristote, qui parle aussi de « purification ». Le patient bénéficiant des séances d'Art-Thérapie pourrait donc progressivement retrouver un équilibre psychique lui permettant d'améliorer sa qualité de vie au quotidien.

3.5.2 Prise en charge de l'estime de soi

L'Art-Thérapeute doit donner au patient l'opportunité d'améliorer son estime de soi.

L'Art-Thérapeute est présent pour rassurer, contenir et aiguiller le patient en lui proposant différents médias artistiques. C'est au patient de se laisser guider par ses envies, son imagination afin qu'il s'approprie son œuvre et la fasse sienne. C'est ainsi dans cet espace thérapeutique qu'il va créer ce qu'il lui est propre.

Le patient va donc progressivement se découvrir et réaliser qu'il a un potentiel créatif. L'estime de soi va donc s'accroître et cela va lui permettre de reprendre confiance en lui.

Cela aura une influence positive globale sur ses souffrances, et par conséquent une retombée tangible tout aussi positive sur le restant de la famille.

4. Déroulement d'une séance type d'Art-Thérapie

4.1. Déroulement d'une séance « type » 1H30

Pendant la séance d'ouverture, nous avons déjà pris connaissance des goûts et choix de l'aidant au niveau artistique, Nous lui avons aussi demandé la place ou le lieu dans la maison que nous allions utiliser comme espace thérapeutique.

L'aidant avait rempli les questionnaires initiaux pour l'étude, ainsi que son enfant.

Cela nous a permis d'amener le matériel nécessaire pour les séances, Parfois les séances ne se passaient pas comme prévu. Il fallait souvent s'adapter à une nouvelle réalité et/ou à un nouvel espace non utilisé avant, dans leur domicile.

ETAPES:

4.1.1. Accueil

- Accueil chez l'aidant
- Installation du matériel dans l'espace thérapeutique/
- Se revêtir d'une tenue thérapeutique (tablier, blouse)
- Echange verbal sur le ressenti entre deux séances
- Rappel sur le cadre thérapeutique: temps, espace
- Installation de la place de l'aidant dans l'espace, et de son matériel.
- Installation de la place de l'observatrice et de l'Art- Thérapeute référente.

4.1.2. Production

- Invitation de l'Art- Thérapeute référente en direction de l'aidant afin qu'il poursuive une production non finie ou en commence une nouvelle
- Si besoin d'aide technique ou échange verbale : être attentive au langage verbal et non verbal pendant la production
- L'observatrice prend des notes à distance
- Marquer doucement la fin de la séance

4.1.3. Mise en mots

- Invitation à échanger verbalement puis à remplir le formulaire d'autoévaluation
- Le / la questionner sur : comment il/elle voit la suite (prochaine séance)

4.1.4. Séparation

- Rangement et nettoyage du matériel
- Se dire au revoir
- Départ

5. Florilège des techniques artistiques :

5.1. Dessin

C'est une représentation graphique des formes exécutées à main levée ou aux traits.

C'est l'acte le plus naturel et spontané de l'homme. Le dessin, actuellement, recouvre plusieurs aspects : - *une fonction d'étude* : esquisse d'une œuvre à venir, croquis pour noter une situation sur le vif (un consommateur dans un café, un mécanisme, une idée ...)

- *une fonction d'utilité* : réalisations de maquettes en 3D avec logiciel...

5.1.1. Fusain

C'est le procédé de dessin le plus ancien qui emploie un matériau très tendre. C'est l'idéal pour les esquisses.

5.1.2. Crayon

Crayon Conté, mine de plomb, graphite. Facilement effaçable mais moins volatile que le fusain, il convient bien aux dessins spontanés.

5.2. Encres

L'encre est le moyen du dessin élaboré non modifiable. Elle a différentes qualités : encre noir de Chine (la plus commune actuellement), brune, bistre, de suie de bois bouilli, ferogalique, à base de noix de galle, de sulfate de fer ; et des gommes arabiques, sépia à partir d'encre de seiche. L'instrument utilisé est le pinceau constitué d'une plume, supplantée dès le 18^{ème} siècle par la plume métallique.

5.2.1. Encre acrylique

Elle se présente sous forme d'émulsion acrylique de qualité, chargée en pigments ultrafins. Permanente, elle résiste à l'eau et est non écrasante. Elle est constituée, soit de dispersion de pigments dans une gomme arabique, soit d'une solution de colorant dans l'eau, avec ajouts de divers additifs. Les outils utilisés sont pour les plus anciens : la plume d'oiseau, le roseau et le pinceau qui permet avec l'ajout d'eau de dégrader, faisant apparaître des valeurs picturales.

5.3. Pastel

Le pastel est issu de plusieurs éléments broyés et mélangés : l'or pur, blanc, colle, plomb, talque, gomme arabique. Il est préparé sous forme de bâtonnets dans une large gamme de colories. Utilisé en France, puis en Italie durant le XVI^{ème} siècle. Il demande beaucoup de doigté (les doigts servant à estomper). Il est fragile et se détériore à la lumière vive, craint le fait d'être touché, mais bien conservé, garde toujours sa fraîcheur.

5.4. Peinture acrylique

Cette invention moderne (1920) est d'emploi facile, ce qui explique son grand succès contemporain. Les couleurs acryliques réunissent les caractéristiques de l'huile, la souplesse de la détrempe, la transparence de l'aquarelle et la résistance aux agents atmosphériques. En peinture, l'art contemporain occidental utilise aussi bien le pinceau que les bombes avec ou sans pochoirs (graffitis), le street-art, la projection directe (dripping). Ce procédé est dû à la volonté révolutionnaire de peintres mexicains tels que Orozco, Rivera et Siqueiros, de disposer d'un matériau efficace, rapide et performant, résistant aux oxydations, aux décompositions chimiques, à la pollution, pour la réalisation des grandes peintures murales.

5.5. Collage

Ils sont aussi connus sous les termes de découpage et assemblage. C'est une technique consistant à découper, assembler et coller ou fixer des fragments de matériaux hétérogènes sur un quelconque support. André Breton donna cette poétique définition : « Le collage est une faculté merveilleuse d'atteindre deux réalités distantes et de leur rapprochement, de tirer une étincelle.

5.6. Technique numérique/ Impression numérique

En sortie d'ordinateur, l'impression jet d'encre ou laser permet l'exécution rapide et bon marché « des preuves d'artistes », qui peuvent alors mieux se concentrer sur la conception artistique plutôt que sur la réalisation. Les procédés haut de gamme utilisent des jets de pigments et permettent l'impression directe des œuvres finales. On peut penser que l'impression numérique peut compenser la sérigraphie mais l'impression numérique n'est pas un bon procédé de copie car respecter les couleurs est encore extrêmement difficile et le rendu final peu fiable.

5.8. Modelage

Le modelage est une technique de structure qui se pratique sur des matières malléables, principalement des terres plastiques comme l'argile, la terre glaise, les pâtes à modeler, la cire, les pâtes auto-durcissantes. Le modelage permet d'obtenir des formes par façonnage, en utilisant

des outils comme des ébauchoirs et des spatules et aussi par le simple emploi des mains. Il existe plusieurs techniques de modelage. On peut par exemple obtenir une forme en retirant ou en ajoutant de la matière, ou en déformant le matériau. Pour les travaux de grandes dimensions, les sculpteurs utilisent une armature en bois, en métal, en noyau, en polystyrène pour éviter que le matériau ne s'effondre sur lui-même.

5.9. Mortier de structure

Il est aussi appelé aussi Modeling Paste. Ce produit a la consistance d'un mortier utilisé en construction. Il est blanc, assez épais et plutôt lourd. Il peut être préférable de se procurer celui qui est plus léger. Il sèche en quelques heures à peine. Le mortier de structure est idéal pour donner de la texture à une œuvre. En peinture, il permet de créer un magnifique relief. Le mortier peut autant s'appliquer avec un pinceau qu'avec une spatule à peinture et même avec les doigts. Une fois sec, il est possible de colorer avec toutes sortes de produits : peinture, encre... On peut aussi utiliser des éponges pour étaler et un peu patiner la couleur du mortier.

5.10. Mosaïque

C'est un art décoratif dans lequel on utilise de petits cubes ou des fragments multicolores de divers matériaux (pierre, marbre, granite, émail, verre, galet, assiettes cassées, cailloux, coquillages, ardoises, miroir cassé, métal, bois, céramique...), assemblés à l'aide de mastic ou d'enduit, pour former des motifs ou des figures. Quel que soit le matériau utilisé, ces fragments sont appelés des tesselles. Ce motif décoratif peut parer le revêtement d'un sol, d'un mur, d'un plafond, la surface d'un objet 3D ou même un carton toilé plat. Pour tailler les tesselles, nous pouvons utiliser une pince spéciale ou une marteline (sort de marteau) et un tranchant.

5.12. Ecriture

L'écriture est un art, un regard sur le monde, un passeur de message. Écrire, c'est donner du sens à ses pensées, semer, partager, faire rêver. Le point de démarche de l'écriture est la créativité, cette capacité à oser, à aller vers un inconnu, à trouver une nouvelle idée, inventer une histoire, décrire. Faculté de notre cerveau à aller vers les détails, à exprimer un mot, un ressenti, une atmosphère, une chute, une expression. L'écriture permet de laisser une trace, de développer sa résilience, de renouer avec l'esthétique et l'émotion, de transformer son regard. Certaines approches associent l'écriture et l'art plastique, le collage tel un carnet de voyage, un peu comme le scrapbooking : une ouverture à la créativité et à l'exploration des mots. L'écriture peut se présenter en forme de calligraphie ou de belles écritures avec des encres, des plumeaux, des marqueurs et des feutres.

5.13. Supports

Les supports utilisés sont différents : formats de papiers canson (A4*, A5* A3*, Raisin*) qui varient en textures et en couleurs. On peut aussi utiliser les châssis et carton toilé.

III. RESULTATS. ETUDES DE TROIS CAS

1. Prise en charge de Monsieur B.

1.1. Anamnèse de Monsieur B

Monsieur B. a 66 ans, il est marié, à la retraite, ainsi que sa femme. C'est le seul aidant parmi tout le groupe d'étude qui est un homme et un grand-père. Il n'a aucun traitement médicamenteux ni suivi médical spécifique.

Ancien cadre moyen qui travaillait dans l'électricité, l'électronique, l'informatique, la vente, et l'après-vente, Monsieur B aime bien le bricolage, travailler avec le bois, et les métaux. Il a un atelier chez lui. Il a créé avec la collaboration de son petit-fils L, une valise pour transporter sa console.

Monsieur B a accueilli chez lui son petit-fils L en catastrophe il y a un an et demi, car ses parents se sont séparés. C'était stressant pour Monsieur B. Il a dû trouver une nouvelle place, un nouveau rythme, comme il dit « être parent sans être parent ». Il a dû signer des papiers officiels, parfois sans même avoir l'autorité parentale. Son petit-fils, L, qui a 16 ans ne s'entend pas bien avec sa mère qui habite dans la région.

Le père habite près d'Avignon. L'enfant ira à la rentrée de septembre vivre chez son père. Après 45 ans de vie à Vendevre de Poitou, Monsieur B a le projet de vendre sa maison et de déménager en Auvergne pour se rapprocher du père de L.

Le jeune L est la seule personne de la famille qui a un diabète. L'ancienneté de son diabète est de presque 11 ans. Monsieur B aime bien faire la cuisine. C'est lui qui prépare les repas équilibrés dans l'intérêt de L. Il dit que finalement, toute sa famille peut bénéficier de cela.

Il dit être quelqu'un d'optimiste, il sourit facilement. Il dit être un « faux calme » malgré son positivisme. Il dit se préoccuper de L / « L a-t-il pris son traitement ? ». Cela l'empêche parfois de dormir. Monsieur B a arrêté de fumer il y a deux ans et dit avoir des kilos superflus.

Le jeune L voudrait apprendre des langues, entre autres le japonais, et avait pour projet de partir au Japon. Monsieur B se questionne sur cette possibilité et exprime sa crainte sur le suivi adéquat du traitement de L dans un pays étranger. Ce jeune est intéressé par les études, il aime bien s'impliquer dans des projets.

Il raconte que le jeune se gère seul, il est acteur de son traitement, il vit sa vie dans la connaissance de son corps et de son traitement d'injection d'insuline. Il souligne « Je suis fier d'avoir réussi cela avec L. »

Monsieur B aime bien écouter de la musique, le rock français, Eddy Mitchell par exemple, le jazz de la nouvelle Orléans, les rythmes gitans, manouches. Il aime danser le tango, la valse, le paso doble, le twist et le rock.

Il aime bien la photo, les expositions de photographies en noir et blanc, en couleur et les paysages. Avant, il faisait partie d'un club photos où il développait en argentique. Il aime le théâtre aussi. Il apprécie les spectacles avec les humoristes et le théâtre de rue.

Monsieur B ne connaissait pas l'Art-thérapie. Nous avons lu ensemble la présentation de l'art-thérapie dans le cadre du projet Educ'Art-Ped. Il était satisfait de ne pas avoir besoin de posséder de talent artistique pour participer aux ateliers.

1.2. Objectifs thérapeutiques

Objectif généraux : gérer son stress et son anxiété

Objectif intermédiaire : lâcher prise

1.3. Les séances d'Art-Thérapie

Séance 1

Technique Artistique utilisée : Musique et collage sur papier canson A3

Il nous a accueillies cordialement. Il nous a montré l'aménagement qu'il avait fait chez lui (dans la véranda) dans le but de préparer le lieu pour les séances d'Art Thérapie.

Première proposition : Ecoute de 2 morceaux de musique de Jazz de la Nouvelle-



Orléans, en suivant le rythme avec des instruments « originaux » à la manière d'un jeu. M. B. rentre dans le « jeu », il tape le rythme avec ses mains, avec les couvercles, sur la table. Il secoue le « molino »...Il bouge son corps et semble s'amuser.

Deuxième proposition : Collage sur papier canson A3 sur le thème du Cabaret de Jazz.

Matériel : Images diverses du thème, pastels secs, crayons, vernis colle, liant, brosse.

Ensemble de collage qui couvre tout le support, découpage et collage consciencieux, lissage en fin de production avec le vernis colle, intégration des pastels secs et crayons pour relier et combler certains blancs. Collage et découpage au carré.



Mise en mots : Avec la musique, il nous a dit « ça défoule ». Pour le collage, de sa propre initiative, il nous a expliqué comment son inspiration est venue en détaillant chaque choix d'image et où il a choisi de les coller. Il résume en disant que ce collage représente pour lui l'union, le partage et la joie.

M. B a constaté que cette séance lui plaisait bien, qu'il se sentait bien à la fin. Avec ses propres mots : « L'esprit libre, il est sorti de sa coquille et pense à autre chose ». Il a mentionné le désir de chercher des objets à lui pour les coller et les intégrer. Il se projette dans la prochaine séance sur un autre collage.

Auto-évaluation : M. B. trouve sur une échelle de 5 : Le plaisir à faire (le beau) il a choisi le 5. Dans la façon de faire (le bien) il a choisi le 5. Dans son envie de continuer (le bon) il a choisi le 5. Commentaire de M. B. sur son Bilan Auto Evaluatif : « J'ai découvert des talents cachés ». M. B a eu besoin d'un peu d'aide pour réaliser son bilan, il a passé un bon moment (il a coché 5 sur une échelle 5).

Observations : Pendant la séance M. B partage des moments de sa vie avec nous. En écoutant la musique, et en suivant le rythme avec ses doigts, cela lui rappelle quand il conduisait et tapotait sur le volant. Le collage lui rappelle son passé, quand il était plus jeune, il était activiste et collait parfois des affiches sur les murs pour manifester son point de vue. Ce moment, il l'accueille avec joie... Il est resté concentré et a pris un vrai plaisir à fabriquer ce collage. Puis il a envie de poursuivre « l'aventure ».

Séance 2

Technique artistique employée : Musique et Arts Plastiques (collage / habiller une boîte).

Matériel : Une boîte en carton, feuilles A4 blanches et en couleur, de différentes épaisseurs, images diverses du thème, pastels secs, crayons, vernis colle, liant, brosse. Des petits objets à lui.

Il nous a accueillis cordialement. Il a mis une nappe plastifiée sur la table, plus adaptée aux séances.

Première proposition : Ecoute de 2 morceaux de musique sur le thème Tzigane/Manouche, en suivant le rythme avec des instruments « originaux » à la manière d'un jeu. Il suit le rythme en tapant ses pieds sur le sol avec des tressautements. Il a exploré le rythme avec des « tablitas » en faisant le mouvement rotatif avec ses mains, pour entendre le son du bois quand les tablettes de bois se déplient. Il utilise les deux mains, une à la fois.

Deuxième proposition : Collage/habillage d'une boîte en carton avec des feuilles A4 blanches et en couleurs de différentes épaisseurs.

Matériel : Images diverses du thème, pastels secs, crayons, vernis colle, liant, brosse, ciseaux ...

Toujours avec le thème du collage. Choix d'une boîte à chaussures parmi 2 autres propositions. Préparation des outils pour habiller la boîte, Il va chercher ses propres outils pour couper (cutter) et une règle. Il reste debout. Il est très concentré. Il appuie avec application sur le bord pour faire une meilleure finition. Il habille la boîte intérieurement et extérieurement.



Mise en mots : Il nous explique : « qu'il s'est senti un peu pareil que la première fois ». Au début il regardait, un peu statique ; après il nous a dit : « mais un peu de réflexion et c'est parti ». Il était content d'habiller une boîte, car cela lui rappelle, le plaisir qu'il avait eu lors de la fabrication d'une boîte en bois avec son petit-fils L. Il nous raconte aussi que sa sœur était cartonnnière de luxe, et que son travail était de fabriquer des boîtes comme celle-ci et d'autres objets. Il a mentionné vouloir couper des rondelles de bois pour les coller et les intégrer lors des prochaines séances ainsi que de possibles photos de famille.

Auto-évaluation : M. B. trouve sur une échelle de 5 : Le plaisir à faire (le beau) il a choisi le 5. Dans la façon de faire (le bien) il a choisi le 4. Dans son envie de continuer (le bon) il a choisi le 5. Commentaire de M. B. sur son Bilan Auto Evaluatif : « J'attends toujours la séance suivante ». M. B. a passé un bon moment (il a coché 5 sur une échelle de 5).

Observations : M. B. évolue vers une plus grande autonomie, il choisit et réfléchit à la suite à donner. Il pense que la session va se finir et trouve cela pertinent car la boîte a besoin de sécher avant de poursuivre. Il n'a pas apprécié de tacher les feuilles du dessus et se projette dans la prochaine séance pour camoufler cette inattention. Nous avons pris plusieurs photos de différents angles de son œuvre de production, il a souhaité que nous ne prenions pas les parties tâchées.

***Auto-bilan de l'art- thérapeute :** Nous avons l'impression qu'à un moment donné il n'avait pas besoin d'une stimulation musicale pour rentrer dans le « mouvement » de son œuvre, dans le collage. Il était déjà prêt mais la musique était lancée. Nous avons décidé de faire une écoute plus courte.*

Aussi, nous avons senti un peu de « confusion » de sa part quand nous lui avons sorti les différents éléments dont il pouvait disposer pour faire son œuvre. A- t-il eu trop de propositions de notre part ? A- t-il eu trop de choix ? Y avait-il trop d'objets sur la table ?

Séance 3

Technique artistique employée : Arts Plastiques (suite du collage sur une boîte en carton habillée la séance d'avant). Sur le thème Tzigane/Manouche

Matériel : Images diverses du thème, pastels secs, crayons, vernis colle, liant, brosse, ciseaux. Des petits objets à lui.

Il nous a accueillis cordialement comme à son habitude. Nous ressentons que M. B est tendu. Il nous raconte qu'il vient de se faire mal aujourd'hui avec un cutter, il a un pansement sur le majeur, mais cela ne l'empêche pas de bricoler. Il nous indique malgré tout que son doigt a beaucoup saigné.

M. B. a nettoyé les tâches noires avec une éponge, celles-ci ont disparu. Il est dans la continuité de la dernière séance, collage des images préparées à l'intérieur et à l'extérieur de la boîte. Il reste debout, il va chercher 2 petites poignées en bois à lui et les colle avec sa colle personnelle pour faire comme un tiroir. Il place des images à l'intérieur et dessine au pastel. Il fait de même à l'extérieur, en dessinant un banjo stylisé. Il choisit les images, les coupe, les angles aussi ; mais cette fois-là, il met une image en biais, en haut à gauche. Il a l'habitude de mettre les images bien droites. Il reste concentré.



Mise en mots : Lors du temps de partage, il précise qu'il a passé plus de temps à s'occuper de son petit-fils L cette semaine car sa femme n'était pas là. Il nous dit aussi, qu'il attendait sa séance aujourd'hui pour décompresser. Il a eu une journée bien remplie où il se sentait stressé, car il a eu la visite de personnes qui sont venues dans sa maison pour vérifier si elle était dans les normes par rapport à son projet de vente. Il a pu faire le vide et bien rentrer dans la dynamique de l'atelier. Son commentaire : « j'éprouve une grande satisfaction et une grande détente ».

M. B. est beaucoup plus détendu qu'à notre arrivée, il nous dit chaleureusement au revoir. En nous raccompagnant à la voiture et en nous aidant à porter notre matériel, il nous dit « à la semaine prochaine » avec un grand sourire.

Auto-évaluation : M. B. trouve sur une échelle de 5 : Le plaisir à faire (le beau), il a choisi le 5. Dans la façon de faire (le bien), il a choisi le 4. Dans son envie de continuer (le bon), il a choisi le 5. M. B. a passé un bon moment (il a coché 5 sur une échelle de 5). Commentaire de M. B. sur son Bilan Auto-évaluatif : « Grande satisfaction et détente »

Observations : M.B. s'est, comme à son habitude, très vite concentré, avec une pointe de crispation que nous ressentions sans en connaître la raison (à ce moment-là). M. B. a fait ses collages de façon rapide. Nous constatons que c'est sa façon de fonctionner

En fin de séance M. B. est beaucoup plus détendu, il a oublié les contraintes et contrariétés de la journée.

***Auto-évaluation de l'Art Thérapeute :** Cette fois-là, suite à notre expérience précédente, nous essayons de ne pas être trop présentes, ni de lui donner trop de choix ou d'instructions. Nous avons essayé d'être plus précises sans trop parler, d'apporter uniquement le matériel nécessaire, tout en étant en soutien dans notre accompagnement.*

Séance 4

Technique artistique employée : Arts Plastiques (Collage des photos de famille sur carton toilé 46 x 33).

Matériel : Images diverses du thème, pastels secs, crayons, vernis colle, liant, brosse, ciseaux. Des petits objets à lui.

Accueil cordiale comme à chaque fois. Nous le trouvons dehors en arrivant, nous pensons qu'il nous attend.

M. B., entre les deux séances, a préparé des photos de sa famille, les a imprimées dans des tailles différentes en fonction de l'idée qu'il se fait du collage. Il observe le carton toilé qu'il trouve petit au départ. Le collage commence par le centre, cœur de son projet et de sa famille. M. B. parle beaucoup pendant cette séance, il montre beaucoup d'émotions en rapport avec le vécu des photos. Il est très concentré malgré ses paroles. Il découpe de façon moins rectiligne, un peu plus inventive, les photos de famille, y ajoute des éléments photographiques personnels marquants. Il a fait d'abord ce qu'il appelle le noyau dur, les grands-parents, quatre générations au milieu. Il a coupé toutes ses photos et les a mises au centre en disant que c'était ses racines. Il y a beaucoup des photos de L, à différents âges. Il colle aussi des photos d'objets symboliques. Il réussit, malgré la grande quantité de photos préparées, à tout loger dans le cadre imparti.



Mise en mots : Monsieur B a pris beaucoup de plaisir à évoquer ses souvenirs de famille, en faisant le collage de ses photos, tout au long de la séance.

Il a récupéré les papiers à remplir pour la fin de la PEC. Il comprend que nous arrivons à la fin des séances et n'a pas envie que cela se termine. Il nous a demandé si nous avions un peu de temps après la dernière séance car il voulait partager avec sa femme et nous un moment convivial autour d'un rafraichissement.

Auto-Evaluation : M. B. trouve sur une échelle de 5 : Le plaisir à faire (le beau), il a choisi le 5. Dans la façon de faire (le bien), il a choisi le 5. Dans son envie de continuer (le bon), il a choisi le 5. Commentaire de M. B. sur son Bilan Auto-évaluatif : « Un plaisir immense à réaliser ce collage avec beaucoup de souvenirs de famille. »

Nous lui demandons à la fin, comment il voit la séance prochaine qui sera la dernière. Nous lui proposons d'essayer le modelage avec l'argile pour un petit peu explorer d'autres médias artistiques, avec le choix de ses propres formes.

Observations : Monsieur B était très concentré, car très impliqué dans son histoire familiale. Il a posé ses photos spontanément, mais cette fois-ci, il les a découpées de façon différente, en forme de triangle, trapèze et certaines ont même étaient tronquées. Il en a superposé légèrement quelques-unes.

Séance 5

Technique artistique employée : Arts Plastiques Modelage en argile.

Matériel utilisée : Argile, barbotine (mélange d'argile et d'eau) si nécessaire, comme un lien entre les éléments qu'il modèle. Petits outils : rouleau à pâtisserie, fourchette, couteau rond avec des dents, une coquille, tous types d'éléments qui peuvent faire des impressions différentes.

Il nous accueille au portail chaleureusement, et nous aide à porter le matériel. Il nous attendait avec impatience. Pour cette dernière séance, nous changeons de medium pour innover avec l'argile, matériau qui l'attire mais dont il n'a pas de pratique artistique. M. B. découvre le pack d'argile. Nous n'avons pas de fil à beurre pour découper la pâte. Il part sans dire mot et revient avec un fil à beurre conçu avec 2 morceaux de bois et un fil de fer, objet qu'il nous offre. Après les consignes techniques de départ, M. B. déjà concentré, malaxe, tapote et fabrique plusieurs objets dans lesquels il incorpore des éléments ramassés à l'extérieur, dans son jardin : bois, cailloux, cure-dents. Il place ces objets sur des lamelles de bois et les dépose pour les faire sécher sur le rebord de la fenêtre.



Mise en mots : M. B. est content et détendu. Il nous dit qu'au début il ne savait pas du tout où il allait, et les formes sont venues au fur et à mesure. Il a toujours une remarque amusante ou un souvenir à partager par rapport à ses œuvres. De son arbre, il dit : « c'est un vieil arbre ». Sur son barbecue en pied, sous la base, il réalise une petite forme, comme une bouteille. Il nous dit que « lorsque l'on fait un barbecue, cela donne soif » ...

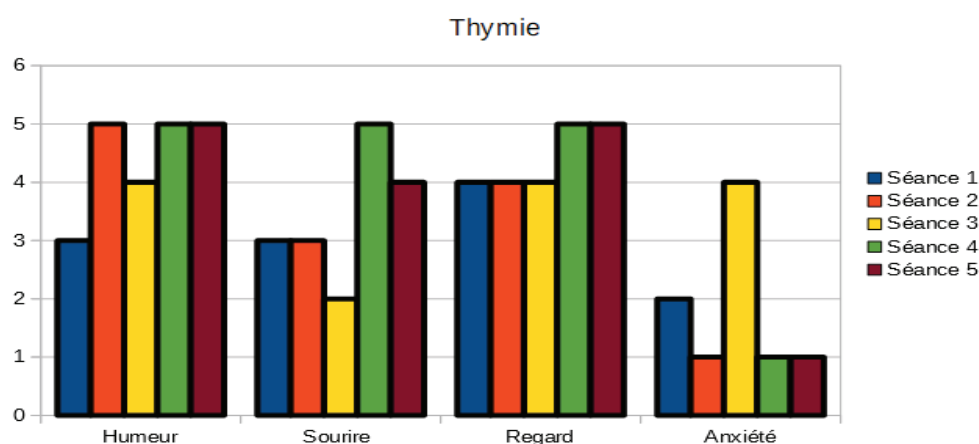
Pour marquer la fin des séances d'Art-Thérapie, avant la séparation, M. B. a préparé avec son épouse, un rafraîchissement accompagné de quelques gâteaux apéritifs. C'est un moment de convivialité, suivi par notre départ. Nous avons ressenti chez M. B. beaucoup d'émotion de nous voir partir pour la dernière fois.

Auto-Evaluation : M. B. trouve sur une échelle de 5 : Le plaisir à faire (le beau), il a choisi le 5. Dans la façon de faire (le bien), il a choisi le 5. Dans son envie de continuer (le bon), il a choisi le 5. Commentaire de M. B. sur son Bilan auto-évaluatif : « Une première avec l'argile, c'est bien !! »

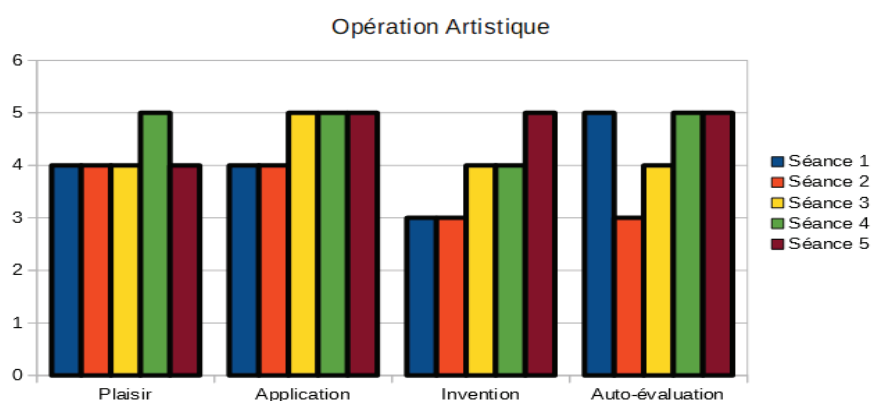
Observations : Monsieur B était concentré, heureux de cette découverte. Il a fabriqué ses objets, toujours de sa façon rapide. Ces objets représentaient des choses familières de la vie courante ou des sculptures vues lors de ses voyages

1.4. Tableaux qui présentent les items choisis afin d'illustrer les observations

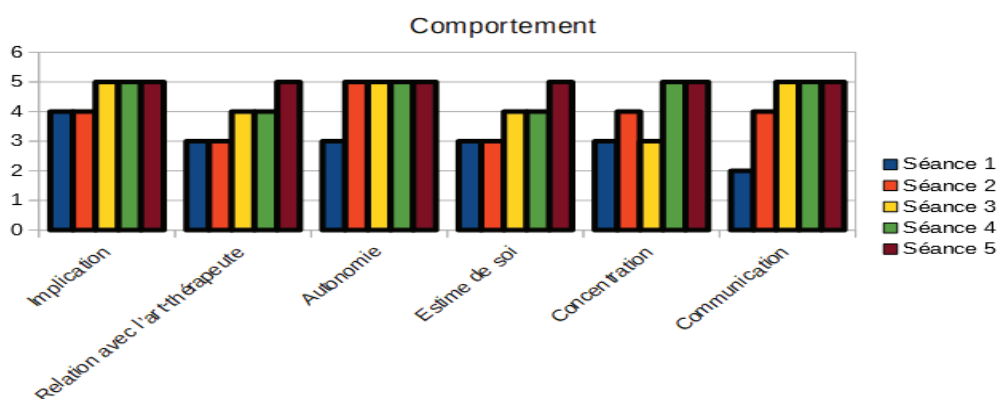
Thymie					
Item/cotation	1	2	3	4	5
Humeur	Inexpressif	Mauvaise humeur	Humeur égale	Bonne Humeur	Enthousiaste
Sourire	Inexistant	Timide	Présent	Franc	Rayonnant
Regard	Inexistant	Inexpressif	Fuyant et distant	Présent	Franc
Anxiété	Calme	S'agite	Manifeste la fatigue	Stress ou grande pré-occupation	Irritable



Opération artistique					
Item/cotation	1	2	3	4	5
Plaisir	Indifférent	N'apprécie pas	Apprécie moyennement	Bonne appréciation	Apprécie beaucoup
Application	Non perçue	Passif	Effort moyen	Effort visible	S'implique totalement
Invention	Reste dans le connu	Détourne sans s'y attacher	Détourne	Utilise le matériel différemment	Invente des nouvelles techniques
Auto-évaluation	Dévalorisation	Indifférence	Satisfaction mitigée	Satisfaction	Pleine satisfaction/allégresse



Comportement					
Item/cotation	1	2	3	4	5
Implication	En retrait	Subis	Sans initiative	Participe	Moteur
Relation avec l'art-thérapeute	Distant	Fuyant/intimidé	Bonne entente	Confiant	Empathique
Autonomie	Passif	Se laisse porter	Aidé	Fait seul en posant des questions	Fait seul
Estime de soi	Non perçue	Faible	Moyenne	Grande	Importante
Concentration	Non perçue	Perturbée	Faible	Moyenne	Grande
Communication	Non verbale	Verbale	Différée	Directe	Immédiate



1.5. Bilan de la prise en charge

M. B. est un patient qui entre rapidement dans le vif du sujet quand il est confronté à son art et son œuvre. Il exprime son plaisir en mots. Il nous a montré dès les premières séances un début de lâcher prise, une bonne concentration et il semblait s'amuser. Il est devenu de plus en plus autonome d'une séance à l'autre, inventif et impliqué avec la création spontanée des outils qu'il utilisait pendant les séances. Il attendait les séances, après avoir vécu une journée de stress. Il aime verbaliser son « monde intérieur ».

Pendant la quatrième séance, Monsieur B a vécu un moment très intense. Il était autonome dans ses choix et inventif. Il a vécu un lâcher-prise important. Avec le projet de collage des photos de famille, ses souvenirs l'ont beaucoup remué, mais cette émotion est restée positive.

Il a aussi passé un moment plaisant avec l'argile, une belle découverte. Cela lui a rappelé un souvenir positif ressenti pendant ces séances de rééducation, suite à une chirurgie des mains il y a quelques années.

Nous constatons que notre objectif général est atteint. M. B. paraît moins anxieux, pense moins à gérer seul la vie de sa famille. Il a aussi su lâcher prise.

2. Prise en charge de Madame H.

2.1. Anamnèse de Madame H.

Madame H. a 33 ans, elle est femme au foyer. Elle est née dans les îles de Comores. Elle est arrivée en France quand elle avait 6 ans. Son père est originaire des îles des Comores et sa mère de Madagascar. Ils sont arrivés à Cannes quand elle avait entre 14 et 15 ans. Elle y rencontre le père de S, son fils qui est diabétique. Elle est enceinte à l'âge de 15 ans. S est un lycéen qui prépare un Bac scientifique. Il suit l'année de seconde, il voudrait devenir médecin. Le père a reconnu l'enfant. C'est un homme violent.

La maman est célibataire, elle a 6 enfants, 2 garçons et 4 filles. S est l'aîné de 15 ans, et tous les autres enfants ont entre 2 et 3 ans de différence entre eux. Le plus jeune est un petit garçon de 7 mois. Elle élève seule ses enfants, elle n'a pas de famille qui puisse l'aider.

Quand elle a appris que son fils S avait un diabète, elle a été très surprise. Elle s'est informée auprès d'un oncle qui est médecin à Poitiers, pour avoir plus d'informations et d'exams complémentaires. Elle n'a pas informé le papa de S, de peur de sa réaction. Après cela, elle a regardé une émission à la télévision qui parlait du diabète.

Elle n'allait pas bien, elle arrivait au terme d'une grossesse. Elle était dépressive. Quand elle a informé sa mère (qui habitait à Marseille) de la maladie de son petit-fils, celle-ci a répondu que « c'est comme ça, tu ne peux rien faire. » Elle ne s'est pas sentie soutenue, sa mère dit-elle a « un cœur de pierre ». Elle dit : « elle a toujours été comme ça ». Pour elle, son père est quelqu'un de plus sensible, il a été plus compatissant avec elle au téléphone, il n'habite pas en France. Il a pleuré et lui a dit « qu'il aurait voulu prendre cette maladie et le chagrin pour lui et que cela ne la touche pas, elle. »

Ses parents se sont séparés. Lorsque cela s'est produit, ses frères et sœurs ont souhaité vivre avec leur père. Elle dit « la famille, c'est compliqué », « on s'aime, on se n'aime pas ». Madame H vient d'une fratrie de 8 enfants, elle est la quatrième.

Elle a été au collège jusqu'en troisième. Elle voulait devenir aide-soignante. Elle était attirée par le milieu social et médical.

Elle ne connaissait pas l'Art-thérapie. Nous lui avons montré l'explication dans notre dossier.

Madame H apprécie l'art. Elle en a fait un peu d'art quand elle était au collège. Elle ne sait pas dessiner mais aime quand-même cela. Elle aime les expositions d'art, la peinture et les musées. Mais elle n'a pas la possibilité d'y aller car elle n'a personne à qui confier ses enfants.

Elle aime Van Gogh, la peinture contemporaine, la nature, les fleurs, la musique. Elle préfère la musique pop avec des interprètes comme Christophe Maé et Rihanna ; elle aime aussi le RnB, la Soul et le Gospel. Elle aime la danse mais est un peu timide pour la pratiquer. Elle

aime les danses et les musiques malgaches. Nous lui avons demandé si elle connaissait l'art malgache, sa réponse a été négative.

Elle est souvent nerveuse, anxieuse, agitée et angoissée. Elle n'a aucun traitement médicamenteux ni suivi médical spécifique.

Elle ne se sent pas à l'aise dans son environnement. Elle habite dans un immeuble au quatrième étage et apparemment les voisins se plaignent souvent du bruit de ses enfants. Elle est quelqu'un qui montre une force certaine car elle prend soin de ses enfants face aux préjugés et commentaires que les voisins peuvent émettre. C'est une femme qui n'a pas d'espace pour elle. Elle se sent très isolée.

Quand nous avons eu l'entretien avec Madame H, elle se mouchait et toussait. Elle avait des allergies au pollen, elle est fatiguée mais dit ne pas pouvoir prendre de médicaments parce qu'elle allaite. Elle nous montre un visage sans émotion. Elle remplit les papiers d'un air résigné.

2.2 Les objectifs thérapeutiques

Objectif généraux : gérer son stress et son anxiété, retrouver plus d'estime de soi

Objectif intermédiaire : lâcher prise

2.3 Les séances d'Art-Thérapie

Séance 1

Techniques artistiques utilisées : encre acrylique avec trois couleurs primaires (jaune, rouge et bleu), papiers canson avec trois épaisseurs différentes (1 A5 et 2 A4), un pinceau. Un bac avec de l'eau.

Elle nous attend à la fenêtre et nous précise l'étage. Elle nous accueille cordialement sur le palier. Nous nous installons dans le salon après avoir monté à pied 3 étages avec notre matériel. Une de ses filles est présente.

Elle imbibe d'eau les feuilles de papier canson au grammage différent, les unes après les autres. Trois au totale. Sur chacune d'elle, elle dépose des gouttes d'encre acrylique.



Pour la deuxième : Papier A4, le moins épais.

◀ **Pour la première : Papier canson A5, le plus épais des trois.**

Elle semble être surprise et contemple avec attention les effets et les formes qui apparaissent. Elle utilise le pinceau pour étaler la peinture à sa guise et continue à observer la diffusion.



➤

Elle semble apprécier la diffusion. Elle voit des formes particulières au milieu vers la gauche avec l'encre acrylique rouge qui lui font penser à deux personnes qui s'embrassent. Une plus grande que l'autre, la plus petite personne étant à gauche, la plus grande à droite : un peu comme une « scène de parents et enfants ».

◀ **Pour la troisième : Papier A4, d'une épaisseur intermédiaire.**



Elle regarde avec émerveillement. Elle voit, dans l'ensemble de la feuille, une croix en bas à droite, « une lumière qui vient derrière et un visage ». Elle semble voir une autre forme qui lui parle à gauche, « elle voit une femme enceinte ».

Mme H. sourit ouvertement pendant qu'elle fait le séchage de sa production avec un sèche-cheveux. Elle utilise indifféremment la main droite ou la main gauche.

Mise en mots : Madame H nous a décrit le fait « qu'elle se sentait comme si elle n'avait plus de responsabilités ». « Elle n'avait qu'elle à s'occuper », « cela fait du bien ». Elle avait un sourire. Dès la fin de la séance, les enfants présents reviennent rapidement pour attirer son attention. Nous la quittons mais elle n'est déjà plus avec nous.

Auto-Evaluation : Mme H. trouve sur une échelle de 5 : Le plaisir de faire (le beau) : elle a choisi le 5. Dans la façon de faire (le bien) : elle a choisi le 5. Dans son envie de continuer (le bon) : elle a choisi le 5. Mme H. a coché 5 sur une échelle de 5 pour le moment passé.

Observations : Sa petite fille M était très présente pendant la séance et l'a perturbée. Elle l'a envoyée voir sa sœur, mais la petite ne l'écoutait pas, pourtant, Madame H le lui a répété à plusieurs reprises. Pour faire suite à cette séance, ayant constaté l'intrusion répétée de sa petite fille, nous allons reformuler les limites du cadre thérapeutique lors d'un prochain rendez-vous.

Auto bilan de l'Art- Thérapeute : *Au niveau du matériel, nous avons constaté que nous avons besoin de prévoir des supports en plastique pour permettre le séchage des œuvres sans tâcher les différentes surfaces. (Cela nous a mis un peu mal à l'aise car nous ne savions pas où mettre les œuvres à sécher et les encres pouvaient tâcher facilement).*



Séance 2

Techniques artistiques utilisées : Collage sur papier raisin noir (65x50) de la production faite avec les encres acryliques.

Matériel : Pastels secs, crayons, peinture acrylique, pinceaux, vernis colle, liant, brosse, ciseaux, chiffon.

Mme H. nous attend derrière sa fenêtre. Elle nous ouvre la porte et nous envoie son fils, aide précieuse pour monter le matériel d'Art-Thérapie sur les 3 étages.

Elle se lance dans la découpe de ses productions sans problème ni état d'âme. Elle découpe, déchire, taille et colle avec vivacité. Elle colle les éléments découpés sur le papier raisin noir rectangulaire. Dans certains endroits, elle colle plusieurs couches d'éléments les uns sur les autres. Elle a du mal à les coller car cela forme un certain volume. Elle appuie avec ses deux mains en même temps. Elle ajoute, après collage, des peintures acryliques, puis elle contemple sa production. Dans la partie basse, elle trouve ne pas avoir mis beaucoup d'images et de couleurs. Elle veut essayer les pastels. Elle rajoute des pastels et des filets de peinture. Elle termine provisoirement son œuvre.

Mise en mots : Madame H discute et colle en même temps. Elle parle de la chaleur dans son pays, elle parle d'une visio-conférence qu'elle a eu avec sa grand-mère de 89 ans. Elle aimerait retourner vivre à Poitiers car ils habitent à Châtellerauld, mais elle a peur de la violence, de la drogue ... Elle est attachée à transmettre des valeurs fortes à son fils. « L'argent facile est tentant pour les jeunes »... Le téléphone vibre à plusieurs reprises, elle ne répond pas, elle nous confie qu'aujourd'hui, c'est son anniversaire. Mme H. nous dit à la fin de cette séance : « je me sens bien, très, très bien ».

Auto-évaluation : Mme H. trouve sur une échelle de 5 : Le plaisir de faire (le beau) : elle a choisi le 5. Dans la façon de faire (le bien) : elle a choisi le 5. Dans son envie de continuer (le bon) : elle a choisi le 5. Mme H a coché 5 sur une échelle de 5 pour le moment passé.

Observations

Mme H. a trouvé du plaisir à déchirer et coller ses œuvres précédentes. Cette détermination à déchirer nous a surprises, vu l'appréciation de ses réalisations et des formes perçues la semaine passée. Pendant la séance, sa petite M tape sur la porte fermée plusieurs fois, Madame H lui demande d'aller dans sa chambre. Elle n'ouvre pas mais écoute si elle reste ou si elle part.

Séance 3

Techniques artistiques utilisées : Finir le collage sur papier raisin noir (65x50, puis peinture acrylique sur canson AX.

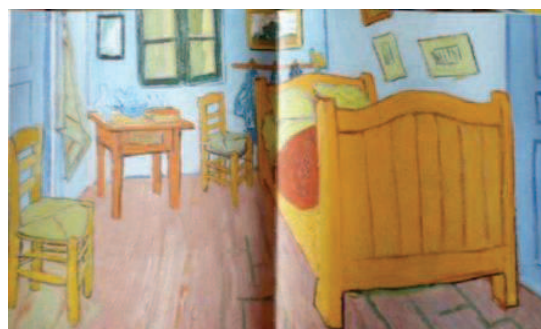
Matériel : Pastels secs, crayons, peinture acrylique, pinceaux, vernis colle, liant, brosse, ciseaux, chiffon. Un livre des peintures de Van Gogh.

Accueil cordial, nous étions attendus à la fenêtre. Son fils descend chercher une partie du matériel. Journée caniculaire. L'appartement est très chaud bien que ventilé, les enfants sont tous réveillés. Il y a beaucoup d'agitation.



Première partie : Continuité de la production de la séance précédente. Mme H. tourne l'ensemble dans tous les sens et le conserve la tête en bas. Puis elle continue à ajouter des pastels, colle quelques éléments décollés et finalise l'œuvre.

En deuxième partie : Mme H., suite à nos propositions, choisit de faire une reproduction de l'œuvre de Van Gogh ➤



« La chambre à coucher d'Arles ».

Mme H. demande des conseils par rapport à sa production et détourne la difficulté en interprétant l'originale. La reproduction est esquissée avec une adaptation originale. La mise en peinture est initiée.

Mise en mots : Mme H. n'a pas échangé verbalement son ressenti aujourd'hui. La mise en mots est plus basée sur ses réactions et son langage corporel. Son expression générale ne montrait ni l'aisance ni la confiance ; elle montrait plutôt de la fatigue (elle a mal dormi).

En fin de séance, elle était enfin bien concentrée. Mais il fallait s'arrêter. Mme H. avait besoin de rejoindre ses enfants qui l'appellent avec insistance. Nous rangeons et partons rapidement.

Auto-évaluation : Mme H. trouve sur une échelle de 5 : Le plaisir de faire (le beau) : elle a choisi le 5. Dans la façon de faire (le bien) : elle a choisi le 5. Dans son envie de continuer (le bon) : elle a choisi le 5. Mme H. a coché 5 sur une échelle de 5 pour le moment passé.

Observation : La séance a été perturbée par la grande chaleur, et le manque de sommeil qui en résulte. Les enfants aujourd'hui étaient omniprésents, ils ont frappé à la porte plusieurs fois, elle a été très sollicitée par eux. Avec la chaleur pesante, nous entendions beaucoup d'agitation et de friction de l'autre côté de la porte. Elle avait du mal à se concentrer, pourtant la porte était fermée. Malgré cela, le fait d'entendre ses enfants de loin, la perturbait.

Séance 4

Technique artistique utilisée : Suite de peinture acrylique sur papier canson AX puis préparation de châssis 40x40 avec le mortier de structure.

Matériels : Spatule, rouleau aux « pates d'autruche », fourchette...

Elle nous attend à la fenêtre. Accueil cordial quand elle nous ouvre la porte. Nous nous installons dans le salon. Les enfants ne sont pas audibles.



Première partie : Mme H. a commencé par préparer un châssis toilé de 40x40 avec le mortier de structure. Elle a beaucoup apprécié l'utilisation des outils à sa disposition, elle nous a dit : « génial ce rouleau » avec un grand sourire. Le tableau est mis à sécher.

Châssis préparé vu en contrejour

Deuxième partie : Reprise de l'œuvre commencée la séance passée, elle avance lentement et avec attention dans l'application des couleurs et formes, en regardant les deux œuvres et elle pose des questions en même temps. Elle termine aujourd'hui sa production. Elle finalise l'œuvre de la troisième séance (laque et signature).



Mise en mots : L'échange s'est réalisé d'une façon différée. En milieu de séance, Mme H. pousse un gros soupir. Nous lui demandons : « ça va ?? » Mme H. répond avec un grand « oui ! ». A la fin de la séance « ça me semble bien, je ne suis pas experte », puis : « je me sens bien, je n'ai plus envie d'ajouter ».

Ses 2 plus petites filles viennent dans le salon, la plus grande allume la télévision. Une odeur de couche souillée se dégage de façon importante, Mme H. le constate sans nous en parler

et envoie son enfant dans la salle de bain. Elle revient dans le salon avec le plus petit dans ses bras, il nous voit et commence à pleurer. Il se calme avant que nous partions. Nous rangeons les affaires. Le fils aîné nous aide à descendre le matériel. Mme H. se précipite dans la salle de bain.

Auto-évaluation : Mme H. trouve sur une échelle de 5 : Le plaisir de faire (le beau) : elle a choisi le 5. Dans la façon de faire (le bien) : elle a choisi le 5. Dans son envie de continuer (le bon) : elle a choisi le 5. Mme H. a coché 5 sur une échelle de 5 pour le moment passé.

Observations : Mme H. reste très concentrée, malgré l'intervention des enfants, avec peu d'échanges verbaux pendant cette séance. Elle ne se laisse pas perturber. Elle peint lentement et avec soin. Elle signe avec enthousiasme son œuvre de la troisième séance posée au sol. Elle est sur ses genoux et signe en haut à gauche.

Séance 5

Technique artistique utilisée : Peinture acrylique sur châssis 40x40 préparé avec le mortier de structure la séance d'avant.

Matériel : Peinture acrylique, pinceaux, gobelets avec de l'eau, chiffon, chevalet.

Mme H. nous attend à la porte, elle porte une belle jupe blanche style dentelle et une chemise noire, elle part en vacances avec ses enfants à la fin de la journée.



Reprise du châssis toilé 40x40 enduit du mortier de structure. Problème de vision en début de séance, solutionné par le fait de mettre ses lunettes et le positionnement du tableau sur le chevalet. Le tableau est finalisé et signé pendant la séance. Elle a apposé des couleurs vives, rappelant son pays d'origine.

Mise en mots : Nous l'interrogeons sur sa représentation. Elle nous dit « c'est la nature, un paysage. Je pense un peu à chez moi, la mer, les arbres, les couleurs de là-bas ».

A la fin de cette séance, elle a évoqué un rendez-vous avec son assistante sociale pour envisager la possibilité d'avoir des aides pour faire garder ses enfants parce qu'elle voudrait reprendre ses études. Grâce à cette aide, elle pourrait avoir du temps pour suivre sa formation.

Elle nous redonne la deuxième série de questionnaires remplis par elle et son fils. Les enfants viennent au salon, ils sont très agités et accaparent complètement l'attention de Mme H. La séparation est rapide.

Auto-évaluation : Mme H. trouve sur une échelle de 5. Le plaisir de faire (le beau) : elle a choisi le 5. Dans la façon de faire (le bien) : elle a choisi le 5. Dans son envie de continuer (le bon) : elle a choisi le 5. Mme H. a coché 5 sur une échelle de 5 pour le moment passé.

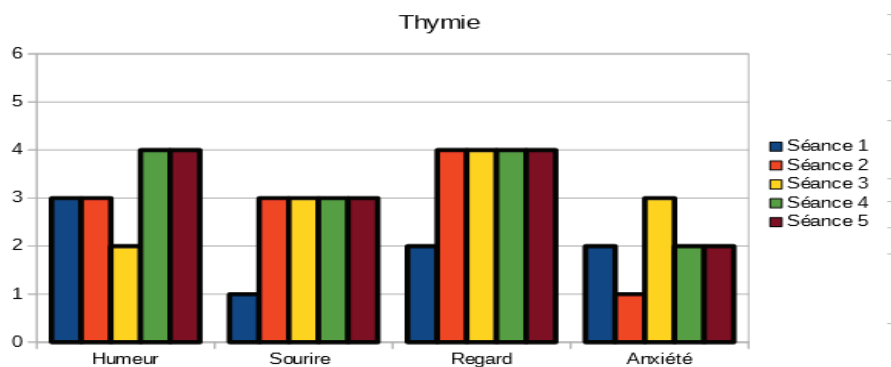
Observations : Séance mitigée avec trop d'interruptions, qui n'ont pas permis à Mme H. de d'entrer dans une concentration soutenue. La fébrilité des vacances gagne les enfants et occupe l'esprit de Mme H. Elle n'a pas pu utiliser le potentiel créé par le mortier de structure apposé sur le tableau lors de la dernière séance (les creux, les reliefs, les sillons). Malgré cela, le tableau lui convient. Il fait ressortir des souvenirs positifs de son enfance.

Auto-bilan de l'Art-thérapeute : *Lors de la dernière séance, nous n'avons pas mesuré ses difficultés et nous n'avons pas pu voir complètement, ce qu'elle faisait par rapport à l'application de la peinture sur le mortier de structure. La façon dont nous étions placées (l'observatrice en face de la patiente et l'Art-Thérapeute référente plus proche d'elle), étant donné que sa peinture était à la verticale devant elle, ne nous permettait pas de voir correctement l'application de ses peintures sur son œuvre.*

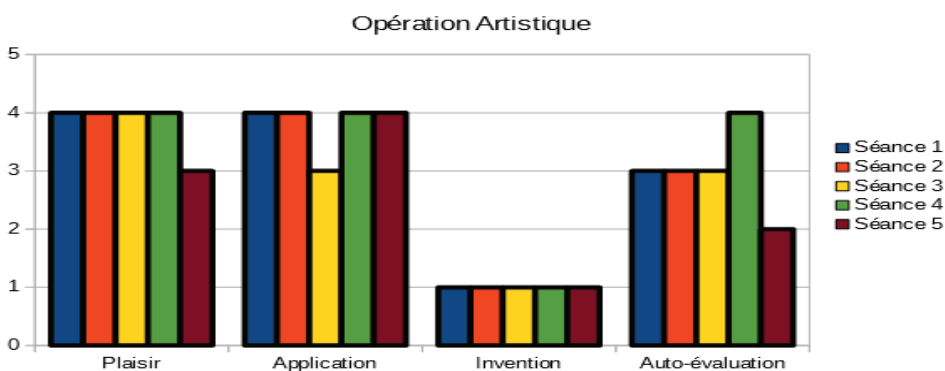
Avec la grande agitation autour d'elle, nous nous sommes également rendu compte qu'elle semblait gênée et cherchait ses lunettes. Nous n'avons pas pu apercevoir clairement les signes de sa part, ni évaluer si elle avait besoin de nous ou si elle avait besoin de changer de place par rapport à l'éclairage de la pièce.

2.4 Tableaux qui présentent les items choisis afin d'illustrer les observations.

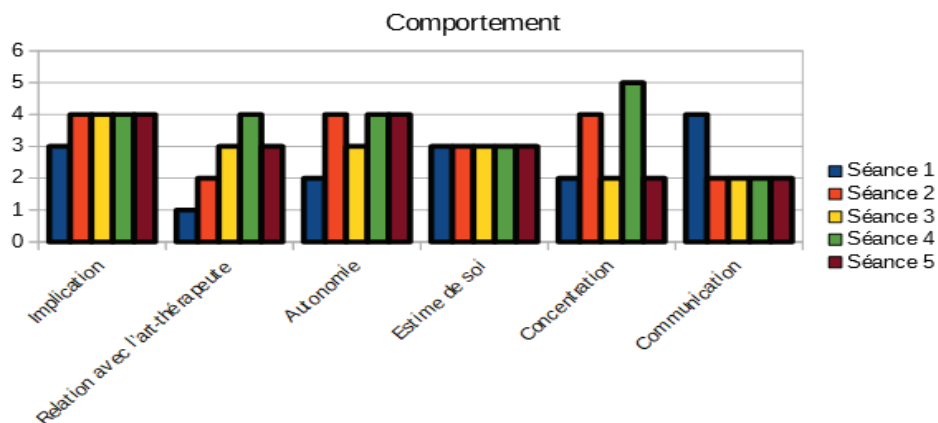
Thymie					
Item/cotation	1	2	3	4	5
Humeur	Inexpressif	Mauvaise humeur	Humeur égale	Bonne Humeur	Enthousiaste
Sourire	Inexistant	Timide	Présent	Franc	Rayonnant
Regard	Inexistant	Inexpressif	Fuyant et distant	Présent	Franc
Anxiété	Calme	S'agite	Manifeste la fatigue	Stress ou grande préoccupation	Irritable



Opération artistique					
Item/cotation	1	2	3	4	5
Plaisir	Indifférent	N'apprécie pas	Apprécie moyennement	Bonne appréciation	Apprécie beaucoup
Application	Non perçue	Passif	Effort moyen	Effort visible	S'implique totalement
Invention	Reste dans le connu	Détourne sans s'y attacher	Détourne	Utilise le matériel différemment	Invente des nouvelles techniques
Auto-évaluation	Dévalorisation	Indifférence	Satisfaction mitigée	Satisfaction	Pleine satisfaction/allégresse



Comportement					
Item/cotation	1	2	3	4	5
Implication	En retrait	Subis	Sans initiative	Participe	Moteur
Relation avec l'art-thérapeute	Distante	Fuyante/intimidée	Bonne entente	Confiante	Empathique
Autonomie	Passif	Se laisse porter	Aidé	Fait seul en posant des questions	Fait seul
Estime de soi	Non perçue	Faible	Moyenne	Grande	Importante
Concentration	Non perçue	Perturbée	Faible	Moyenne	Grande
Communication	Non verbale	Verbale	Différée	Directe	Immédiate



2.5 Bilan de la prise en charge

Dès le début, elle semblait avoir passé un bon moment malgré les intrusions successives de ces enfants. Elle a pu se concentrer et prendre du plaisir lors de ses productions. Puis en déchirant les productions réalisées dans une séance précédente, elle a fait un pas important vers le lâcher- prise.

Lors de cette journée caniculaire, nous pensons qu'elle n'a pas pu se concentrer, ni lâcher- prise (au contraire de ce qu'elle a coché sur son autoévaluation). Elle était craintive, et manquait de confiance. Nous avons dû la rassurer plusieurs fois. Sa concentration n'était pas optimum, mis à part en toute fin de séance. Les enfants étaient omniprésents.

Ensuite, elle nous a montré que lorsque les conditions sont optimums (pas de bruit, enfants moins demandeurs), elle pouvait se concentrer, aller au bout de ses envies et bien avancer dans son lâcher-prise.

De façon globale, entre les dires de Mme H. et nos appréciations, il y avait une différence. Nous nous interrogeons sur ces réponses. A-t-elle juste eu envie de nous faire plaisir ? Car elle a répondu systématiquement 5 sur une échelle de 5 pour chaque séance.

Dans notre ressenti général, nous avons eu l'impression de sa part, d'une grande lassitude, face à sa situation familiale et professionnelle. Elle éprouve une grande solitude à tout gérer seule et semble malgré tout avoir une grande envie de s'en sortir.

En ce qui concerne le lâcher prise, l'environnement a une influence très forte sur elle. Le lâcher- prise fluctue d'une séance à l'autre. Nous pensons que des séances complémentaires d'Art-Thérapie lui feraient beaucoup du bien. L'anxiété est toujours sous-jacente.

3. Prise en charge de Madame C.

3.1. Anamnèse de Madame C.

Madame C, âgée de 27 ans est cadre moyen. Son fils L a 7 ans et demi, son diabète a 3 ans d'ancienneté. Madame C est adjointe de direction dans une entreprise de grande distribution.

Son mari travaille aussi dans ce type d'entreprise. Il est cadre dirigeant, il travaille dans deux entreprises différentes. Le jeune L est l'aîné d'une fratrie de trois enfants. Elle s'exprime tout en retenue, nous observons que les mots ont du mal à sortir. Son regard est ému.

Elle nous raconte que lorsqu'elle a pris connaissance de la maladie de L, c'était l'incompréhension. Elle trouve que « c'était compliqué », il fallait une réorganisation. Elle se retrouvait seule à tout gérer, son mari travaillait beaucoup, il n'était pas présent car il assumait un nouveau poste à responsabilités.

La confrontation aux douleurs des piqûres de son fils L, puis respecter les horaires des repas étaient des combats permanents.

Elle n'était pas entourée par sa famille. Sa famille n'a pas accepté « la faille ». Ses parents pleuraient en permanence. Ils ne prenaient plus les enfants. Elle a préféré prendre de la distance avec eux et ainsi protéger son fils. Elle a voulu l'épargner de ces moments qui n'apportaient que de l'angoisse et du stress et qui faisait de la maladie de son fils une tragédie. Ce n'est pas ce que Madame C et son fils attendaient d'eux

Ils sont donc restés deux années sans côtoyer les grands- parents. Elle témoigne en parlant de la maladie de L : « c'était un lourd handicap que les grands-parents ne pouvaient pas porter ». Elle dit que « c'était une bêtise d'avoir peur ». Pendant deux ans, elle a tout géré seule.

Certains membres de sa famille reviennent vers eux, mais son enfant est toujours blessé de l'attitude de la famille élargie . Madame C a accepté qu'ils reviennent.

Dans sa famille, il semble qu'il y ait une personne qui eu le diabète, mais ils ne l'ont pas connu. Le cousin de sa mère a eu le diabète de type 2 mais elle a peu de relation familiale avec eux. C'est lointain. Elle n'a aucun traitement médicamenteux ni suivi médical spécifique.

Aujourd'hui, elle travaille car L s'autogère avec la pompe à insuline.

Le père de Madame C est décédé il y a deux ans. Elle voulait étudier le droit mais a dû y renoncer pour s'occuper de sa mère qui n'allait pas bien. Elle a fait des études littéraires. Sa mère est partie en Inde il y a quatre ans. Elle n'a plus de nouvelles. Elle ne sait pas clairement avec qui elle est, où et dans quelles circonstances elle vit et ignore la durée de son séjour.

Elle est la plus jeune d'une fratrie de trois enfants. Sa sœur est l'aînée, elle a 36 ans, son frère 31 ans et elle, est âgée de 27 ans. Elle a vécu entre Paris et la Charente-Maritime.

Elle ne connaissait pas l'Art-thérapie. Nous lui avons montré l'explication dans notre dossier. Elle aime la peinture, elle a pris des cours de dessin avec un professeur polonais de grande renommée. Elle a travaillé sur des modèles, sur des paysages, et des photos. Elle dit ne pas aimer « le trop réel » comme thème de peinture, elle préfère l'interprétation des photos par exemple. Elle aime aussi le théâtre, la lecture de roman d'aventure, des écrivains comme Victor Hugo ou Zola.

Elle aime voyager en France et n'a pas eu l'opportunité de voyager à l'étranger. Elle est partie en Angleterre avec l'école quand elle était jeune. Elle aimerait voyager mais dispose de peu de temps. Elle aime les spectacles, tout type de spectacles en général. Elle ne regarde pas trop la télévision, elle aime les comédies. Elle aime la musique en tous genres, elle est éclectique.

Elle ne peut pas sortir, c'est un peu difficile. Elle a une grande maison en rénovation avec des travaux en cours. Elle ne peut pas rester assise longtemps, elle a toujours besoin de faire quelque chose. Elle voudrait faire plus de sport. Elle n'aime pas être entourée de beaucoup de monde, donc pour les spectacles à l'extérieur, ce n'est pas facile.

L'entretien finit, elle nous accompagne au portail de la propriété.

Observation de l'environnement : le chien, les clefs, le portail... Quand nous sommes arrivées, son chien (qui est difficilement maîtrisable de par sa taille) a sauté et a chargé sur nous avec sa tête, tout au long du chemin qui nous accompagne du portail à la maison. Même si Madame C le tenait par le collier, on voyait que cela lui demandait un grand effort car le chien est grand et fort. Le chien ne rentre pas dans la maison, il reste à l'extérieur. Elle nous dit à la fin que la prochaine fois, elle va l'attacher, car à la fin de notre entretien, le chien revient en force.

3.2 Les objectifs thérapeutiques

Objectifs thérapeutiques généraux : gérer son stress, son anxiété. Augmenter l'estime de soi

Objectif thérapeutique intermédiaire : Lâcher prise

3.3 Les séances d'Art-Thérapie

Séance 1

Technique artistique utilisée : Pastels sur papier canson et peinture acrylique sur papier canson A4

Mme C. avait oublié le rdv et ne nous attendait pas ce jour-là. L'accueil est mitigé voire fermé.

Première partie : Proposition de lire une poésie de Victor Hugo : « Je respire où tu palpites » :

« Quand mon orage succombe, J'en reprends dans ton cœur pur

Je suis comme la colombe, qui vient boire au lac d'azur.

L'amour fait comprendre à l'âme, l'univers, salubre et béni ;

Et cette petite flamme, seule éclaire l'infini

Tu portes dans la lumière, Tu portes dans les buissons,

Sur une aile ma prière, Et sur l'autre mes chansons. »

Elle semble reconnaître les strophes de Victor Hugo mais ne se rappelle pas du nom du poème. Nous l'invitons à rentrer dans « son espace » pour la suite de la séance.

Deuxième partie : Pastels sur papier canson A4

Mme C. s'inspire des images de la nature qu'elle a choisies. Elle a produit deux A4 aux pastels sans réellement s'investir. Ils sont suggérés, déclarés terminés mais restent succincts. Elle semble ne pas être à l'aise avec ses doigts remplis de pastels. Elle finit rapidement, sans concentration apparente.



Image choisie par Mme C. pour appliquer la peinture acrylique sur canson A4

Troisième partie : Peinture Acrylique sur papier canson A4

Elle commence à appliquer la peinture acrylique, production arrêtée par un appel téléphonique 10 min avant la fin de la séance.

Mise en mots : Mme C. ne s'est pas beaucoup investie dans sa séance. Nous nous rendons compte qu'elle était préoccupée par la santé de son fils. En effet L a été malade la veille (symptômes d'une gastro) et a montré des signes de

faiblesse à l'école. Sa maman doit donc aller le chercher. La séance s'est arrêtée pour qu'elle puisse le récupérer à l'école.

Malgré l'annonce de l'appel téléphonique, Madame C a pris le temps pour établir avec nous les dates de rendez-vous des prochaines séances d'Art-Thérapie.

Séparation moins tendue qu'à notre arrivée. *Elle a réussi à mieux maîtriser son chien qui était dehors, même s'il n'avait pas son collier...*

Auto-évaluation : Mme C. trouve sur une échelle de 5. Le plaisir de faire (le beau) : elle a choisi le 2. Dans la façon de faire (le bien) : elle a choisi le 3. Dans son envie de continuer (le bon) : elle a choisi le 3. Mme C. a eu besoin d'un peu d'aide pour faire son bilan d'auto-évaluation. Elle a passé un moment agréable 4 sur une échelle de 5.

Observations : Mme C. paraît subir les séances, pourtant elle souhaite les poursuivre avec nous.

Séance 2

Technique artistique employée : Peinture Acrylique sur papier canson, puis préparation des 2 châssis 40x40 avec le mortier de structure.

Matériel : tubes de peintures acrylique avec des couleurs déjà faites, pinceaux, gobelets avec pur l'eau, chiffon. Outils pour étaler le mortier de structure : rouleau aux « pattes d'autruche », fourchette, spatule.

Le chien arrive toujours avant Mme C. Le portail est fermé et la sonnette ne déclenche pas l'ouverture de la porte ni son arrivée. Elle nous accueille toujours de façon mitigée. Tout est toujours fermé avant et après notre entrée dans la maison. *Elle cherche ses clés.*

Première partie : Application du mortier de structure sur 2 châssis 40x40. Elle se projette par rapport à son inspiration pour la prochaine séance. Sur le premier châssis, elle nous dit qu'elle voyait « plein de couleurs sur cette forme ». Sur le deuxième : elle a pensé à la mer en premier plan, avec les rochers derrière. Elle a sculpté la matière avec les outils proposés et laisser le tout sécher au soleil.

Les 2 châssis préparés vus en contrejour



Deuxième partie : Mme C. a ensuite continué la reproduction du paysage de la séance passée, avec la peinture acrylique. Elle choisit d'appliquer des couleurs plus claires et lumineuses en comparaison de l'original. Elle ne veut pas mélanger les 3 couleurs primaires, elle préfère choisir des tubes des peintures déjà faites. Elle prend un pinceau et le laisse appuyer

entre l'index et le majeur sans utiliser directement « la pince de préhension » avec le pouce. A la fin, elle a commencé à mélanger les couleurs et à chercher d'autres nuances. Elle entre dans son espace intérieur. Sa concentration se manifeste par une immobilité physique, des mouvements lents et une centration sur l'activité en cours. Toute l'attention est dirigée vers l'activité en cours, le corps est penché en avant. Puis elle finit.

Mise en mots : En effet, à la fin, elle nous montrait un sourire plus ouvert, des yeux vifs. Elle semblait plus contente de ce qu'elle avait fait. Elle nous a même taquinées : « j'ai des droits d'auteur sur les photos que vous avez prises ». Nous avons découvert une coloriste qui arrive à se concentrer et à rentrer dans son espace. Il y a quelque chose qui « démarre » en elle à partir de cette séance. Elle nous montre qu'elle s'implique en posant des questions pertinentes.

Le téléphone vibre à plusieurs reprises pendant la séance. Madame C ne répond pas, elle semble être gênée.

Auto-évaluation : Mme C. trouve sur une échelle de 5. Le plaisir de faire (le beau) : elle a choisi le 4. Dans la façon de faire (le bien) : elle a choisi le 3. Dans son envie de continuer (le bon) : elle a choisi le 4. Mme C. a passé un moment agréable (elle a coché 4 sur une échelle de 5).

Observations : Madame C reste sur sa position initiale (elle paraît ne pas s'investir). Elle semble tout de même se concentrer et s'appliquer sur deux ébauches d'œuvres, elle en termine une troisième. Nous lui disons qu'elle s'est permise de laisser sortir les couleurs « qu'elle a à

l'intérieur d'elle-même ». Elle nous répond spontanément sur un ton léger qu'elle s'habille souvent dans des vêtements sombres ce qui contraste avec son œuvre...

Auto-bilan de l'Art-thérapeute : *Nous constatons que l'observatrice ne s'est pas bien placée pour observer la séance. Elle ne voyait pas clairement l'action en cours. De plus une boîte obstruait sa vue. L'Art-Thérapeute référente n'a pas osé l'enlever de peur de perturber la concentration de Mme C. L'Art-Thérapeute référente n'arrêtait pas de bouger. Elle était un peu nerveuse, elle gigotait. Ce serait donc intéressant d'étudier la place du thérapeute référent et la place de l'observatrice pour les prochaines séances.*

A niveau du matériel, nous avons compris qu'étaler les tubes des couleurs parallèlement permettait à Mme C de les voir plus facilement.



Séance 3

Technique(s) artistique(s) employée(s) :
Peinture acrylique sur châssis 40x40 préparée avec le mortier de structure.

Cette fois- ci le portail est ouvert, le chien n'est pas là.

M. C. est dehors avec les enfants, il nous aide à porter notre matériel jusqu'à l'étage. Mme C. nous attend à l'intérieur. Elle nous précise qu'à 16h, il faut absolument qu'elle s'en aille.

Mme C. prend un des deux tableaux préparés lors de la séance précédente. Elle choisit un et y appose des couleurs vives qu'elle prépare en mélangeant les peintures à sa disposition. Elle applique plusieurs couleurs les unes à côté des autres comme un arc-en-ciel. Elle commence par le bas à droite. Le tableau est terminé à la fin de la séance. Il ressemble à une girouette colorée.

Mise en mots : Mme C. n'a pas vu le temps passer lors de cette séance, elle est restée concentrée et brusquement nous dit : « c'est fini, comme à l'école » avec un sourire plus franc. Sa façon de nous dire les choses nous a surprises et fait rire (un peu), cela a détendu l'atmosphère. Elle nous a dit aussi, suite à notre partage sur la qualité des matériaux mis à sa disposition : « que cela se voyait que nous aimions notre métier ». La séparation est plus cordiale, Mme C. nous aide à descendre notre matériel, elle a le sourire à présent. Elle paraît détendue, et ne se dépêche pas de partir à son rendez- vous alors qu'il est déjà l'heure et qu'elle nous avait signalé son importance.

Auto-évaluation : Mme C. trouve sur une échelle de 5. Le plaisir de faire (le beau) : elle a choisi le 4. Dans la façon de faire (le bien) : elle a choisi le 4. Dans son envie de continuer (le

bon) : elle a choisi le 4. Mme C. a passé un moment très agréable (elle a coché 5 sur une échelle de 5).

Observations : Pendant plus de 40 minutes, elle est restée silencieuse, très concentrée. De par sa position corporelle, elle montrait plus d'implication (assise penchée vers l'avant). Dans les contrastes que nous observons dans son auto-évaluation et de par l'apparent plaisir qu'elle a montré en faisant son œuvre, nous constatons une contradiction. Nous décidons de nous appuyer sur l'équipe ETP, la nécessité pour nous étant de savoir si Mme C a un suivi psychologique. Cette patiente ne parvient pas à s'ouvrir, peut-être lui faudrait-il un espace supplémentaire pour qu'elle s'exprime davantage ?

Compte rendu d'entretien téléphonique avec une infirmière dans le service d'éducation thérapeutique au CHU de Poitiers : Mme C. n'est pas suivie par un psychologue du service. L'infirmière nous relate que Madame C a une histoire de vie complexe. L qui a 7 ans et demi est l'aîné des 3 enfants (C qui a 4 ans et M qui a 2 ans et demi).

Son père biologique, Monsieur CH, le papa de L n'a jamais exercé ses droits paternels. Plus tard Madame C s'est mariée avec Monsieur C qui a adopté L, il a donc pris son nom de famille. Monsieur CH a été déchu de ses droits parentaux.

L'adoption de L d'après l'infirmière a été très compliquée, la psychologue l'a mentionnée. L a eu du mal à trouver sa place dans la famille. Elle souligne : « il n'y avait pas beaucoup de place pour lui. Il a eu une perte d'identité, il n'arrivait plus à écrire à l'école et il bégayait. ». L'infirmière pense que cet enfant aurait besoin d'un suivi plus rapproché afin qu'il puisse mettre de l'ordre dans sa tête et comprendre son histoire de vie ».

Séance 4

Technique(s) artistique(s) employée(s) : Peinture acrylique sur châssis 40x40 préparé avec le mortier de structure.

Accueil cordial, avec un sourire franc. le portail est ouvert, le chien n'est pas là et Mme C. nous attend au portail. Elle nous aide à transporter les caisses du matériel. Nous rentrons, nous ne voyons pas Monsieur C, ni les enfants.

La dernière production est laquée (changement de laque brillante au lieu du mat choisi la séance précédente).



Reprise du châssis préparé avec le mortier de structure, pendant la deuxième séance (sur le thème de la mer). Application de la peinture dans différents bleus, sans mélanger pour commencer.

Cette fois-ci, elle a montré avec son pinceau des mouvements ralentis et détaillés, posés.

En comparaison des œuvres qu'elle avait essayé de finir rapidement ; cette fois ci elle a pris son temps.

Elle était dans la lenteur, dans la minutie, avec une grande concentration qui a duré plus de 20 minutes. Son corps s'est penché vers l'avant pour voir de près son tableau. Elle mélange un peu en fin de séance. Avant de partir, elle nous a demandé : « J'aurai besoin de vous pour trouver la couleur turquoise. »

Nous partons. Elle nous a ouvert son espace extérieur privé (nous laissant passer par le jardin/pente douce pour porter notre matériel). M. et Mme C nous ont accompagnées jusqu'au portail. Mme C. est allée jusqu'à la voiture, elle nous a serré la main. Elle a un sourire plus large et franc qu'à l'ordinaire.

Mise en mots : Généralement, Madame C. n'échange pas verbalement son ressenti. La mise en mots est plus basée sur ses réactions et son langage corporel. Son langage corporel nous indique qu'elle a apprécié cette séance et qu'elle s'est complètement impliquée.

Auto-évaluation : Mme C. trouve sur une échelle de 5. Le plaisir de faire (le beau) : elle a choisi le 4. Dans la façon de faire (le bien) : elle a choisi le 2. Dans son envie de continuer (le bon) : elle a choisi le 3. Mme C. pour le moment passé a coché 4.

Observations : Tout le temps de la séance, est restée concentrée malgré les interventions de ses enfants et de son mari qui l'ont quelque peu interrompue. Elle a su conserver son espace personnel en leur demandant de faire moins de bruit, y compris en fin de séance. Nous l'avons avertie de l'échéance du temps prévu. Elle a eu du mal à s'arrêter de peindre, son tableau n'était pas terminé, elle continuait et reprenait de la peinture pour enfin poser le pinceau et s'arrêter.

Séance 5

Technique(s) artistique(s) employée(s) :

Peinture acrylique sur châssis toilé 40x40 préparé avec le mortier de structure.

Accueil très cordial, avec un sourire franc. *Le chien n'est pas là. Elle cherche ses clés comme à l'ordinaire. Elle constate que le portail est ouvert et vient à notre rencontre.* Elle ferme le portail et nous laisse entrer par l'arrière du bâtiment (son espace privé). Le père est parti avec les deux grands enfants, le plus petit dort.



Elle continue avec son tableau ayant le thème de la mer. A sa demande, nous lui apportons un phtalo bleu (turquoise) qu'elle utilise avec prodigalité sur tout le haut du tableau

en le mélangeant de façon plus ou moins importante avec du blanc. Elle fait des mouvements lents, elle est concentrée. Son visage ne montre pas d'émotion, sa main gauche est pliée sur la table. Elle tient toujours son pinceau entre l'index et le majeur. Elle finalise le tableau avec des couleurs plus contrastées pour lui donner du relief et de la lumière (des rouges, des orangées, des blancs et des verts clairs).

Mise en mots : Pour la première fois lors de cette dernière séance Mme C. nous a partagé un ressenti, en premier lors de notre arrivée : « ça va, j'ai repris le travail » puis à la fin de la séance en répondant à notre question « comment vous sentez- vous ? » « Bien, fatiguée »

A un moment donné, nous entendons une voix d'enfant. Le mari frappe légèrement à la porte de la cuisine. Il rentre doucement en faisant attention de garder l'ambiance présente dans la maison. A la fin avec Monsieur C., nous avons évoqué les œuvres de sa femme, il a dit: « Elle ne veut pas les accrocher », elle répondit : « On verra ».

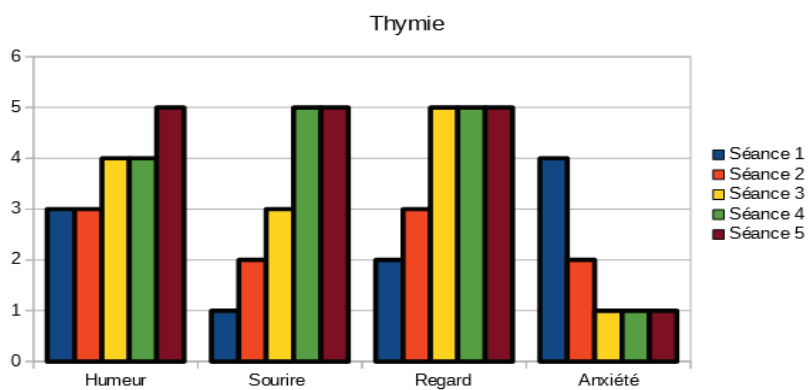
Séparation très cordiale. Mme C. nous raccompagne toujours en passant par le jardin. Nous saluons les enfants et M. C. en partant. *Le chien a été enfermé dans le garage pendant toute la séance.*

Auto-évaluation : Mme C. trouve sur une échelle de 5. Le plaisir de faire (le beau) : elle a choisi le 4. Dans la façon de faire (le bien) : elle a choisi le 4. Dans son envie de continuer (le bon) : elle a choisi le 4. Madame C a coché 5 sur une échelle de 5 pour le moment passé. En commentaire, elle a noté : « restez comme vous êtes, ça a été un plaisir de vous rencontrer ».

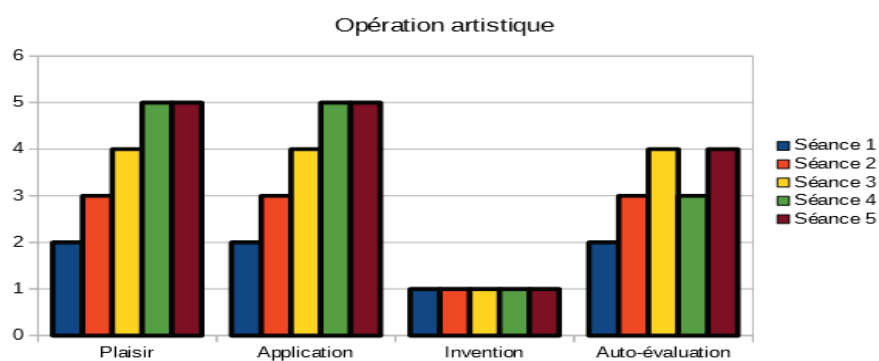
Observations Lors de cette séance, Madame C s'est réellement concentrée en silence, elle a su préserver son espace malgré les bruits extérieurs. Elle a mélangé ses couleurs, choisi ses pinceaux avec minutie. Elle a fait des remarques pertinentes et malicieuses. Elle s'est investie complètement dans la finalisation de sa production. Elle a signé ses œuvres, se les ait appropriées, alors que précédemment, elle ne pensait pas vouloir les montrer ou les afficher.

3.4 Tableaux qui présentent les items choisis afin d'illustrer les observations

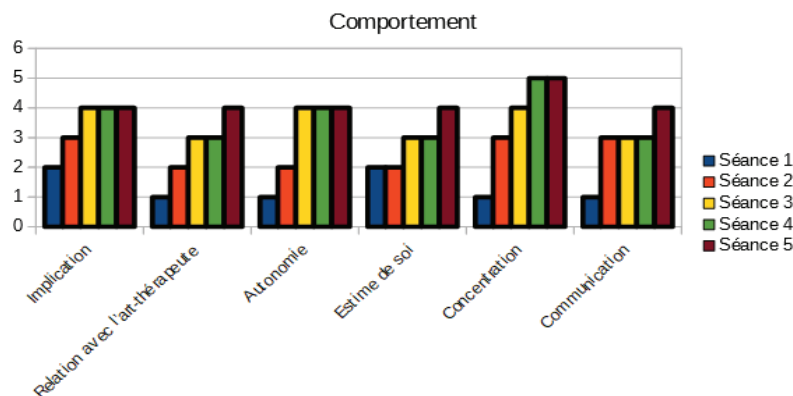
Thymie					
Item/cotation	1	2	3	4	5
Humeur	Inexpressif	Mauvaise humeur	Humeur égale	Bonne Humeur	Enthousiaste
Sourire	Inexistant	Timide	Présent	Franc	Rayonnant
Regard	Inexistant	Inexpressif	Fuyant et distant	Présent	Franc
Anxiété	Calme	S'agite	Manifeste la fatigue	Stress ou grande préoccupation	Irritable



Opération artistique					
Item/cotation	1	2	3	4	5
Plaisir	Indifférent	N'apprécie pas	Apprécie moyennement	Bonne appréciation	Apprécie beaucoup
Application	Non perçue	Passif	Effort moyen	Effort visible	S'implique totalement
Invention	Reste dans le connu	Détourne sans s'y attacher	Détourne	Utilise le matériel différemment	Invente des nouvelles techniques
Auto-évaluation	Dévalorisation	Indifférence	Satisfaction mitigée	Satisfaction	Pleine satisfaction/allégresse



Comportement					
Item/cotation	1	2	3	4	5
Implication	En retrait	Subis	Sans initiative	Participe	Moteur
Relation avec l'art-thérapeute	Distante	Fuyante/intimidée	Bonne entente	Confiante	Empathique
Autonomie	Passif	Se laisse porter	Aidé	Fait seul en posant des questions	Fait seul
Estime de soi	Non perçue	Faible	Moyenne	Grande	Importante
Concentration	Non perçue	Perturbée	Faible	Moyenne	Grande
Communication	Non verbale	Verbale	Différée	Directe	Immédiate



3.5 Bilan de la prise en charge

Mme C. ne s'est pas beaucoup investie dans ses séances au début, elle paraissait les subir. Nous nous sommes rendu compte qu'elle était préoccupée par la santé de son fils. En effet, L a été malade la veille d'une séance (symptômes d'une gastro). Il a montré des signes de faiblesse à l'école puis la séance était arrêtée 10 min avant la fin, par un appel téléphonique pour l'informer d'aller chercher son fils. Elle a pourtant pris le temps pour établir avec nous les dates de rendez-vous des prochaines séances d'Art-Thérapie.

Puis Mme C a commencé à s'ouvrir. Elle restait très scolaire, elle ne montrait pas encore son réel investissement personnel et faisait ce qu'on lui disait de faire.

Nous avons tout de même découvert une coloriste qui arrivait à se concentrer et à rentrer dans son espace. Elle appréciait l'application de la peinture acrylique. Le lâcher-prise était loin d'être atteint, mais nous avons pu constater qu'au moment de notre départ, elle commençait à montrer plus d'harmonie entre son sourire et son regard.

Puis, pour les séances suivantes, elle est restée concentrée. Elle a choisi et fait les mélanges de couleurs d'une façon plus autonome. Le lâcher-prise commençait (car elle a oublié l'heure d'un rendez-vous important après une des séances).

Dans les contrastes que nous observions (dans son auto-évaluation et de par l'apparent plaisir qu'elle a montré en faisant son œuvre), nous constatons une contradiction. Nous décidons de nous appuyer sur l'équipe d'ETP, la nécessité pour nous étant de savoir si Mme C avait un suivi psychologique.

Pour la suite, concernant le lâcher-prise, nous constatons une petite évolution par rapport aux séances précédentes sans pouvoir dire que celui-ci était acquis, en ce qui concernait l'anxiété. Mme C. nous paraissait toujours anxieuse.

Elle a montré, lors de la dernière séance, plus d'ouverture ainsi que certains traits de sa personnalité qu'elle n'osait pas nous dévoiler avant, en nous adressant des taquineries et des regards complices, ainsi que des boutades envers nous et sa famille. Madame C nous a montré un

début de lâcher prise. Nous constatons que 5 séances d'Art-Thérapie ne lui suffisent pas pour libérer son anxiété, son lâcher prise commençant juste à apparaître.

IV. DISCUSSION

1. LE DOMICILE

1.1 Une rencontre dans un espace privé

Avant tout, c'est une rencontre humaine, un aidant, et sa famille, ses animaux de compagnie, son environnement, son espace privé avec des Art-Thérapeutes.

Nous avons eu l'aide de l'équipe d'ETP du CHU pour nous faciliter cette tâche. Elle nous a permis de rencontrer les aidants à leur domicile. Ensuite, c'était à nous de construire une relation de confiance pour que l'alliance thérapeutique soit établie et que nous puissions avancer par rapport à nos objectifs.

1.2 Avoir 2 regards extérieurs posés sur soi, en occupant son espace personnel

Ce qui était sans doute compliqué pour les familles, c'était de voir se présenter deux personnes en même temps, dans leur espace intime, qui posaient un regard sur eux. De plus, nous étions sur une période estivale, ce qui posait parfois problème dans la mesure où souvent la famille entière était présente. Cela demandait une organisation et une mobilisation de la part de l'aidant qui n'était pas très évidente à mettre en place.

2. Le domicile était-il ressenti, par les patients, comme un avantage ou un désavantage ?

Dans le cadre de cette étude, nous n'avons pas pu faire les séances dans un endroit autre, donc le domicile était le seul lieu où nous pouvions vivre l'expérience Art-thérapeutique.

2.1 Pour quelques-uns

2.1.1 Un ressenti d'être entre la zone de confort et l'espace nourricier

Pour certains aidants, nous avons observé qu'ils préféraient rester dans leur zone de confort, chez eux, pour les séances ; et ne pas avoir besoin de se déplacer dans un autre endroit, car cet espace était connu et nourricier.

2.1.2 Ne pas avoir besoin de mobiliser leur élan vital pour sortir de la maison

Certains n'auraient pas pu se déplacer ailleurs à cause de la garde de leurs enfants et de la logistique impliquée au niveau du transport. Dans ce cas-là, ils ne mobilisaient pas nécessairement leur élan vital.

2.2 Pour d'autres

2.2.2 Le besoin d'avoir un espace ailleurs, un espace « neutre » et mobiliser leur élan vital pour se déplacer

D'autres nous ont clairement manifesté le besoin de sortir de la maison et d'aller ailleurs. Il leur fallait trouver un espace neutre. Avec cette action-là, il mobilisait davantage leur élan vital.

L'élan vital : Dans « *l'Évolution Créatrice* », Bergson affirme que « lorsque l'élan vital se sublime, il peut susciter les jaillissements créateurs qui sont à l'origine des grandes créations, spirituelles et morales, et du mysticisme lui-même. »

Chez un individu, c'est un état physique et psychosocial caractérisant un bien-être, une capacité de résilience ou d'adaptation.

L'élan vital désigne un processus créateur et imprévisible qui organise les corps qu'il traverse. C'est une force qui saisit la matière et introduit l'indétermination et la liberté. C'est la spontanéité créatrice (contrariée d'ailleurs par la nécessité de la matière). L'élan vital explique l'évolution du vivant. »

3. L'Environnement

3.1 Etre exposés aux facteurs extérieurs à l'espace thérapeutique

Nous considérons que c'est un élément essentiel dans de notre expérience d'Art-Thérapeutes à domicile

3.1.1 Interruptions – Famille – technologie – animaux - voisins

L'environnement n'était pas maîtrisable. Nous étions sujettes à de multiples interruptions venant des enfants, du mari, des animaux de compagnie, du téléphone, ou des voisins. Cela rendait notre mission très complexe car « le chemin vers la concentration » était parfois très long.

La technologie

Dans le monde où nous vivons maintenant, la technologie fait partie de notre quotidien. Certaines personnes s'en servent de manière « fonctionnelle » ; d'autres peuvent être (sans s'en rendre compte nécessairement) « tributaires » de leur téléphone car ils doivent être toujours « collés » à l'objet. Certains développent même des tendances addictives, d'une façon compulsive.

Montessori explique sur les sujets de la concentration et de l'environnement que : « *J'ai compris que tout dans l'ambiance de l'enfant, doit être mesuré et ordonné ; et que c'est du manque de confusion et de superflu que naissent, précisément l'intérêt et la concentration* ».

L'ambiance ou l'environnement de qualité

Ce sera le grand art de Maria Montessori que d'élaborer ce qu'elle appelle "*l'ambiance*". Elle emploie ce terme pour parler du contexte, de l'environnement, que l'éducatrice va préparer avec soin, pour que l'enfant puisse se sentir à la fois en sécurité et libre de choisir son activité, à son propre rythme.



Protégé par l'ordre et une discipline intelligente, il y trouve toutes les bonnes conditions à son développement et peut se mouvoir librement : il va chercher le matériel, effectue son activité, range, organise son temps avec l'aide de l'adulte si c'est nécessaire. La conception et l'organisation de cet

environnement provoquent chez l'enfant l'envie de choisir, de créer, d'apprendre, de développer ses capacités.

Ce cadre doit être empreint de simplicité, compréhensible par l'enfant, sobre dans les stimulations qu'il provoque pour pouvoir être gérable. Maria Montessori demande que l'ameublement soit beau, simple, léger, transportable. Que les objets artisanaux locaux soient introduits dans les classes.

4. Le domicile comme espace d'Art-Thérapie

4.1 L'espace

Etant donné que chaque maison ou domicile était complètement différent, ainsi que l'aménagement des espaces aussi ; nous devons établir des espaces thérapeutiques dans leur lieu de vie normale et commune, où ils fonctionnaient dans leurs tâches quotidiennes, en famille.

Par sa propre initiative, un aidant a pu aménager un espace spécialement dédié à l'Art-Thérapie (la véranda) où nous nous trouvions à l'écart du fonctionnement général des membres de la maison. Mais, la plupart du temps, nous étions installées dans l'espace salon/salle à manger, sur la table de de celle-ci.

Nous avons eu des occasions où l'espace thérapeutique habituel (salon/salle à manger) était occupé. Nous avons alors comme alternative une table à l'extérieur dans le jardin (sans point d'eau) ou à une pièce de jeux des enfants (sans accès à un coin d'eau non plus) où les meubles et la table pour s'asseoir étaient de petite taille (taille des enfants).

4.2 Espace pour soi comme être individuel, de respiration et ressourcement

Un espace de créativité, de rires et de jeu, un espace d'échanges pour libérer des émotions ne peut exister qu'à travers une relation de confiance, établie entre le patient et l'Art-Thérapeute.

Il est nécessaire que le patient trouve le médium artistique avec lequel il est à l'aise et qu'il aime. Cette matière qu'il aura choisie lui permet de cheminer vers ce moment intime avec SOI et avec l'ART, en toute sérénité. Elle va l'amener à des émotions et à des pulsions créatives.

4.3 Espace de lâcher- prise et de révélation

En se sentant contenu et en sécurité dans un lieu, en présence de l'Art-Thérapeute, le patient peut être écouté sans jugement. Quand ses émotions émergent, il se sent rassuré parce que celles-ci sont accueillies avec respect et bienveillance. Il peut se détendre et permettre à son soi de se révéler.

L'art comme objet transitionnel

Un objet transitionnel est un objet utilisé par un enfant à partir de l'âge de 4 mois pour représenter une présence rassurante (comme celle de la mère).

Winnicott distingue trois fonctions naturelles de la mère et plus largement du maternage :

- le « *holding* » correspondant à la manière de tenir et de porter l'enfant ;
- le « *handling* » comme l'art de le traiter et de le manipuler et
- l'« *object- presenting* » en tant que mode de présentation de l'objet.

L'auteur attache une importance toute particulière à cette dernière fonction qui ne peut s'exercer qu'à la seule condition « *d'être soi-même* ». Winnicott indique dans ce propos que le rapport au nourrissage comme art de donner le sein au bon moment n'est pas une question de technique mais « *d'être soi-même* ».

Winnicott fut le premier à parler de l'objet transitionnel ainsi que des phénomènes transitionnels au début des années 1950, soulignant soigneusement que leur existence était en fonction des enfants. En effet, si tous les enfants occidentaux n'y ont pas recours, le phénomène est plus rare encore — voire le plus souvent inexistant — dans les sociétés extra-occidentales.

L'objet transitionnel est donc un moyen pour l'enfant d'accéder à l'objectivité, d'accepter de perdre en quelque sorte ses sentiments de toute-puissance de manière moins brutale.

L'espace transitionnel est le lieu de repos psychique entre la réalité (qui prend de plus en plus sens) et ses sensations d'omnipotence.

En Art-Thérapie, plutôt que de communiquer exclusivement avec des mots, les patients peuvent s'exprimer avec la matière (cf. Jean-Pierre Royol « *Quand l'inaccessible est toile* », 2008), dans une mise en représentation ludique proposée par l'Art-Thérapeute.

Cette expression via l'objet transitionnel peut laisser émerger une communication de soi beaucoup plus authentique qu'une expression strictement verbale. Plus encore, elle permet de partager un vaste éventail d'expressions de soi qui engage à la fois des dimensions symboliques, physiques, psychiques et intellectuelles.

L'Art-Thérapie propose donc l'objet transitionnel. Il s'opère alors un mode transférentiel triangulaire entre le patient, l'Art-Thérapeute et la création. Et contrairement à la psychanalyse où le transfert est entièrement dirigé vers l'analyste ; en Art-Thérapie, l'intensité du transfert se trouve partagée entre l'Art-Thérapeute et la création, qui est une sorte de conglomerat transférentiel et une mise en forme de notre contre-transfert.

En Art-Thérapie, le processus de symbolisation peut occuper une place majeure et il ne peut y avoir de subjectivité sans création de l'objet. Si l'objet est d'abord imaginé, il apparaît ensuite comme la création de l'objet transitionnel qui fait le lien entre la réalité interne et la réalité externe.

C'est à partir de cet objet transitionnel qu'est initié le processus de symbolisation. Le patient effectue alors un travail de représentation, ce qui signifie que les produits de symbolisation vont venir se représenter dans son appareil psychique et faire sens.

L'objet transitionnel permet ainsi au patient, par le jeu (jouer, c'est créer), de faire un travail de symbolisation et de redevenir Je : c'est « *l'objeu* », cher au poète Francis Ponge.

L'image ou les œuvres créées par le patient relèvent du même processus. En Art-Thérapie, le travail de création est conscient mais le processus de création et les mécanismes qui sous-tendent ce processus sont inconscients.

Est-ce qu'on peut parler d'espace art-thérapeutique dans ce sens-là ?

Winnicott parle aussi de « *l'aire transitionnelle* » : l'ouverture d'un espace symbolique de créativité ou l'entrée dans la culture comme institution, et c'est étroitement en rapport avec l'espace potentiel du patient. Ce n'est pas un dedans, ce n'est pas un dehors. L'espace analytique est un espace de jeu, qu'il s'agisse de jeu sans règles des petits enfants (playing) ou du jeu avec des règles (game). Il montre que le rôle du thérapeute est d'accueillir et de laisser se mettre en place le transfert. « Dans l'idéal, il doit permettre l'émergence de l'inconscient, qui ne se joue que dans un espace transitionnel ferme, respecté, mais aussi malléable ».

5. Défis de l'Art-thérapeute

5.1 Accueillir l'être dans toute son humanité, étant chez lui

Le patient peut se sentir accueilli, chez lui, à travers un regard, la voix, le sourire, la douceur et la contenance de l'Art-Thérapeute afin de se détendre et se permettre de vivre ce moment avec l'art.

Le regard

« *Le regard précède l'éducation, l'empêchant d'être mécanique ou destructrice.*

Ce regard relève du soin parce qu'il relève de prendre soin à bien voir l'autre. Savoir voir, savoir reconnaître, avant l'interprétation consiste en un apprentissage toujours renouvelé, celui de la réflexion. Les réajustements sont les dynamiques, qui viennent après la mise en place de l'acte éducatif » (M. Montessori).

Le regard que l'art-thérapeute porte au patient est accueillant, prévenant dans toute son humanité et individualité. Le patient est là dans son domicile, dans son environnement, porteur d'une histoire, construisant son futur. Ce n'est pas le regard inquisiteur de celui qui a un objectif à atteindre : celui de chercher dans le patient ce dont il pourra se servir pour aboutir à ses fins pédagogiques ou thérapeutiques.

Il s'agit aussi de l'accueil très attentif, basée sur **l'écoute active**.

5.1.1 Appliquer le concept de : 2 oreilles 1 bouche (ECOUTE)

« Si l'homme a deux oreilles et une bouche, c'est pour écouter deux fois plus qu'il ne parle. » Confucius

L'écoute active

Nous avons utilisé « l'écoute active », une technique de communication développée par Carl Rogers qui permet de s'assurer que l'on a bien compris le message de son interlocuteur et de le lui démontrer. Le mécanisme de l'écoute active suit un cycle de 4 étapes (illustration ci-dessous), que l'on répète jusqu'à ce que la compréhension du message ait été validée par l'interlocuteur :

- 1) **Le temps de l'écoute** : lors de l'écoute, on peut afficher un "silence positif", tout en intervenant brièvement par des "oui, je comprends", pour montrer à l'interlocuteur que nous sommes à l'écoute à la fois de ses arguments (le problème) et de ses sentiments (la personne).
- 2) **Le temps de la clarification** : clarifier signifie ici "*comprendre le sens des mots*". Après le temps d'écoute, si nous avons des doutes sur le sens de certains mots dans la présentation de l'interlocuteur, il est possible de lui demander d'y revenir. Pour clarifier, il suffit de poser des questions telles que : "Que voulez-vous dire par..." ou " Que signifie pour vous ce terme?".
- 3) **Temps d'investigation** : approfondir pour mieux comprendre le point de vue de l'interlocuteur. Pour ce faire, on peut utiliser essentiellement les trois formes de questions suivantes :
 - a) *Question ouverte* : Exemple : comment se présente cette situation?
 - b) *Question de fait* : Exemple : combien de personnes sont impliquées dans ce projet?
 - c) *Question de sondage* : Cela est subjectif, cependant il est parfois important de connaître l'opinion de l'interlocuteur. Ex.: à votre avis que faut-il faire pour résoudre ce sujet ?

4) **Temps de reformulation** : la reformulation assurera l'émetteur d'avoir été écouté. Par ce retour du sens, l'émetteur aura à la fois le sentiment d'avoir été compris et pourra repartir dans son propos du point exact où il s'était interrompu. Il permet à chacun de mieux comprendre et mémoriser, car elle offre une répétition et elle constitue aussi une synthèse partielle.

L'espace intérieur de l'Art-Thérapeute

Notre démarche comme Art-Thérapeute est d'accueillir en soi (comme thérapeute), les paroles du patient dans un espace « pacifié ». C'est où le thérapeute écoute l'autre avec tout son être, et avec tous ses sens. L'espace pacifié signifie pour nous, que nous avons en nous un espace libéré ou libre. Il est disponible et prêt à accueillir l'autre. C'est un centrage sur soi-même, une disponibilité intérieure, qui permet l'ouverture à l'autre.

Cet espace est libre de parasites mentaux qui peuvent nous distraire et nous amener à réfléchir sur d'autres situations, à préparer la question suivante, et à faire un commentaire sans avoir écouté la personne complètement.

Le but est que le patient puisse arriver tranquillement, avec son expression verbale propre, jusqu'au bout de ses idées, jusqu'au prochain silence.

Si peu ou pas d'expression verbale émane de lui, il peut apparaître des éléments de compréhension issus du langage corporel, suite à l'attention fine que nous lui portons, et à la réception globale de son être ; le tout accompagné de nos sourires.

C'est une gymnastique essentielle de centrage, d'attention, de présence à l'autre, à laquelle doit s'exercer le thérapeute.

Carl Rogers parle d'apprendre à s'écouter soi-même :

« C'est la prise en compte du ressenti, de l'éprouvé face à l'autre, acceptation de sa propre imperfection... », condition essentielle aux yeux de Rogers « pour que la relation devienne réelle, riche, vivante, signifiante. Pour lui, plus le thérapeute est en capacité de s'écouter, plus il sera animé par le désir d'écouter vraiment l'autre, dans ce qu'il est, et plus, il acceptera l'autre tel qu'il est (et non tel qu'il voudrait qu'il soit). C'est en s'écoutant soi-même que se développe la congruence. »

« C'est aussi par cette capacité à faire confiance à son expérience, à son sentiment interne sur ce qui est « juste, à ce qui n'est plus de l'ordre de l'intellectuel mais du ressenti que le thérapeute doit agir ».

5.2 Le temps : 6 séances

Nous avons 6 séances en tout, une qui était considérée comme la séance de découverte, puis 5 séances d'Art Thérapie.

Peut-on parler de soin sans respect ?

Il s'agit d'être sensible aux détails, ceux par lesquels un être humain peut s'exprimer, ceux que nous ne pouvons voir sans imagination, sans cette démarche de compréhension qui permet de voir l'autre dans son intégrité, comme un tout unique.

C'est tout un art grâce à l'apparition et à l'engagement de l'alliance art-thérapeutique que le patient peut s'impliquer. Percevoir une situation donnée dans toute sa complexité, décrypter les interactions qui s'y déroulent, comprendre le comportement de cette personne, prendre la décision adéquate sont autant de compétences qui sont le fruit d'un regard respectueux.

Alliance thérapeutique

Fonctions de l'alliance thérapeutique :

Cette dernière a pour but de saisir et d'analyser une relation de soins et de trouver des moyens pour lutter contre la maladie mais aussi rétablir et préserver la santé. L'alliance thérapeutique est un lien qui naît entre un thérapeute et son patient, qui met en relation deux personnes afin de favoriser l'issue d'un traitement. Elle impose donc un respect mutuel et une volonté de s'engager.

Le terme d'alliance thérapeutique a été utilisé en premier par Freud dans « Le début du traitement (1913) », et ensuite a été très développé aux USA, notamment dans la psychanalyse.

Dans les années 1970, ce concept a évolué. Les thérapeutes ont introduit des outils d'évaluation. En 1990, le Dr GASTON définit l'alliance thérapeutique comme le lien affectif qui lie le patient à son thérapeute.

5.2.2 Trouver le médium artistique d'expression

Le médium artistique d'expression

Avant la première séance d'Art-Thérapie, nous avons recueilli préalablement l'information sur les goûts et les préférences artistiques des aidants. Lors des premières séances, nous nous sommes rendues compte qu'avec quelques personnes, nous avons besoin de précisions pour le choix du médium. Et même parfois, la personne a souhaité en changer, en contradiction avec les envies recueillies pendant l'anamnèse. Donc nous étions obligées « d'explorer » sur place avec d'autres médias artistiques ou d'autres variantes.

Parfois, ce « tâtonnement » nous semblait long, puisque nous avons cinq séances au total. Nous savions qu'il était important de trouver le médium artistique dans un bref délai, celui qui pouvait lui permettre de vivre un déclenchement.

Le médium artistique et le patient, c'est aussi une rencontre.

C'est une histoire d'amour entre un trait, une photo, l'image d'un couple, d'un enfant, d'un animal, la nature, un instrument musical, une mélodie, une couleur, le toucher, un son, une chanson, une perspective, une douceur, une luminosité, une culture, une danse ou des mots, qui s'amuse à jouer entre eux dans une poésie, et nous invitent à languir sur chaque mot, ou sur chaque moment de silence. Les sens nous attirent vers tous ces éléments. Le chemin de la recherche du plaisir qui permet de ressentir une émotion est indispensable pour vivre la « saveur existentielle ».

La main et l'expression artistique

« Le premier effort éducatif pour développer le potentiel artistique de la main consiste à apprendre à sentir notre main, dont la destination est si supérieure à celle à laquelle notre inconscience la réduit. Mais malheureusement, nous la sentons aussi peu, par rapport à ce que nous voulons lui faire faire, que par rapport à ce que ne nous voulons pas qu'elle fasse »

[Marie Jaëll « *L'intelligence et le rythme* »].



Au niveau du médium artistique, un aidant a trouvé enrichissant la proposition du modelage avec l'argile. Cette activité lui rappelait la rééducation qu'il a eue auparavant, suite à une opération sur sa main car il souffrait de la maladie de Dupuytren *. Il ne pouvait pas ouvrir ses doigts qui se fermaient vers la paume de sa main. C'était très douloureux, il souffrait beaucoup en essayant de faire les gestes quotidiens de la main. Il s'est fait opérer par un chirurgien spécialisé il y a 10 ans. Après l'opération, il a eu pendant 2 mois, de la rééducation, uniquement avec l'argile. Il malaxait l'argile, faisait des boules, serrait la matière, tapotait avec ses doigts.

Ces séances de rééducation étaient réalisées deux à trois fois par jour pendant une demi-heure. Il a compris qu'il pouvait y avoir une rechute (information donnée par son médecin à l'époque). Mais cela n'a pas été le cas jusqu'à aujourd'hui. Une fois l'opération du patient réalisée avec succès, les doigts sont de nouveau libres et il a pu apprivoiser les gestes de la vie courante de façon sensorielle à travers les pulpes et la dissociation des doigts.

Les recherches de Marie Jaëll nous indiquent que lorsque la paume de la main s'ouvre, elle rend les doigts disponibles jusqu'au bout des doigts, puis la disponibilité et l'ouverture de la main permettent en même temps d'avoir une disponibilité et une ouverture corporelle jusqu'aux pieds qui aide le patient à s'ancrer, à se centrer, à fixer bien son attention puis à se concentrer complètement. Marie Jaëll explique aussi que la sensibilité artistique est quelque chose de

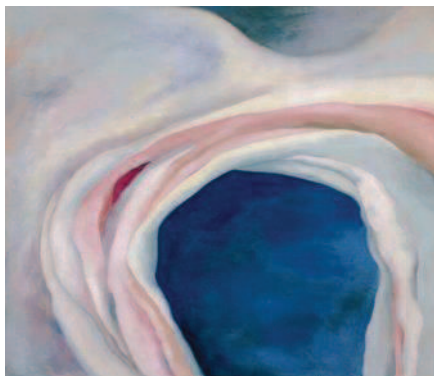
physiologique, elle n'est pas uniquement cérébrale. Elle se développe à travers l'entraînement puis se cérébralise.

Le contact des mains du patient avec l'argile étant doux et résistant à la fois, il a rendu possible, de continuer à stimuler ces zones et à lui donner un plaisir sensoriel. Il a fait le lien avec sa convalescence et sa rééducation, qui lui ont données- à l'époque - un résultat favorable. Il a gardé de cette image et de cette sensation un moment positif laissant ainsi une agréable empreinte dans sa mémoire.

Pendant la séance d'Art-Thérapie, en manipulant l'argile, il a senti une sensation agréable, puis il a vécu un rappel de cette sensation positive, car il s'est reconnecté avec la mémoire ancienne. Le contexte Art-Thérapeutique actuel lui a donné le moyen de vivre un moment de détente en laissant jaillir sa créativité pour vivre un moment de bien-être. Il s'est amusé à trouver des formes qui étaient en relation avec sa vie et ses voyages.

Aujourd'hui, il utilise complètement sa main et il ne souffre pas. Elle a pu récupérer sa fonction principale : transformer le monde. Elle est reliée à l'intelligence humaine, à notre cerveau et grâce à cette fonction, elle peut être source de plaisir.

La croisée des arts : La musique et les arts plastiques



Georgia O'Keeffe (1918) « Musique – Rose et Bleu No 1 ».

Huile sur toile (88,9x73,7 cm)

Dans ce D.U. d'Art-Thérapie, nous avons eu des enseignements sur les avantages de la pratique des arts plastiques « croisés ».

La pédagogie alternative de Rudolf Steiner comporte l'eurythmie, qui défend l'idée que « la pratique des arts croisés favorise l'émergence d'énergies pour potentialiser la performance et l'épanouissement des personnes ».

L'Eurythmie

« L'eurythmie est du langage visible, et de la musique visible. L'eurythmie peut être accompagnée de récitation et de déclamation, mais aussi de musique instrumentale. L'eurythmie est la musique traduite en mouvement, ce n'est pas de la danse. Souvent, il peut y avoir cette confusion en voyant une performance d'eurythmie, due au fait que celle-ci utilise comme instrument le corps humain en mouvement.

C'est un art entier spécifique. Nous pouvons distinguer aussi l'eurythmie sonore qui est du chant visible, accompagné par de la musique instrumentale. Cela doit se différencier

clairement de la danse ordinaire. L'eurythmie sonore n'est pas la danse, mais un chant en mouvement qui peut être réalisée par un seul artiste ou plusieurs artistes ensemble... »

[Extraits de la conférence de Rudolf Steiner le 26 août, 1926].



Performance d'Eurythmie

Un certain nombre de médecins à l'époque s'est intéressé à l'Eurythmie. Ces médecins ont souligné l'importance d'adapter cette forme d'expression avec ses mouvements, quand c'est possible, à l'art du soin.

Ce qui est connu comme l'Eurythmie est une forme d'exutoire pour l'être humain à travers le mouvement du corps, des mains, de la tête... Donc, ils ont pensé que certains mouvements d'Eurythmie, (avec une adaptation légèrement différente de la forme artistique) pouvaient s'utiliser et se développer vers une Eurythmie curative. Celle-ci pouvait avoir une grande valeur dans le traitement de certaines maladies...

Notre expérience

En suivant notre mouvance, pendant le stage, nous avons eu l'opportunité de vivre des séances d'Art-Thérapie en utilisant des arts plastiques combinés à la musique. Nous avons réalisé une séance réalisée avec des jeux de rythme proposant des instruments amusants et « détournés » (couvercles, jeux en bois...) où nous mettions en avant l'aspect « jeu », avec la musique en même temps. Nous avons observé que cela a aidé à dynamiser la séance. Les arts plastiques étaient proposés après ce moment-là. A d'autres moments, où la musique était présente au même temps que la réalisation de l'œuvre d'arts plastiques, nous avons remarqué que cela a aidé à la détente et à la concentration des aidants.

Des expériences picto-musicales

Parfois, nous avons expérimenté une approche picto-musicale (avec la peinture intuitive et la musique) où « la toile de peinture devient alors un instrument de percussions colorées ». Le but étant de laisser de côté son conscient pour laisser libre cours à l'émergence de ses émotions et de son imagination à travers le rythme et la musicalité.

Pour nos séances d'Art Thérapie, nous étions « nourries » dans nos recherches « picto-musicales » par l'observation du travail de plusieurs artistes et leurs expériences de performances picturales accompagnées de la musique instrumentale sur place. C'est aussi nommée : « peinture et musique en improvisations simultanées », ou musique et peinture « intuitives » (Art Brut).

La Musicothérapie

La Musicothérapie est une composante de l'Art-Thérapie qui consiste à utiliser la musique comme outil thérapeutique. *La musicothérapie utilise le son et la musique sous toutes ses formes, pour rétablir, maintenir ou améliorer la santé mentale, physique ou émotionnelle d'une personne.*

La musicothérapie a été utilisée pour des maladies lourdes comme la maladie Parkinson et La Maladie de Type Alzheimer (MDTA). En effet, il a été constaté que l'utilisation de la musicothérapie diminue la sensation des douleurs, et ainsi baisse de 50 % l'utilisation des anxiolytiques et des antidépresseurs utilisés pour soigner ces maladies.

La musique et le cerveau

La musique rend heureux en agissant directement sur le cerveau. Le plaisir intense ressenti en l'écouter entraîne la sécrétion de dopamine si la musique est appréciée du sujet.

La dopamine est un neurotransmetteur qui sert à renforcer des comportements tels que l'alimentation et joue un rôle dans la motivation en fonctionnant sur une sorte de système de récompense. Cette molécule est également impliquée dans certains plaisirs abstraits comme écouter de la musique⁴. Elle est issue de l'acide aminé tyrosine.

Les neuroscientifiques affirment également que la musique a une influence sur l'activité cérébrale. Écouter de la musique lente et rythmée diminue la tension artérielle, le rythme cardiaque, et les tensions musculaires. Cela repose. Ce ne sont pas les sons qui influencent directement le cerveau, mais l'esprit qui est sollicité par le message complexe que renvoie la musique.

Le son est perçu par l'oreille ; qui est d'une grande complexité. C'est elle qui sert d'interprète entre le son et le cerveau. Elle est composée de 3 parties : l'oreille externe, l'oreille moyenne et l'oreille interne, qui font partie intégrante du cerveau. Certains de ces réseaux neuronaux sont même exclusivement dédiés au traitement de la musique. La preuve a été maintes fois apportée par des personnes qui, après avoir subi des lésions cérébrales ont perdu l'usage de la parole, alors qu'elles ont gardé intact « leur cerveau musical ».

La musique a aussi des effets sur les performances intellectuelles, sur l'agressivité et sur la santé. On peut dire qu'elle correspond à un éveil car elle ouvre un espace où les émotions ressenties sont susceptibles d'élargir notre champ de pensée et nous faire oublier la douleur. C'est un outil très important qui permet de diminuer la sensation de douleur.

Les recherches en neurosciences attestent que la musique peut stimuler les fonctions vitales car elle active les circuits neuronaux de la gratification. Elle réduit les activations des régions cérébrales mises en jeu dans les émotions négatives et augmentent la résistance au stress.

Elle peut permettre d'affronter la mort avec courage ou de calmer les angoisses des bébés. De fait, elle est donc utilisée à des fins thérapeutiques. Les réponses émotionnelles provoquées par la musique sont aussi intenses que certaines stimulations biologiques et sont, de surcroît, extrêmement rapides.

5.2.3 Être garant du cadre thérapeutique

C'est un élément pilier dans l'Art-Thérapie, où l'Art-Thérapeute montre dans sa posture un respect absolu envers le patient, pour que le celui-ci puisse se sentir sécurisé et contenu dans une structure claire et protectrice. Il ne perd pas de vue l'objectif majeur : accompagner la personne sur le chemin de la saveur existentielle et du bien-être.

Le cadre thérapeutique exprime les règles qui structurent la séance d'Art-Thérapie :

- 1) La durée de la séance et le nombre des séances
- 2) Le lieu : dans le domicile, où exactement ? préservé des bruits, des interruptions...
Parfois, il suffit simplement de fermer la porte entre les différents espaces de la maison et l'espace thérapeutique. L'espace précis pour délimiter où l'aidant peut faire sa séance. Cela peut être défini par un petit tapis sur la table à utiliser.
- 3) Signaler l'existence de deux Art-Thérapeutes en formation à chaque séance : 1 observateur et un référent
- 4) L'Art-Thérapeute doit porter une blouse, il « rentre dans son rôle »
- 5) Le respect de la confidentialité lié à la charte du même nom.
- 6) Le mode de fonctionnement par rapport aux échanges réguliers avec l'équipe ETP, puis la « fiche de synthèse » à remplir à la fin de chaque séance et transmise à l'équipe d'ETP.

5.2.4 Distance thérapeutique

Une distance « respectueuse » ne peut être que le fruit du souci de l'autre, une sensibilité à ce qu'il est, une écoute de ses réactions, qui provoque un réajustement intérieur. Lorsque nous voulons faire passer nos objectifs avant de laisser l'autre s'exprimer, nous risquons de lui voler une possibilité de faire l'acte de lui-même. Nous l'obligeons à s'adapter à notre injonction au détriment quelquefois de son intégrité.

La distance « respectueuse », permet aussi au thérapeute de prendre du recul face à une situation qui pourrait l'envahir, ce qui invaliderait l'acte thérapeutique.

5.3 Travailler sur son histoire pour mieux accompagner

Pendant notre formation, deux aspects fondamentaux ont été soulignés : *la position d'humilité et la nécessité de travailler sur son histoire personnelle.*

5.3.1 La position d'humilité

En lien avec la philosophie (Montessori), la posture de la maîtresse doit être : « *Entre sage et sainte* ». Sans aller dans les extrêmes, d'après celle-ci : « *la maîtresse n'impose pas sa façon de faire ou de voir et laisse l'espace à l'enfant pour qu'il puisse agir, comprendre, s'approprier de lui-même ce qu'il vient de découvrir.* ».

Dans le cadre thérapeutique, à l'identique, nous laissons le patient libre de ses faits et gestes ainsi que de ses choix, sans quoi il ne pourra exprimer ses émotions librement et ses élans créatifs s'en trouveront limités.

5.3.2 Travailler sur son histoire personnelle

Pendant le stage, lors de quelques séances d'Art-Thérapie, nous étions confrontées à « l'effet miroir » avec certains patients. Cela signifie que notre propre histoire rejaillissait spontanément au regard et à l'écoute du patient. L'effet miroir peut avoir une répercussion positive mais elle peut être également anxiogène.

Prendre de la distance et lâcher prise sont des compétences à développer et à mettre en œuvre au fil du temps. C'est un travail sur soi qui pourrait nous aider à avancer et à dépasser certains défis qui se présentent et s'imposent aux cours des séances d'Art-Thérapie.

« Pour que la fontaine donne de l'eau, il faut qu'elle soit remplie ». Anonyme

6. Le handicap visuel de l'Art Thérapeute est l'un des facteurs importants dont il faut tenir compte lors de l'accompagnement du patient.

6.1 Description de la pathologie liée au handicap de l'Art Thérapeute, et ses conséquences

Kératotomie radiaire : En 1986, une kératotomie radiaire* était réalisée sur les deux yeux d'une des deux Art- Thérapeutes. Le protocole à l'époque était de faire au maximum 12 incisions par œil sans toucher la partie centrale de vision. Or, il s'avère que, dans la réalité, 24 incisions ont été réalisées sur chaque cornée, et la partie de la vision centrale a été touchée.

6.1.2 Conséquences

Cela donne comme résultat aujourd'hui, une déformation de chaque cornée (qui est en évolution constante). Les cornées ont une forme de kératocônes (déformation de la cornée qui s'amincit progressivement) et sur l'œil gauche se trouve une ectasie (hernie). En conséquence, elle souffre de photophobie (intolérance à la lumière accompagnée de douleurs) et de diplopie (perception simultanée de deux images, vision double d'un objet unique). Puis la vision ne peut pas être corrigée correctement avec des lunettes de prescription.

6.2 Utiliser l'équipement nécessaire pour pouvoir fonctionner adéquatement

L'ordinateur doit être adapté, il doit y avoir une lampe d'appoint spéciale, ainsi que des éclairages particuliers, un agrandisseur de textes, et elle doit porter des lunettes pour la lumière avec des filtres de couleur jaune.

7. Le binôme

7.1 Les rôles : la référente et l'observatrice

Nous avons trois patients « exposés » pour chacune d'entre nous quand nous étions référentes, puis trois patients non-exposés. Nous devons inverser les rôles de référente et d'observateur par rapport aux aidants qui nous étaient attribués. L'Art-Thérapeute référente devait réaliser sa séance d'Art-Thérapie et l'observatrice « observer ». Il s'avère que cela n'est pas si simple...

Qu'est ce qui se passe quand l'une des stagiaires, dans son rôle d'observatrice remarque que l'Art-Thérapeute référente a un problème ? L'art thérapeute peut se confronter à des difficultés dans son accompagnement (ex : le choix du medium artistique qui n'écloie pas). L'observatrice peut-elle apporter une solution ? Doit-elle agir pour aider sa collègue en difficultés ou remplir son rôle et agir uniquement comme observatrice ?

Où l'Art-Thérapeute doit-elle se placer physiquement ? A quelle distance du patient ? La place qu'occupe l'Art Thérapeute auprès du patient est très importante. Elle ne doit pas envahir l'espace thérapeutique, il doit être contenant sans être invasif et permettre à l'élan créatif du patient d'émerger naturellement.

Où est-ce que l'observatrice devrait se placer pour ne pas déranger ? Doit-elle plutôt s'effacer et ne pas attirer l'attention sur elle pendant le temps de création ?

Jusqu'où pouvions-nous avoir une marge de manœuvre, tout en conservant nos fonctions principales (rester chacune dans nos rôles) quand nous étions confrontées à des interruptions (ex : des enfants rentrant dans l'espace thérapeutique sans écouter les consignes de leur maman).

Devons-nous agir comme « baby-sitters, ou animateurs artistiques » pour les occuper ; pour laisser leur mère vivre son espace thérapeutique ? Jusqu'où pouvions-nous aller sans négliger notre fonction principale... ? Avions-nous le droit d'intervenir par rapport au cadre scientifique de l'étude ? Nous devons élaborer des réponses immédiates tout en agissant conformément.

D'un point de vue fonctionnel, il était important de se préoccuper de l'aspect pratique des séances. Il aurait été préférable que le point d'eau se trouve non loin de l'espace thérapeutique afin que nous ne troublions pas la famille qui se trouvait au domicile et que nous

ne soyons pas à l'origine de dérangements et d'interruptions dans les séances. Hélas, nous ne pouvions pas maîtriser la situation géographique des lieux.

7.2 La collaboration ou intervenir à deux

Nous, les Art-Thérapeutes en formation, avons des histoires professionnelles très différentes. La collaboration était parfois difficile même si nous pouvions être complémentaires. Elle nous offrait la possibilité d'avoir des échanges riches et intéressants. Cependant, nous n'avions pas nécessairement le même point de vue, voire des points de vue opposés.

Il fallait que chaque membre du binôme soit en harmonie avec lui-même et par rapport à l'autre. La co-intervention suppose de former un duo cohérent comme le sont deux danseurs sur une piste. Il y a une expression qui dit « It takes 2 to tango ». La phrase traduite veut dire « *Il faut être deux pour faire du Tango* ». Cette phrase date des années 1920, quand le tango latino-américain est devenu une danse populaire aux Etats Unis. Sa signification plus profonde veut dire : la coopération active entre deux parties est nécessaire pour accomplir ou aboutir à une réalisation.

Nous devons agir comme des danseurs, faire les pas ensemble, d'une façon coordonnée, au rythme de « notre ressenti », dans un milieu non contrôlé, tout en respectant le cadre thérapeutique. Nous devons mobiliser notre propre élan vital, notre empathie, nous adapter et agir d'une façon conciliante et bienveillante par rapport à nous-mêmes, à l'autre Art-Thérapeute, au patient, et à sa famille.

7.3 La posture Art-Thérapeutique

Dans le cadre de l'étude Educ'Art-Ped, notre posture est celle d'accompagnateur, d'observateur, sans aucune interprétation du contenu de la séance.

Selon Dominique SENS, Psychologue clinicien et Art-Thérapeute [auteur du livre « *La construction de l'identité professionnelle de l'art thérapeute* »], il existe quatre modèles courants en Art-Thérapie, applicables en situations groupale ou individuelle, auxquels se réfèrent les Art-Thérapeutes :

Le modèle cathartique : le patient est poussé à s'exprimer par une technique artistique afin d'expulser, se débarrasser de sa souffrance : « *s'exprimer soulage, ça fait du bien* ».

Le modèle réparateur : le thérapeute pense aider le patient en lui apportant son soutien, sa compréhension, afin d'effacer le préjudice qu'a subi le patient ou pour combler un manque interne. Il s'implique dans le soignant / soigné en instaurant un climat de confiance et de convivialité.

Le modèle éducatif : le thérapeute est dans une position de guide. Il indique au patient les procédures à effectuer, les chemins à prendre, la direction à suivre. Il assure une fonction de

conseil dans le dessein d'aider le patient à effectuer des choix pertinents. Il a un rôle d'éducateur ou de rééducateur.

Le modèle analytique : Il repose sur l'idée que, dans la séance, ce qui sera privilégié, c'est le processus et non le résultat.

7.4 Le cadre thérapeutique

En binôme, il est essentiel d'avoir la compréhension, la clarté et la conscience de l'importance du suivi, de respecter la structure majeure qui encadre les séances et d'être conforme aux règles de ce cadre. Le binôme doit garder sa lucidité et la conscience que l'objectif principal est le bien-être du patient, dans le respect de soi-même et de l'autre (le patient et le collaborateur). Le cadre thérapeutique donne un sentiment de sécurité et de contenance au patient, ainsi qu'à l'Art-Thérapeute en stage.

7.5 La distance Thérapeutique

Nous étions dans une « immersion totale », de façon intensive, à deux, pendant la période de stage. Nous avons eu des moments où il fallait rectifier la distance entre nous (le binôme) car notre relation pouvait devenir « fusionnelle ». Nous nous interrogeons alors sur notre objectivité.

Au même temps, nous échangeons beaucoup afin de pouvoir atteindre nos objectifs. Ce retour d'expériences avant et après chaque séance était primordial. Ces échanges étaient très riches car nous sentions que nous étions, pour la plupart du temps, complémentaires.

7.6 La logistique, la fatigue

Nos longs déplacements occasionnaient de la fatigue. Nous avons essayé de rester professionnelles et de nous rendre « complètement disponibles ». Nous nous centrons sur nous-même pour pouvoir « accueillir » nos aidants, chez eux. Les trajets aller et retour prenaient une grande partie de nos journées, car la plupart des aidants habitaient hors des plus grandes villes.

7.6.1 Feedback dans la voiture

De par la logistique, nous étions confrontées à la nécessité de réaliser le « feedback » ou retour d'expériences dans la voiture, et avant le chemin du retour. Pour ces trajets, il fallait aussi que nous nous adaptions au véhicule étroit où nous étions contraintes d'écrire, ce qui nous donnait parfois le mal des transports dans la chaleur d'un été chaud.

CONCLUSION

Salutogénèse : Nous avons observé avec joie, dans le cadre de la « Salutogénèse », la posture active plutôt que passive des aidants par rapport à l'Education Thérapeutique de la santé de leurs enfants. Celle-ci est observable dans la démarche de leurs enfants dans l'action : la prise de leur traitement puis le suivi d'une nouvelle hygiène de vie alimentaire. Les protagonistes doivent être acteurs plutôt que subir un protocole donné ou se sentir purement « assistés ». Malgré cette démarche positive, le suivi pouvait se révéler très anxiogène.

La démarche d'accompagnement dans des séances d'Art-Thérapie, « uniquement pour eux » et « dans leur espace » a été vécue par certains comme une « récompense » ou un « baume » de bonheur par rapport à leur investissement humain. La plupart du temps, à cause de leur travail, leurs lourdes responsabilités, et leur implication dans la santé de leurs enfants, ils s'oublient eux-mêmes. Ils sentent parfois qu'ils n'existent pas. *Ce sont leurs enfants qui passent toujours avant eux.*

Ce que l'Art-Thérapie mobilise chez les aidants :

L'élan vital : Certains aidants ont témoigné qu'ils voulaient sortir hors de leur zone de confort (maison) et aller ailleurs pour vivre des séances d'Art-Thérapie. Pour nous, c'est une démonstration concrète qu'ils veulent et peuvent mobiliser un surcroît d'élan vital.

La confiance : Lorsque certains patients prenaient confiance, peu à peu avec l'Art-Thérapeute, leurs « boucliers de protection » se sont ouverts de plus en plus, et nous avons eu accès à des espaces « privés », de leur domicile. Leurs regards, sourires et expressions étaient un témoignage concret de cette avancée. Cette confiance a permis, pour certains, d'observer un lâcher prise ou un début de lâcher prise qui était visible par le bien-être exprimé.

Nous avons remarqué aussi que pour ceux-là, continuer au-delà de 5 séances d'Art-Thérapie aurait permis d'avancer certainement davantage vers l'obtention des objectifs principaux : les aider à soulager leur anxiété, leurs angoisses et augmenter ainsi l'estime d'eux-mêmes.

Appropriation de leur espace Art-Thérapeutique : Après notre expérience, il nous paraît évident que lorsque les aidants s'approprient leur espace thérapeutique, ils s'affirment. Cette affirmation de soi montre une avancée vers l'estime de soi. Ils le font savoir et le font respecter auprès de leur entourage.

Ils font respecter le cadre thérapeutique auprès leur famille, de leurs animaux, et du voisinage. Avoir goûté aussi la « saveur existentielle » avec un médium artistique adapté et vivre une alliance thérapeutique avec l'Art-Thérapeute sont des facteurs déterminants.

Dans ce sens-là, pour les facteurs de distraction comme le téléphone, certains patients ont montré une nette évolution, allant même jusqu'à l'éteindre volontiers avant la séance.

Ce que l'Art Thérapie a mobilisé chez l'Art-thérapeute en stage:

- Une rencontre humaine riche en expériences pour les Art-thérapeutes dans les échanges, le binôme, et le groupe de 6 stagiaires.
- Un avancement, encore plus fin dans la conscience de l'Art Thérapeute, de la partie sensorielle de l'accompagnement dans le soin. Le regard, la voix, l'écoute, le toucher qui contiennent, apaisent, dynamisent.

L'adaptabilité, est une des qualités essentielles à posséder par l'Art-Thérapeute, et plus encore dans cette expérience, où nous changions en permanence de domicile et d'espace thérapeutique dans le domicile. Nous devons nous confronter à des facteurs extérieurs dans un environnement non contrôlé. Il fallait aussi que nous conjugions ceci avec le handicap visuel d'une Art- thérapeute.

Dans ce voyage d'accompagnement, il y a aussi l'exploration du choix essentiel d'un médium artistique qui va convenir au patient et lui permettre de goûter la saveur existentielle et de vivre LE PLAISIR pour avancer dans son bien-être, puis dans l'amélioration de sa qualité de vie.

Autres éléments à prendre en compte ; Le milieu économique et social des aidants :

C'est important de souligner que le milieu social et l'éducation de l'aidant sont des facteurs déterminants dans le processus de résilience. Autrement dit, ces facteurs-là peuvent devenir des facteurs de blocage. Quand les aidants ont la volonté et l'envie de vivre des séances Art-Thérapeutiques mais qu'ils n'ont pas eu la logistique pour la garde des enfants ou les moyens économiques pour cela, ils n'ont alors pas pu mettre en œuvre leur créativité dans des conditions favorables pour mobiliser leur élan vital.

Les médias artistiques croisés : Nous avons mentionné dans la discussion que la pédagogie de Rudolf Steiner comporte l'eurythmie. Cela signifie que la pratique des arts croisés favorise l'émergence d'énergies pour potentialiser la performance et l'épanouissement des personnes. Il a expérimenté l'eurythmie avec la musique, le chant, et la peinture entre autres.

Nos recherches « picto-musicales », la musique combinée avec un autre médium artistique plastique, nous ont montré que la musique croisée avec un autre art donne plus d'impact aux séances d'Art-Thérapie. Cela potentialise l'effet de ces éléments ; que cela se pratique d'une façon alternée ou simultanée. La musique combinée avec un autre médium artistique plastique permet aussi de vivre un « déclic » ou un déclenchement dans le vécu. La « saveur existentielle » peut apparaître plus rapidement et même avoir un effet cathartique plus

conséquent. Lorsque le cerveau perçoit de la musique, ce n'est pas une zone spécifique et isolée qui s'active. Sur les moniteurs qui permettent de visualiser le phénomène, un feu d'artifice semble embraser le cerveau tout entier.

L'Art-Thérapie profite à toute la famille : Le fait que l'aidant puisse vivre des séances d'Art-Thérapie, et diminuer son anxiété, puis avancer dans le domaine de l'estime de soi et confiance en soi bénéficie à toute la famille. Dans la maison, il peut y avoir plus de détente ; l'environnement devient plus serein. Si les aidants se sentent entourés et soutenus par leur famille, par l'équipe ETP, par les enseignants de leur enfant à l'école, par les assistantes maternelles, cela leur permet de vivre moins de moments anxiogènes.

Le domicile : Le domicile est un environnement « non contrôlé » où se joue la vie familiale avec ses contraintes. Par conséquent, les aidants ont du mal à se « déconnecter » et à vivre « la saveur existentielle ». Dans l'idéal, il serait nettement plus profitable au patient d'être dans un espace thérapeutique neutre et maîtrisable qui bénéficierait d'une ambiance préparée et soignée pour l'accueillir.

Concernant l'Art Thérapeute avec une RQTH* : L'Art Thérapeute souffrant d'un handicap visuel serait elle aussi plus à l'aise dans un environnement adapté pour répondre à ses besoins physiologiques. Cela limiterait les transports jusqu'au domicile du patient, faciliterait ses déplacements dans l'espace thérapeutique. Elle pourrait régler l'éclairage du lieu, prendre des notes aisément et agencer cet espace avec outils en adéquation avec son handicap (ordinateur adapté, lampe spéciale...).

Dans le futur : A la fin de nos séances Art-Thérapeutiques, certains aidants ont parlé du besoin d'avoir plus de communication entre eux (entre les familles par rapport au service d'ETP), pour se sentir moins isolés (beaucoup parmi eux habitent loin de Poitiers). Il serait intéressant de créer un groupe de parole pour qu'ils puissent s'ouvrir et exprimer leur peur afin qu'ils se libèrent et se sentent moins seuls, dans un lieu empathique. Certains aidants ont aussi exprimé spontanément, qu'ils voulaient continuer les séances d'Art-thérapie, voire y inclure leurs enfants et d'autres membres de leur famille.

Au niveau de l'ETP, il a été évoqué aussi l'idée d'ouvrir les propositions de séances d'Art Thérapie à des familles touchées par d'autres maladies (encoprésie, mucoviscidose, asthme...).

« L'Art tel que je le sens, est le produit émotionnel de la nature. et la nature, source de vie, de sensibilité, de couleur, de profondeur, d'action mentale, de puissance émotive » Amadeo de Souza Cardoso– Peintre portugais

BIBLIOGRAPHIE

- ALBOUY-LLATY Marion, Module Education Thérapeutique du patient, place de l'art, UFR Médecine et Pharmacie, Université de Poitiers, D.U. Art-Thérapie 2015-2016.
- BARRIER Philippe, La blessure et la force, Millaud, PUF, 2014.
- BENGT LINDSTROM (auteur), ERIKSSON Monica (auteure), La Salutogenèse. C'est le petit guide pour promouvoir la santé, Paris, Septembre 2012.
- CYRULNIK Boris et SERON Claude, La résilience ou comment renaître de sa souffrance ; Fabert, coll. Penser le monde de l'enfant, 2004
- EDUC-ART-PED CPP version numéro 3 en date du 21/03/2016.
- EVERS Angela, Le grand livre de l'Art-thérapie, EYROLLES, Paris, 2015.
- FORESTIER Richard, Tout savoir sur l'Art-Thérapie, Favre, 7ème édition, 2012
- GERAULD-FONTAINE Emeline, Thèse Protocole EDUC, ART-PED : Etude de l'impact des séances d'art-thérapie chez les aidants familiaux d'enfants diabétique de type 1 suivit dans le programme d'éducation thérapeutique des hôpitaux de Poitiers, Niort et La Rochelle, 2015, Université de POITIERS.
- GIL Roger, Module sur le Cerveau et Colloque sur L'Art Thérapie et la maladie d'Alzheimer, UFR Médecine et Pharmacie, Université de Poitiers, D.U. Art-Thérapie 2015-2016.
- GIRAUD-DEROUET Jean-Jacques, Cours Art et médecine. UFR Médecine et Pharmacie, Université de Poitiers, D.U art-thérapie 2015-2016.
- JAELL Marie, Le mécanisme du toucher, L'étude du piano par l'analyse expérimentale de la sensibilité tactile. Association Marie-Jaëll. Paris. 1982
- MUNK KOEFOEUD Agnès, Les Beaux-arts, vecteurs de mieux-être pour les personnes âgées atteintes de maladies neurodégénératives, mémoire d'art-thérapie, Poitiers, 2015.
- MONTESSORI, L'Esprit Absorbant de l'enfant, Paris , Desclée De Brouwer, 1959.
- MONTESSORI, L'Enfant. La place de l'enfant parmi les hommes. Bibliothèque Médiations Denoël Gonthier, 1936.
- ORIANO D'Alexandre, Module d'Art Thérapie et Colloque sur L'Art Thérapie et la maladie d'Alzheimer, UFR Médecine et Pharmacie, Université de Poitiers, D.U. Art-Thérapie 2015-2016.
- PAIN Benoît, Module « Relation soigné-soignant », UFR Médecine et Pharmacie, Université de Poitiers, D.U. Art-thérapie 2015-2016.
- PAIN Benoît, Module « Esthétique et philosophie de l'art », UFR Médecine et Pharmacie, Université de Poitiers, D.U. Art-thérapie 2015-2016.
- ROGERS Carl Ransom, Le développement de la personne, Dunod, Interéditions, Paris, 2015.

STEINER Rudolf. Une Biographie de Gary Lachman, Actes Sud, 2009. Et un récit d'une collaboratrice : Anna Samweber .Editions Anthroposophiques Romandes,1993.

SZYMCZAK Viviane, Module d'Education thérapeutique du patient, compétence, UFR Médecine et Pharmacie, Université de Poitiers, D.U. Art-thérapie 2015-2016.

WINNICOT Donald W. Jeux et réalités, Gallimard, 1975.

WINNICOT Donald W., Les objets transitionnels, Payot et Rivages, 2010.

WEBOGRAPHIE

www.alpha.com

www.allodocteurs.fr

www.fenetrefrancophone.com

www.sidasante.com/therapie/croger.htm extrait de www.sidasante.com/therapie/croger.htm extrait de www.sidasante.com/therapie/croger.htm devenir une personne

www.inexplique-endeбат.com/article-lamusique-musique-et-ses-seffets-sur-le-cerveau

<https://lien-musical.jimdo.com/pédagogie-marie-jaell-et-maria-montessori/>

https://waldorfeducation.org/waldorf_education/rudolf_steiner_waldorf_history

https://www.ted.com/talks/melissa_walker_art_can_heal_ptsd_s_invisible_wounds

https://www.ted.com/speakers/melissa_walker

<http://www.almanart.org/Les-techniques-artistiques.html#supports>

www.larousse.fr/dictionnaires/français

<https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2007>

Expériences picto-musicales :

1) J.C. Bertrand et B. Lasnier (23/09/2010) ou Quand l'univers pictural dialogue avec l'improvisation musicale... La rencontre dans une performance au vernissage de l'exposition "Ecoutez-voir le jazz !" du plasticien Jean-Claude Bertrand qui invitait le guitariste Bruno Lasnier, à la galerie.

<https://www.youtube.com/watch?v=RwLaJBUazco>

2) Peinture et musique en improvisations simultanées.

Musique par Didier MALHERBE (doudouk : flûte arménienne), Philippe LACCARRIERE (basse) et Philippe CHAIGNON (percussions) sur un tableau de 3 m x 1,50 m.

<https://www.youtube.com/watch?v=PM3AhK8iHSw>

3) Un trio sur toile : Performance picturale avec Leslie Varela et Aldous Eveleigh, accompagnés par Miyuki Brickle au piano. Labenne, Landes, France, 20 juin 2008. Un film de Caroline de Otero.

https://www.youtube.com/watch?v=dtgEangL_ps

Louis Armstrong : When the Saints Go Marching In

<https://www.youtube.com/watch?v=DHE7I1MWbrc>

Ray Charles : Hit the Road Jack

<https://www.youtube.com/watch?v=Q8Tiz6INF7I>

Smoking Time Jazz Club : Percolating Blues

<https://www.youtube.com/watch?v=dfuHwPtVQOc>

Tuba Skinny : I get the Blues

<https://www.youtube.com/watch?v=hTainjvzeoI>

Marie Jaëll, Impromptu (1871)

<https://www.youtube.com/watch?v=AWoUj5XS6Bk>

Six petits morceaux pour piano (1871)

<https://www.youtube.com/watch?v=zLRD9H-s68c>

" complete works for piano", Esquisse romantique n°1 - Cora Irsen

<https://www.youtube.com/watch?v=2XW8JyATSA>

<http://newyorkarts.net/2016/11/generous-collection-works-marie-jaell-centre-de-musique-romantique-francaise-palazetto-bru-zane-veniceediciones-singulares/>

Entretien

Entretien téléphonique (2h58 min) avec M. Serge BENEYTON, Professeur en Initiation Musicale à Lille, qui utilise la Méthode Pédagogique Jaëll Montessori.

Emission télévisée :

Émission de France 5 et sur allodocteurs.fr sur le thème : « le cerveau et la musique »

GLOSSAIRE

Acide aminé : Substance nécessaire à la vie ou à certaine fonction physiologique, apportée par l'alimentation.

A.C.T.H : Hormone adrénocorticotrope, hormone de stress sécrétée par le cerveau.

Adrénaline et noradrénaline : Hormones du stress.

Anamnèse : Du grec aná- (en haut) et -mnêsis (mémoire). Récit des antécédents médicaux du patient.

Anthroposophie : Le terme « anthroposophie » provient du grec ancien : ἄνθρωπος (ánthropos), « homme », et σοφία (sofia), « sagesse », littéralement « la sagesse de l'homme ».

A.R.S : L'Agence régionale de santé est un établissement public administratif chargé de la mise en œuvre de la politique de santé dans sa région.

Art brut : L'art brut regroupe des productions réalisées par des non professionnels de l'art, un DM de cultures artistique, ouvrant en dehors des normes esthétiques convenu (pensionnaires d'asiles psychiatriques, autodidactes isolés, médiums, ...). Terme inventé par le peintre Jean DUBUFFET (1901-1985) qui entend par là un art spontané, sans prétention culturelle et sans démarche intellectuelle.

Artériopathie diabétique : Maladie tardive des artères liée au diabète.

BENOIT Marie- Charlotte dite MAICHETTE (1919-2015) : Elle était la filleule de Marie Jaëll et débute le piano avec elle. Elle est scolarisée jusqu'en terminale à l'école Montessori. Elle obtient en candidat libre un Bac Philosophique. Elle poursuit des études de musicologie à la Sorbonne. Elle épouse Pierre Benoit – psychiatre - et rencontre des professionnels de la santé et de l'éducation tels que Françoise Dolto. Fervente militante de la cause des enfants. Elle fait alors le rapprochement entre la pratique de la pédagogie Montessori, les avancées de la psychologie chez l'enfant et les recherches de Marie Jaëll.

Elle est l'une des premières à créer en France, dans les années 60, des ateliers d'éveil musical pour les enfants de 3 à 6 ans. Elle élabore des jeux musicaux, crée un matériel pédagogique original et adapte l'usage des clochettes Montessori au sein de ses ateliers.

Devenue également professeur de piano, elle est l'auteur de l'ouvrage : « Apprends à toucher le piano, pour les jeunes débutants ».

BERGSON Henri (1859-1941) : Philosophe français. Son apport dans le livre « L'évolution créatrice », édité en 1907 montre une explication alternative à la théorie de Darwin et au mécanisme d'évolution. Il suggère que l'évolution est motivée par un élan vital, donc « un vital impetus » qui peut aussi se comprendre comme l'impulsion créative naturelle de l'humanité.

Catharsis : Méthode thérapeutique qui a recours à l'extériorisation des crises émotionnelles vécues par le patient pour y trouver les solutions. On parle d'effet cathartique.

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

Code de la santé publique : Il contient notamment le Code de déontologie médicale que doivent respecter les professionnels de la santé lors de l'administration des soins de santé en France.

Commun acido-cétosique : Forme commune par défaut d'insuline fréquente chez l'enfant.

Commun diabétique : Forme commune pouvant résulter d'une hypo- ou d'une hyperglycémie.

DAMASIO Antonio : (1944-au présent) Neuroscientifique et psychologue portugais. Il est le directeur de l'Institut pour l'étude neurologique de l'émotion et de la créativité de l'université de la Californie méridionale aux Etats Unis. Parmi les livres qu'il a écrit : « *Le sentiment même de soi : corps, émotions, conscience* », Paris, Odile Jacob, 1999.

DT1 : Diabète de type 1

Empathie : Faculté intuitive de se mettre à la place d'autrui, de percevoir ce qu'il ressent.

E.T.P : Éducation Thérapeutique du Patient.

Eurythmie : C'est une forme d'art créée par Rudolf Steiner. Un art du mouvement, à la croisée des arts: la musique, la peinture, la poésie, le conte, le théâtre et la danse dans ses tous aspects. L'eurythmie est musique et verbe qu'elle tente de rendre visible, par des mouvements, formes, gestes particuliers. Elle est à la fois chant, peinture, et sculpture dans le temps et l'espace. C'est un art aux vertus thérapeutiques qui nourrit le psychisme et régénère les forces de la vie. Hygiène ou gymnastique de l'âme, l'eurythmie relie la tête, le cœur et le corps.

Format A4 : Format Français de papier 21x 29,7 cm

Format A5 : Format Français de papier 14,8x 21 cm

Format A3 : Format Français de papier 29,7 X 42 cm

Format raisin : Format Français de papier : 50x 65 cm.

Gesso : C'est un type d'enduit utilisé depuis l'Egypte ancienne pour préparer un support à la peinture comme un châssis, le bois, la sculpture ou la dorure. Il a pour but de rendre le support le plus lisse, uniforme et blanc possible afin de ne pas interférer avec les couleurs à venir.

Glucagon : Hormone hyperglycémiant sécrété par le pancréas.

Glucose : Sucre simple, le plus répandu dans la nature, servant de référence à la classe des glucides.

H.A.S : Haute Autorité de Santé est une autorité public indépendante qui contribue à la régulation de système de santé dans le cadre de démarches qualité. Elle exerce ses missions dans les champs de l'évaluation des produits de santé, des pratiques professionnelles, dans l'organisation des soins et dans la santé publique.

Homéostasie : Processus de régulation par lequel l'organisme maintient les différentes constantes du milieu intérieur dans les limites de valeurs normales.

Hyperglycémie : Taux de sucre supérieur à la normale dans le sang.

Hypoglycémie : Taux de sucre inférieur à la normale dans le sang.

Ilots de Langerhans : Cellules situées dans le pancréas. Ils ont pour fonction de synthétiser les hormones telles le glucagon.

JAËLL Marie : (1846 – 1925) Pianiste virtuose, compositrice et pédagogue française, elle se consacra de manière originale à l'étude de la technique pianistique : elle se livra à une analyse très poussée du toucher. Mettant à contribution les outils que les sciences neuropsychologiques qui se développaient à l'époque lui offraient, elle mena des recherches très précises pour connaître le potentiel de la main humaine. Mettant l'accent sur l'importance du développement des facultés mentales et des capacités auditives et visuelles du musicien, elle proposa une méthode d'enseignement du piano toujours pratiquée : Le toucher. [Enseignement du piano basé sur la physiologie (1899) et Le toucher musical par l'éducation de la main: un nouvel enseignement artistique (1927).

Kératotomie radiaire : Elle désigne une chirurgie oculaire indiquée chez certaines personnes atteintes de myopie. Elle consiste à pratiquer de petites incisions dans la cornée dite « radiaire » car les incisions ont une forme d'étoile. Le nombre d'incisions dépend de la gravité de la myopie. Cette technique était très utilisée dans les années 1980.

Kinesthésique : Qui se rapporte à la perception consciente de la position des mouvements des différentes parties du corps.

Le Code de la santé publique : créé en 1953. Il contient notamment le Code de déontologie médicale que doivent respecter les professionnels de la santé lors de l'administration des soins de santé en France.

Maladie auto-immune : Maladie résultant d'un dysfonctionnement du système immunitaire, l'organisme se retournant contre ses propres tissus qui deviennent des « auto antigène ». C'est par exemple le cas du diabète de type 1.

Maladie de Dupuytren : C'est une affection souvent familiale, touchant généralement les mains, se caractérisant par une flexion irréductible de certains doigts. Le plus fréquemment, l'annulaire et l'auriculaire sont touchés en premier. L'extension (l'allongement) des doigts, est de plus en plus difficile au fur et à mesure de l'aggravation des lésions.

Méthode Marie JAËLL - MONTESSORI : Méthode qui se repose sur une synthèse entre la pédagogie du piano, axée sur la musicalité de l'art du toucher de Marie Jaëll [la dissociation des doigts, la coloration des sensations tactiles, la résonance du toucher et la topographie des pulpes] et l'approche de l'enfant de Maria Montessori, dans le respect de son développement et avec une dynamique de jeux et d'exploration.

MONTESSORI : (1870-1952) La pédagogie Montessori est une méthode d'éducation créée en 1907 par l'éducatrice et médecin italien Maria Montessori, basée sur une observation

approfondie du jeune enfant. Sa pédagogie repose sur l'éducation sensorielle et kinesthésique de l'enfant. Elle repose aussi, entre autres : sur les périodes sensibles (rythmes d'acquisition), la composition des groupes avec un mélange d'âges (3- 6 ans), la préparation de l'ambiance qui stimule les sens et offre un cadre rassurant. Maria Montessori a créé un matériel scientifiquement conçu et adapté à l'enfant, un matériel concret, avec une autocorrection ou « contrôle de l'erreur ».

La plupart du matériel Montessori offre à l'enfant la possibilité de contrôler seul l'exactitude de ce qu'il vient de faire. La pédagogie Montessori recommande une attitude de retrait de la part de l'éducateur, agissant comme accompagnateur et observateur, en contenant l'enfant bien entendu, sans l'envahir. Tout est conçu pour favoriser l'autonomie de l'enfant, l'estime de soi, la confiance de soi.

O.M.S : Organisation Mondiale de la Santé, Institution spécialisée des Nations Unies pour la santé, fondé le 7 avril 1948.

Néphropathie : Infection des reins.

Non exposé : Aidant faisant parti du groupe « contrôle ».

Polydipsie : L'exagération anormale de la sensation de soif, conduisant à la prise de boisson très abondante.

Polyurie : Augmentation du volume des urines par rapport aux moyennes habituelles.

Propriocepteur : Correspond à une structure nerveuse périphérique assurant la sensibilité des muscles, des tendons et des articulations.

Randomisé : Tirage au sort dans une étude de deux groupes pour éviter un résultat statistique erroné.

Résilience : La résilience est un phénomène psychologique qui consiste, pour un individu affecté par un traumatisme, à prendre acte de l'événement traumatique pour ne plus, ou ne pas, avoir à vivre dans la dépression, et se reconstruire. C'est Boris Cyrulnik qui a médiatisé le concept de résilience en psychologie. La résilience serait le résultat de multiples processus qui viennent interrompre des trajectoires négatives et contrer la vulnérabilité psychologique liée à l'histoire traumatique de l'individu.

Rétinopathie : Affectation de la rétine.

ROGERS Carl Ransom : (1902-1987) Docteur en Psychologie américain. Il est à l'origine d'une conception nouvelle de la relation du thérapeute avec ses patients. Son œuvre a une profonde influence sur le courant de la psychologie humaniste.

RQTH : Reconnaissance de Qualité de Travailleur Handicapé

STEINER Waldorf : (1861-1925) La pédagogie du philosophe et enseignant autrichien Rudolf Steiner, est basée sur l'idée qu'elle permettrait aux enfants d'acquérir les aptitudes psychiques nécessaires à l'anthroposophie. Partant de la conviction qu'il existe une dimension spirituelle

accessible à l'intuition, Steiner développe une théorie de la connaissance (épistémologie). Pour lui, l'anthroposophie est plutôt la « conscience de son humanité, c'est-à-dire une manière de développer sa volonté, de lier connaissance et expérience, et de donner à son âme une orientation de conscience. ».

L'anthroposophie, telle que Rudolf Steiner l'a développée, veut s'appliquer à une large diversité de domaines : Education (école Steiner-Waldorf), Arts (eurythmie, peinture, théâtre, sculpture, musique, etc.).

Stresseur : Tout ce qui provoque la production d'hormone de stress est un stresseur. Il en existe deux grandes catégories : stresseur physiques (maladie chronique, blessure ...) et psychologiques (événement, situation, individu, des commentaires négatifs ou dangereux ou tout ce qui est interprété comme tels).

Systèmes nerveux sympathique et parasympathique : ils jouent, au niveau de l'organisme, un rôle d'accélérateur et de un frein (actions opposées). Ils constituent le Système Nerveux Végétatif (ou autonome) responsable de la régulation des fonctions automatiques interne de l'organisme (digestion, transpiration ...).

Troubles trophiques : Concerne la mauvaise nutrition des tissus.

WINNICOT Donald Woods : (1896-1971) Pédiatre, Psychiatre, et Psychanalyste anglais. Il est le grand spécialiste du développement affectif de l'enfant et l'adolescent.

ANNEXES

Annexe 1 : Œuvres des aidants non-exposés (une séance d'Art-Thérapie)

Madame D :

Peintures acryliques sur papier canson A4, inspirées des images proposées, afin de faire sa propre interprétation, accompagnée de la musique classique « Rêveries ».



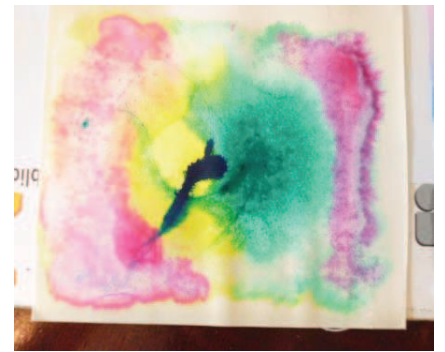
Madame D2

Première œuvre (à droite) : Peinture acrylique sur châssis 40x40. Inspirée de l'œuvre de Van Gogh « Papillons et coquelicots – les iris » (à gauche).



Deuxième œuvre : Collage sur papier canson A3

Troisième œuvre : Encres acryliques sur papier canson (3 supports)



Madame C2

(Extrêmement anxieuse, elle a vécu une expérience cathartique)

Propositions artistique : 1) Jeu rythmique avec des petits instruments + musique 2) Séance musico-picturale (musique et peinture intuitives).

Matériel : Papier Kraft 70x120, des grands pinceaux, peinture acrylique des différents couleurs, scotch de la pâte à fixe.

Musique de son choix : Musique Pop de Sia, Sam Smith, Coldplay, Ed Sheran, Pink





Madame P

Première proposition artistique : Collage sur carton toilé 40x60

Matériel utilisé: Revues, catalogues, tissus, pastels, peintures, feutres Posca, tubes verseurs d'acryliques...en écoutant au même temps, un morceau de musique de son choix : David Bowie.

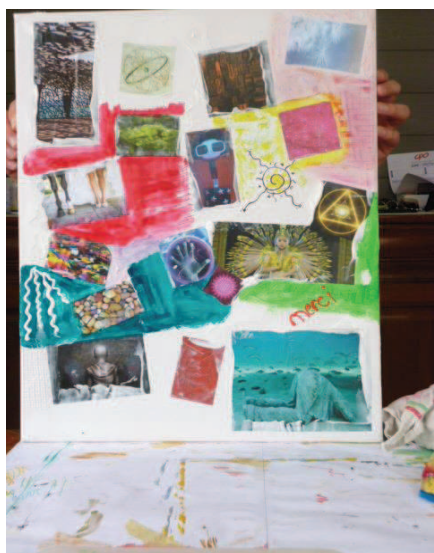
Deuxième proposition artistique

Matériel Utilisé : Encres acryliques sur 3 supports papier canson d'épaisseurs différentes



Madame C3

Proposition artistique : Collage sur carton toilé 40x60



Matériel utilisé: des images qu'elle a apportées, des revues, catalogues, tissus, pastels, peintures, feutres Posca, tubes verseurs d'acryliques, mortier de structure et outils, colle, liant.

Annexe 2: Les œuvres de l'équipe pluridisciplinaire et de coordination du service d'ETP Pédiatrique du CHU de Poitiers

Les œuvres produites, pendant la séance d'Art-Thérapie réalisée auprès de l'équipe pluridisciplinaire, du service ETP pédiatrique du CHU de Poitiers



CADRE THERAPEUTIQUE

Projet EDUC'ART – PED

Anthropologie :

La salutogénèse : « acquisition et renforcement de compétences psycho-sociales qui permettent de faire face aux « difficultés de la vie » au sens large. La promotion des facteurs protecteurs comme le bien-être, l'estime de soi, la résilience, l'auto-détermination... est la finalité de la salutogénèse ».

Accompagnement thérapeutique :

 **Notre posture :** accompagnateur, observateur, médiateur.

Partenariat avec l'équipe médicale :

- Fiche de synthèse à la fin de chaque séance.
- Echanges réguliers avec l'équipe du programme d'éducation thérapeutique (E.T.P.)

- Charte de confidentialité :

« Tout aidant participant aux séances d'art-thérapie a le droit au respect de sa vie privée et au secret des informations le concernant. Les informations transmises ne sont pas partagées, sans l'accord de l'aidant, avec d'autres interlocuteurs (...) Si une mise en danger est suspectée par l'art-thérapeute, il en informera le médecin référent du centre d'éducation thérapeutique (...) Seule une synthèse très brève sera transmise à l'équipe d'éducation thérapeutique. »

Méthode d'action auprès de chaque aidant familial:

- 6 séances.
- 2 heures d'intervention par séance soit 12 heures pour chaque aidant familial.
- 2 art-thérapeutes en formation à chaque séance : 1 observateur et 1 accompagnateur.
- Lieu : à domicile ou salle attitrée.

Déroulement d'une séance (2 heures) :

- ¼ heure d'accueil, échange verbale, installation.
- 45 mn à 1 h de production artistique.
- 5 à 10 min de mise en mots.
- 45 min de traçabilité : échanges entre art-thérapeutes et fiche de synthèse à remplir.

L'ART-THERAPIE

L'Art-Thérapie consiste, à travers la création artistique, à mettre la personne en communication avec son moi profond. Ainsi, l'acte créateur qui en découle permet la libération de ses angoisses, souffrances, et tensions.

C'est à travers le processus créatif vécu « ici et maintenant », et non dans le résultat « esthétique » de l'œuvre produite, que ce processus porte ses bienfaits, comme cela est démontré.

Il n'est pas nécessaire d'avoir des connaissances, ou des pratiques artistiques pour s'engager dans la création. C'est par la mise en vie des émotions que nous vous proposons de partager ce mieux-être.

Dans le cadre du programme d'Education Thérapeutique du diabète de l'enfant du CHU de Poitiers, si vous le souhaitez, nous vous proposons des séances individuelles pour vous guider dans la pratique d'une activité artistique.

L'Art-Thérapeute est une personne bienveillante qui vous accompagne dans un mieux-être, à votre rythme et selon vos envies. Il est tenu au secret professionnel.

FICHE D'OUVERTURE

Nom : **Date de la 1ère séance :**
Prénom :
Adresse : **Droitier :**
Age : **Gaucher :**
Date de naissance : **Ambidextre :**
Situation familiale : **Profession :**
Nombre d'Enfants :
Traitements en cours ou passés :
Si problèmes de santé :

Parcours de vie de la personne : Evènements importants (cela peut venir ou cours de la conversation...)

Comment elle a « reçu » l'annonce de la maladie de son enfant (si c'est un parent), les réactions, les émotions, (si la personne arrive à les exprimer...), les rencontres avec le personnel médical...

Comment cela se passe maintenant avec son enfant, son adolescent... ?

L'anamnèse permettra de situer la personne, de découvrir «sa carte du monde », dans son environnement, les rapports qu'elle entretient avec sa famille, son enfant en particulier, ses attentes, ses souhaits....

La liste n'est pas exhaustive...

ART

La personne pratique-t-elle une ou plusieurs activités (artistiques ou pas) ? Ou en a-t-elle pratiqué (enfance, adolescence, adulte), si oui combien de temps ?

Si sensible à l'art, lui demandez si elle va à des expositions, concerts, théâtres ...

Si oui, lui demandez de détailler ce qu'elle aime.

Si elle pratique des activités avec son enfant.

ART THÉRAPIE : lui demandez si elle connaît l'Art-Thérapie, sinon lui donner l'explication comme on nous l'a enseigné.

Lui demandez si elle a des attentes particulières ou pas ?

Guider la personne à définir son objectif. C'est très important que la discussion soit bien « dirigée » (dans le sens positif) pour cette détermination d'objectif car la personne se met dans une dynamique de changement, pour l'accompagner à découvrir ses ressources et prépare ainsi les séances à venir.

Lors de l'accueil de chaque séance, il est important de prendre un temps de discussion pour redéfinir l'objectif principal et aussi si objectifs intermédiaires qui peuvent apparaître en cours ou dès la 1ère séance. Cela permet de mettre la personne dans une dynamique psychologique adéquate.

Annexe 6: Grille de synthèse

FICHE DE SYNTHÈSE Projet EDUC'ART - PED - SÉANCE N°

Numéro de l'aidant familial :	Date :
	Horaire début et fin séance :

Objectif(s) thérapeutique(s) général(aux) : intermédiaire(s) :	Objectif(s) thérapeutique(s)
---	-------------------------------------

Technique(s) artistique(s) employée(s) :

DÉROULEMENT DE LA SÉANCE

Accueil :

Production :

Mise en mots

Séparation :

OBSERVATIONS

AUTO-ÉVALUATION

BILAN SÉANCE

Transmission à l'équipe ETP le

Annexe 7: Fiche d'auto-évaluation du patient :

BAT 1

- Bilan auto évaluatif -

Confidentiel

M./ Mme	Séance Art Thérapie du
Avec M./Mme	, art-thérapeute. Nombre de séances réalisées :

Mettre une croix dans les cases correspondantes à vos réponses	
I – J'ai réalisé une production artistique	☐
Avec (écrire la technique artistique)	
.....	
.....	
II – Je n'ai pas réalisé de technique artistique	☐
Mais :	
j'ai parlé	☐
J'ai regardé	☐
J'ai écouté	☐
J'ai bougé	☐
Cela ne m'intéresse pas	☐

III – Cotation					
	1	2	3	4	5
(B1) Le plaisir que j'ai eu est :	' _____	' _____	' _____	' _____	' _____
	Aucun			Beaucoup	
	1	2	3	4	5
(B2) Je trouve que cela est fait :	' _____	' _____	' _____	' _____	' _____
	Très mal			Très bien	
	1	2	3	4	5
(B3) Mon envie de continuer est :	' _____	' _____	' _____	' _____	' _____
	Nulle			Très forte	

IV – Conclusion

- J'ai eu besoin d'aide pour réaliser ce bilan : Oui ☐
Non ☐
- J'ai passé un moment :
1 2 3 4 5
! _____ ! _____ ! _____ ! _____ !
Désagréable Très agréable
- Avez-vous des commentaires à faire ?
.....
.....

Annexe 8: Charte de confidentialité pour les étudiants en Art-Thérapie intervenant dans le projet de recherche Educ'Art-Ped

:

CHARTe DE CONFIDENTIALITÉ POUR LES ÉTUDIANTS EN ART-THÉRAPIE INTERVENANT DANS LE PROJET DE RECHERCHE EDUC-ART'PED
--

Sous la coordination du Docteur ROBIN Caroline

Responsable du programme d'éducation thérapeutique pédiatrique des enfants diabétiques de type 1 du CHU de Poitiers

Tout étudiant en Art-Thérapie intervenant au cours des séances d'art-thérapie auprès des aidants familiaux des enfants diabétiques de type 1 mises en place en complément du programme d'éducation thérapeutique des hôpitaux de Poitiers, Niort, et La Rochelle doit signer et respecter la Charte de confidentialité et d'engagement moral.

De M., Mme

.....
Demeurant.....
.....

- 1) Tout aidant participant aux séances d'Art-Thérapie a le droit au respect de sa vie privée et au secret des informations le concernant.
- 2) Les informations transmises ne seront pas partagées, sans l'accord de l'aidant, avec d'autres interlocuteurs, y compris au sein du programme et/ou de l'équipe soignante. Si une mise en danger est suspectée par l'art-thérapeute, il en informera le médecin référent du centre d'éducation thérapeutique, après avoir averti l'aidant de ce qu'il rapportera. Seule une synthèse très brève sera transmise à l'équipe d'éducation thérapeutique.

Fait à

Le/...../.....

Signature des Art-Thérapeutes

Annexe 9: Notice d'information de l'aidant

CHU de Poitiers
NOTICE D'INFORMATION DE L' AIDANT
TITULAIRE DE L' AUTORITE PARENTALE.
Educatif Art-Ped

ETUDE DE L'IMPACT DE SÉANCES D'ART-THERAPIE CHEZ LES AIDANTS FAMILIAUX D'ENFANTS DIABÉTIQUES DE TYPE 1 SUIVIS DANS LE PROGRAMME D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DES HÔPITAUX DE POITIERS, NIORT ET LA ROCHELLE.

EDUC'ART-PED
N°2015-A02008-41
Version n°3 du 21 mars 2016

Madame, Monsieur

Vous enfant présente un diabète de type 1. Sa découverte a probablement entraîné une grande modification dans son mode de vie et dans le fonctionnement familial. Pour vous aider à mieux vivre avec cette maladie chronique, vous avez été intégré dans le programme d'éducation thérapeutique de l'hôpital de Poitiers, Niort ou La Rochelle. Ce programme est actuellement centré sur les capacités d'auto-soin, de sécurité et d'adaptation. Or, des études ont montré que les personnes de l'entourage qu'ils soient parents ou non (aidants) qui accompagnent les enfants diabétiques sont plus anxieux et plus stressés que les aidants d'enfants sains. En ce sens, nous souhaitons enrichir notre programme d'éducation thérapeutique actuel en développant notamment les capacités de gestion du stress et des émotions des parents et espérer ainsi améliorer la qualité de vie des familles.

Pour cela, nous souhaitons mettre en place des séances d'art-thérapie chez les aidants d'enfants diabétiques puisque celle-ci s'est déjà montrée bénéfique sur le développement de la créativité, de l'estime de soi et la diminution du stress et de l'anxiété. Nous souhaitons étudier l'intérêt d'intégrer l'art-thérapie dans notre programme d'éducation thérapeutique.

C'est pourquoi le Docteur Caroline ROBIN vous propose de participer à une recherche biomédicale, dont le Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers (2 rue de la Milétrie, CS90577, 86021 POITIERS - 05.49.44.46.65) est le promoteur.

Délai de réflexion

Le document d'information qui vous est remis, va vous permettre de décider si vous souhaitez ou non prendre part à cette étude. Nous vous remercions de prendre le temps de lire attentivement ce qui suit. N'hésitez pas à demander, à tout moment dans l'étude, aux membres de l'équipe médicale toutes les explications qui vous paraîtront nécessaires.

Votre participation est entièrement volontaire. Même si vous ne désirez pas prendre part à cette étude, votre enfant sera pris en charge exactement de la même manière que les autres, conformément aux connaissances actuelles.

Justification de l'étude

L'objectif principal de l'étude est d'évaluer l'impact de séances d'art-thérapie réalisées chez les aidants familiaux d'enfants diabétiques de type 1 sur leur qualité de vie.

Déroulement de l'étude

Si vous acceptez de participer à cette étude, vous bénéficierez de 6 séances d'art-thérapie maximum d'une durée de 2h réalisées par deux art-thérapeutes à domicile réparties sur une durée de 6 semaines.

Néanmoins, ces séances d'art-thérapie pourront se dérouler :

Version n°3 du 21/03/2016 approuvée par le CPP Ouest III, le 04/05/2016

CHU de Poitiers
Educatif Art-Ped
- Soit quelques jours après votre accord de participer
- Soit environ 6 semaines plus tard
La période durant laquelle seront réalisées les séances d'art-thérapie sera tirée au sort.

Vous aurez à remplir des questionnaires qui vous prendront une trentaine de minutes avant le début de l'étude et à sa fin. Ces questionnaires porteront sur des données démographiques, l'impact de la maladie de votre enfant sur la famille, votre anxiété, votre estime de soi. Un questionnaire de satisfaction vous sera envoyé par mail 6 semaines après la fin de la dernière séance. Votre enfant devra répondre à un questionnaire de qualité de vie avant et après l'étude. Nous intégrerons des données médicales du dossier de l'enfant : importance de l'acidocétose (corrélée à la valeur du pH) à la découverte de son diabète et dernier taux d'HbA1c. Il n'aura pas de prélèvement sanguin supplémentaire.

Votre participation à l'étude n'induit aucune différence par rapport à la prise en charge habituelle de votre enfant.

Bénéfices attendus

Maintien ou développement des compétences psycho-sociales et de la qualité de vie des aidants d'enfants diabétiques suivis dans les programmes d'éducation thérapeutique de Poitiers, Niort et La Rochelle et de la qualité de vie de ces enfants.
Évaluation de l'intérêt d'intégrer un art-thérapeute dans ce programme.

Risques potentiels

Il n'y a aucun risque encouru pour vous, ni pour votre enfant.

Participation volontaire

Votre participation à cette recherche sera d'environ 19 semaines. Celle-ci est tout à fait volontaire et n'entraînera aucun coût supplémentaire.

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer. Vous êtes libre de changer d'avis à tout moment et de retirer votre consentement sans avoir à vous justifier. Votre décision ne portera aucun préjudice à la qualité de la prise en charge de la maladie de votre enfant. Vos données recueillies pendant la recherche ne seront analysées que si vous nous donnez votre accord.

Si vous souhaitez ne pas participer à cette étude, il sera proposé à votre enfant la prise en charge habituelle.

De la même manière, si cette étude devait être arrêtée ou si votre participation devait être interrompue, votre enfant bénéficiera des soins habituels et actuels prodigués dans son cas.

Vous êtes libre d'interrompre votre participation à tout moment.

Obtention d'informations complémentaires

Le Docteur Caroline ROBIN (Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers - Service de Pédiatrie - 2 rue de la Milétrie-CS 90577- 86021 POITIERS Cedex) pourra répondre à tout moment à toutes vos questions concernant l'étude EDUC'ART-PED. Vous pourrez la joindre au numéro de téléphone suivant : 05.49.44.64.91

Confidentialité des données

Dans le cadre de la recherche biomédicale à laquelle le CHU de Poitiers et le Dr Caroline ROBIN vous proposent de participer, un traitement de vos données personnelles va être mis en œuvre pour permettre l'analyse des résultats de la recherche au regard de son objectif qui vous a été présenté.

Pour cela, les données médicales concernant votre enfant seront transmises au promoteur de la recherche et/ou aux personnes agissant pour son compte, dans des conditions assurant leur

Version n°3 du 21/03/2016 approuvée par le CPP Ouest III, le 04/05/2016

confidentialité. Ces données seront identifiées par un numéro de code et par ses initiales. Ces données pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé françaises. Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de ces données. Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel qui sont susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche.

A l'issue de l'étude, et à votre demande, vous pourrez être informé(e) des résultats globaux de la recherche mais également accéder directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de votre choix, à l'ensemble de vos données médicales en application de l'article L. 1111-7 du Code de la Santé Publique. Ces droits s'exercent auprès du médecin qui vous suit dans le cadre de la recherche et qui connaît votre identité et celle de votre enfant.

Cadre Réglementaire

Cette recherche est conforme aux articles L.1121-1 à L1126-7 du code de la Santé Publique relatifs aux recherches biomédicales et à la loi « informatique et liberté » du 06 janvier 1978 modifiée (textes disponibles sur le site <http://www.legifrance.gouv.fr>)

Assurance

Un contrat d'assurance n° 148163 a été souscrit par le promoteur de l'essai, le CHU de Poitiers, auprès de la compagnie d'assurance SHAM (18 rue Edouard Rochet-69372 LYON Cedex 08), pour couvrir les risques liés à cette recherche. Cette assurance couvre la responsabilité du promoteur d'une recherche biomédicale et celle de tout autre intervenant, en accord avec l'article L 1121-7 du Code de la Santé Publique. Seules les personnes bénéficiant d'un régime de sécurité sociale ou d'un régime assimilé seront autorisées à participer à cette étude.

Avis favorable CPP

Conformément à la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, le Comité de Protection des Personnes de Ouest III (CPP Ouest III) a étudié ce projet de recherche et a émis un avis favorable à sa réalisation le 04/05/2016.

Autorisation ANSM

Conformément à la loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, l'Agence Nationale de Sécurité du Médicaments et des produits de santé (ANSM) a étudié ce projet de recherche et a émis une autorisation à sa réalisation le 08/01/2016.

Après avoir lu ce document

Après avoir posé à votre médecin toutes les questions que vous souhaitez

Si vous acceptez de participer à cette étude, merci de compléter et de signer le formulaire de recueil de consentement.

Vous conserverez cette note d'information.

ETUDE DE L'IMPACT DE SÉANCES D'ART-THERAPIE CHEZ LES AIDANTS FAMILIAUX D'ENFANTS DIABÉTIQUES DE TYPE 1 SUIVIS DANS LE PROGRAMME D'ÉDUCATION THÉRAPEUTIQUE DES HÔPITAUX DE POITIERS, NIORT ET LA ROCHELLE TITRE COMPLET

EDUC'ART-PED
N°2015-A02008-41

Je certifie avoir lu et bien compris la notice d'information (à compléter selon la version en vigueur) n° 3 du 21/03/2016 concernant l'étude «Étude de l'impact de séances d'art-thérapie chez les aidants familiaux d'enfants diabétiques de type 1 suivis dans le programme d'éducation thérapeutique des hôpitaux de Poitiers, Niort et La Rochelle» dont le CHU de Poitiers (2 rue de la Milétrie, CS90577, 86021 POITIERS-05.49.44.46.65) se porte promoteur et dont l'investigateur principal/coordonnateur est le Docteur Caroline ROBIN (Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers - Service de Pédiatrie - 2 rue de la Milétrie - CS 90577 - 86021 POITIERS Cedex téléphone : 05.49.44.64.91)

1. J'ai été informé(e) de l'objectif de cette recherche, de la façon dont elle va être réalisée et de ce que ma participation va impliquer pour moi. J'ai obtenu toutes les réponses aux questions que j'ai posées. J'ai eu suffisamment de temps pour réfléchir à ma participation à cette Recherche.

J'ai bien été informé(e) que ma participation à cette étude durera 19 semaines.

2. Je sais que le promoteur de l'étude a souscrit une assurance de responsabilité civile auprès de la société SHAM en cas de préjudice (numéro de contrat : 148163) conformément à la loi et je déclare sur l'honneur être affilié(e) à un régime de sécurité sociale ou bénéficiaire d'un tel régime.

J'ai été informé que le Comité de Protection des Personnes Ouest III (CPP Ouest III) a donné un avis favorable à cette Recherche en date du 04/05/2016 et l'Agence Nationale du Médicament et des Produits de Santé (ANSM) l'a autorisée en date du 08/01/2016.

3. J'accepte librement et volontairement de participer à cette Recherche et je suis parfaitement conscient(e) que je peux retirer à tout moment mon consentement de participation sans avoir à me justifier, ni à engager ma responsabilité. Ceci n'entraînera aucune conséquence sur la qualité des soins qui seront prodigués à mon enfant, ni dans les relations ultérieures avec mon médecin. Mon consentement ne décharge en rien le promoteur et les investigateurs de leurs responsabilités morales et légales et je conserve tous mes droits garantis par la loi. En cas de retrait de mon consentement, les données personnelles collectées et les éléments biologiques recueillis me concernant pourront être utilisés pour l'étude, sauf opposition écrite de ma part.

4. J'ai été informé que dans le cadre de la Recherche, un traitement informatique de mes données personnelles va être mis en œuvre par le Promoteur. Je sais qu'elles ne pourront être consultées que par l'investigateur et ses collaborateurs, par des personnes mandatées par le Promoteur et astreintes au secret professionnel et par des personnes mandatées par les autorités sanitaires et judiciaires.

Selon la législation, cette étude entre dans le cadre de la « Méthodologie de Référence » MR-001 et a fait l'objet d'une déclaration auprès de la CNIL (Commission Nationale Informatique et Libertés) par le référent CIL (Comité Informatique et Liberté) du CHU de Poitiers.

5. J'ai été informé que, conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (article 39), je dispose d'un droit d'accès qui s'exerce à tout moment auprès du médecin qui me suit dans le cadre de la Recherche et qui connaît mon identité. Je dispose également d'un droit de rectification (article 40) et d'opposition (article 38) à la transmission de mes données auprès de ce même médecin, qui contactera le Promoteur de la Recherche.

6. J'ai été informé de la possibilité d'accéder directement – ou par l'intermédiaire d'un médecin de mon choix – à l'ensemble de mes données médicales en application des dispositions de l'article L.1111-7 du code de la santé publique. Ces droits s'exercent auprès de mon médecin qui me suit dans le cadre de la recherche et qui connaît mon identité.

Ce consentement est fait en deux exemplaires : un m'est remis, et l'autre reste en possession de mon médecin.

CONSENTEMENT RELATIF A L'ETUDE

Aidant :

(Nom, Prénom en majuscules)

Né(e) le ____ / ____ / ____

Titulaire de l'autorité parentale de l'enfant.....

Non titulaire de l'autorité parentale de l'enfant

(Rayer la mention inutile)

J'accepte librement et volontairement de participer à cette Recherche BioMédicale. Je conserverai un exemplaire de la lettre d'information et du formulaire de consentement dûment complétés et signés

Signature de l'aidant :

Date : ____ / ____ / 20 ____

Cas où l'aidant n'est pas titulaire de l'autorité parentale :

(Nom, Prénom en majuscules)

Né(e) le ____ / ____ / ____

Titulaire de l'autorité parentale de l'enfant

Accepte librement et volontairement que Mr/Mme et mon enfant participent à cette Recherche BioMédicale. Je conserverai un exemplaire de la lettre d'information et du formulaire de consentement dûment complétés et signés.

Signature du titulaire de l'autorité parentale:

Date : ____ / ____ / 20 ____

Investigateur :

Nom, Prénom en majuscules :

Je déclare avoir personnellement recueilli le consentement de participation du patient à cette Recherche BioMédicale.

Je confirme avoir expliqué la nature, le but et les effets prévisibles de l'étude au patient identifié ci-dessus.

Je remets au patient une copie de son consentement daté et signé avec la notice d'information.

Signature de l'Investigateur :

Date : ____ / ____ / 20____

Au regard de la loi, seul un médecin thésé et inscrit au Conseil National de l'Ordre des médecins peut recueillir le consentement

Annexe 11: Echelles standardisées de l'étude :

Questionnaire qualité de vie destiné aux enfants de 3 à 6 ans. (AUQUEN)

Nom(s) : (enfant)
 Prénom de l'enfant :
 Date de naissance (enfant) :
 Nombre d'âge :
 Le visio se pose plusieurs questions. A chaque question, tu dois cocher la case dont le visage correspond à ta réponse.
 Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

1. Quelqu'un te aime pas comme toi ?

Quelqu'un te aime pas comme toi ?	Quelqu'un te aime pas comme toi ?	Quelqu'un te aime pas comme toi ?	Quelqu'un te aime pas comme toi ?
☐	☐	☐	☐
De pas du tout	De pas du tout	De pas du tout	De pas du tout

2. Etais-tu fier ?

☐	☐	☐	☐

☐ Jamais	☐ Un peu	☐ Souvent	☐ Très souvent
------------------------------	------------------------------	-------------------------------	------------------------------------

3. A table, avec ta famille, dis comment tu es ?

☐	☐	☐	☐

4. Le soir quand tu vas te coucher, dis comment tu es ?

☐	☐	☐	☐

5. Si tu as des frères et sœurs, quand tu joues avec eux, dis comment tu es ?

☐	☐	☐	☐

6. Le matin quand tu dors, dis comment tu es ?

☐	☐	☐	☐

7. Quand tu es à l'école, dis comment tu es ?

☐	☐	☐	☐

8. Comment te trouves-tu quand tu es en photo ?

☐	☐	☐	☐

9. Quand tu vas chez le docteur, dis comment tu es ?

☐	☐	☐	☐

10. Quand tu parles à ton Papa, dis comment tu es ?

☐	☐	☐	☐

11. Le jour de ton anniversaire, dis comment tu es ?

☐	☐	☐	☐

12. Quand tu parles à ta Maman, dis comment tu es ?

☐	☐	☐	☐

13. Quand tu restes à l'hôpital, dis comment tu es ?

☐	☐	☐	☐

14. Quand tu joues tout seul, dis comment tu es ?

☐	☐	☐	☐

15. Quand ton Papa ou ta Maman parle de toi, dis comment tu es ?

☐	☐	☐	☐

16. Quand tu es ailleurs que chez toi, dis comment tu es ?

☐	☐	☐	☐

17. Quand on te demande de montrer ce que tu sais faire, dis comment tu es ?

☐	☐	☐	☐

18. Quand tes copains ou tes copines parlent de toi, dis comment tu es ?

☐	☐	☐	☐

19. Quand tu prends des médicaments, dis comment tu es ?

☐	☐	☐	☐

20. Pendant les vacances, dis comment tu es ?

☐	☐	☐	☐

21. Quand tu fais un dessin, dis comment tu es ?

☐	☐	☐	☐

22. Quand tu parles à quand tu seras grand, dis comment tu es ?

☐	☐	☐	☐

23. Quand tu es avec tes grand-parents, dis comment tu es ?

☐	☐	☐	☐

24. Quand tu regardes la télévision, dis comment tu es ?

☐	☐	☐	☐

25. Quand tu langes (marches, courses, autres), dis comment tu es ?

☐	☐	☐	☐

26. Quand tu manges, dis comment tu es ?

☐	☐	☐	☐

27. Il y a des jours où tu vas bien, il y a des jours où tu es malade, quand tu parles à ta sœur, dis comment tu es ?

☐	☐	☐	☐

28. Quand on te dit ce que tu dois faire, dis comment tu es ?

☐	☐	☐	☐

Questionnaire qualité de vie destiné aux enfants de 6 à 10 ans. (AUQUEN)

Nom(s) : (enfant)
 Prénom de l'enfant :
 Date de naissance (enfant) :
 Nombre d'âge :
 Le visio se pose plusieurs questions. A chaque question, tu dois cocher la case dont le visage correspond à ta réponse.
 Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

1. Quelqu'un te aime pas comme toi ?

Quelqu'un te aime pas comme toi ?	Quelqu'un te aime pas comme toi ?	Quelqu'un te aime pas comme toi ?	Quelqu'un te aime pas comme toi ?
☐	☐	☐	☐
De pas du tout	De pas du tout	De pas du tout	De pas du tout

2. Etais-tu fier ?

☐	☐	☐	☐

☐ Jamais	☐ Un peu	☐ Souvent	☐ Très souvent
------------------------------	------------------------------	-------------------------------	------------------------------------

3. À table, avec ta famille, dis comment tu es !



4. Le soir quand tu vas te coucher, dis comment tu es !



5. Si tu as des frères et sœurs, quand tu joues avec eux, dis comment tu es !



6. La nuit quand tu dors, dis comment tu es !



15. Quand tu penses à ta Maman, dis comment tu es !



16. Quand tu restes à l'hôpital, dis comment tu es !



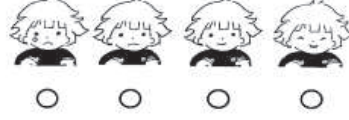
17. Quand tu joues tout seul, dis comment tu es !



18. Quand tu es Papa ou ta Maman parlent de toi, dis comment tu es !



27. Quand tu repais tes notes à l'école, dis comment tu es !



28. Quand tu es avec tes grands-parents, dis comment tu es !



29. Quand tu regardes la télévision, dis comment tu es !



30. Quand tu bouges (marches, cours, sautes), dis comment tu es !



7. En classe, dis comment tu es !



8. Comment te trouves-tu quand tu te vois en photo ?



9. À la récréation, dis comment tu es !



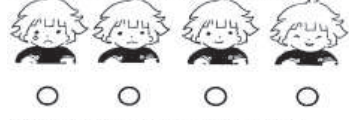
10. Quand tu vas chez le docteur, dis comment tu es !



19. Quand tu donnes ailleurs que chez toi, dis comment tu es !



20. Quand on te demande de montrer ce que tu vas faire, dis comment tu es !



21. Quand tes copains ou tes copines parlent de toi, dis comment tu es !



22. Quand tu prends des médicaments, dis comment tu es !



31. Quand tu manges, dis comment tu es !



32. Il y a des jours où tu vas bien, il y a des jours où tu es malade, quand tu penses à toi, comment tu es !



33. Quand on te dit ce que tu dois faire, dis comment tu es !



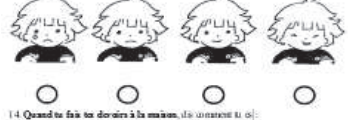
11. Quand tu fais du sport, dis comment tu es !



12. Quand tu penses à tes Dada, dis comment tu es !



13. Le jour de ton anniversaire, dis comment tu es !



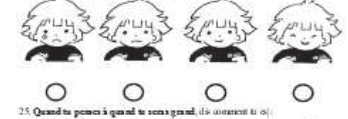
14. Quand tu fais tes devoirs à la maison, dis comment tu es !



23. Pendant les vacances, dis comment tu es !



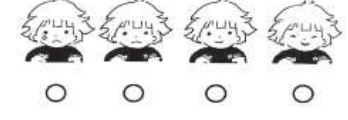
24. Quand tu lis un livre, dis comment tu es !



25. Quand tu penses à quand tu seras grand, dis comment tu es !



26. Quand tu es loin de ta famille, dis comment tu es !



**Questionnaire de qualité de vie destiné aux enfants/adolescents de 10 ans à 18 ans.
(PedsQL 3.0)**

Les enfants et adolescents atteints de diabète ont parfois des problèmes qui leur sont propres. Dis-moi pour chacune des choses suivantes si cela a été un **problème** pour toi au cours du **MOIS dernier** :

- 0: si ce n'est **jamais** un problème
1: si ce n'est **presque jamais** un problème
2: si c'est **parfois** un problème
3: si c'est **souvent** un problème
4: si c'est **presque toujours** un problème

Il n'y a pas de réponses justes ou fausses.

Si tu ne comprends pas une question, n'hésites pas à demander de l'aide.

Au cours du **MOIS dernier**, les choses suivantes ont-elles été un **problème** pour toi.

	Jamais	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
1. J'ai faim	0	1	2	3	4
2. J'ai soif	0	1	2	3	4
3. Je dois aller aux toilettes trop souvent	0	1	2	3	4
4. J'ai mal au ventre	0	1	2	3	4
5. J'ai mal à la tête	0	1	2	3	4
6. Je me sens en « hypoglycémie » (hypoglycémie)	0	1	2	3	4
7. Je me sens fatigué	0	1	2	3	4
8. J'ai des incubements	0	1	2	3	4
9. Je transpire	0	1	2	3	4
10. J'ai du mal à dormir	0	1	2	3	4
11. Je m'énervais facilement	0	1	2	3	4
12. J'ai mal quand je me pique le doigt ou qu'on me pique le doigt et au moment des injections d'insuline	0	1	2	3	4
13. Je suis gêné d'avoir du diabète	0	1	2	3	4
14. Avec mes parents nous nous disputons à cause du traitement de mon diabète	0	1	2	3	4
15. J'ai des difficultés à respecter le traitement de mon diabète	0	1	2	3	4

Que tu fasses les choses **seul** ou **avec l'aide de tes parents**, peux-tu nous dire à quel point cela a été difficile pour toi au cours du **MOIS dernier**?

	Jamais	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
16. J'ai des difficultés avec les tests de glycémie	0	1	2	3	4
17. J'ai des difficultés avec les injections d'insuline	0	1	2	3	4
18. J'ai des difficultés à faire de l'exercice	0	1	2	3	4
19. J'ai des difficultés à compter les glucides ou	0	1	2	3	4

les équivalents glucidiques	Jamais	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
20. J'ai des difficultés à porter une ceinture de diabétique	0	1	2	3	4
21. J'ai des difficultés à avoir des sucres (sucres rapides) sur moi	0	1	2	3	4
22. J'ai des difficultés à manger quelque chose de léger entre les repas	0	1	2	3	4
23. Je m'inquiète des « hypoglycémies » (hypoglycémie)	0	1	2	3	4
24. Je m'inquiète car je demande si les traitements médicaux marchent	0	1	2	3	4
25. Je m'inquiète des complications futures du diabète	0	1	2	3	4

Au cours du **MOIS dernier**, les choses suivantes ont-elles été un **problème** pour toi?

	Jamais	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
26. J'ai des difficultés à dire comment je me sens aux docteurs et aux infirmières	0	1	2	3	4
27. J'ai des difficultés à poser des questions aux docteurs et aux infirmières	0	1	2	3	4
28. J'ai des difficultés à expliquer ma maladie aux autres	0	1	2	3	4

Merci de bien vouloir répondre à ces questionnaires, cela vous prendra environ 30 minutes.

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Informations concernant votre enfant diabétique:

Nom / Prénom de l'enfant:

Date de naissance de l'enfant: 00/00/00

Nu méro étudé:

Ancienneté du diabète: 00 ans 00 mois

Mode d'injection actuel de l'insuline:

☐ stylo à insuline

☐ seringue à insuline

☐ pompe à insuline

Nombre d'hospitalisations dans le cadre du diabète (hors découverte): 00

Autres pathologies:

Informations vous concernant:

Age: 00 ans

Sexe: M ☐ F ☐

Adresse mail:

Catégorie socio-professionnelle:

☐ agriculteurs exploitants

☐ salariés agricoles

☐ patrons de l'industrie et du commerce

☐ professions libérales et cadres supérieurs

☐ cadres moyens

☐ employés

☐ ouvriers

☐ personnels de service

☐ mère ou père au foyer

☐ autres

Statut marital:

☐ marié/pasé / en concubinage

☐ pasé

☐ divorcé

☐ veuf

☐ célibataire

Quel est votre lien avec l'enfant?

Nombre d'enfant diabétique dans la famille: 00

Antécédents familiaux médicaux ou psychologiques notables dans le cercle familial:

☐ oui

☐ non

Etes-vous diabétique?

☐ oui

☐ non

Votre conjoint est-il diabétique?

☐ oui

☐ non

Avez-vous des antécédents de dépression?

☐ oui

☐ non

Prenez-vous aujourd'hui l'un de ces médicaments:

Maisilid, Mochamine, Anafanil, Clomipramine, Défanyl, Elavil, Laoxyl, Ludio nil,

Prothiaden, Quixon, Surmontil, Tofenil, Citalopram, Déoxal, Dévanis, Escitalopram,

Floxyfinil, Fluoxétine, Fluvoxamine, Paroxétine, Prozac, Séroplex, Séroprim, Scitaline,

Zoloft, Cymbalta, Duloxétine, Eflexor, Iceil, Milnacipran, Venlafaxine, Miansérine,

Mirtazapine, Nuvel, Solion, Tianeptine, Valdoxan, Xeroquel, Nozinan, Tercian?

☐ oui

☐ non

Entourez la réponse exacte.

1) Rencontrez-vous parfois un travailleur social? ☐ OUI ☐ NON

2) Souscrivez-vous d'une assurance maladie complémentaire (mutuelle ou autre)? ☐ OUI ☐ NON

3) Vivez-vous en couple? ☐ OUI ☐ NON

4) Êtes-vous propriétaire de votre logement? ☐ OUI ☐ NON

5) Vous est-il arrivé de faire du sport au cours des 12 derniers mois? ☐ OUI ☐ NON

6) Êtes-vous allé au spectacle au cours des 12 derniers mois? ☐ OUI ☐ NON

7) Êtes-vous parti en vacances au cours des 12 derniers mois? ☐ OUI ☐ NON

8) Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu des contacts avec des membres de votre famille autres que vos parents ou vos enfants? ☐ OUI ☐ NON

9) En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle? ☐ OUI ☐ NON

PedsQL MODULE IMPACT FAMILY

Les familles ont qu'il s'agit de de inquiétude ou de de difficultés en raison de la santé de leurs enfants. Sur la page suivante, vous devez cocher une liste de choses qui peuvent représenter un problème pour vous. Veuillez indiquer si ces choses ont été un problème pour vous au cours des 7 derniers jours, ou maintenant :

- 0 si ce n'est jamais un problème
1 si ce n'est presque jamais un problème
2 si c'est parfois un problème
3 si c'est souvent un problème
4 si c'est presque toujours un problème

Il n'y a pas de réponse juste ou fautive.

Si vous ne comprenez pas une question, n'hésitez pas à demander de l'aide.

Au cours des 7 derniers jours, en raison de la santé de votre enfant, les choses suivantes ont-elles représenté un problème pour vous?

	Jamais	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
1. Je me sens fatigué(e) le matin au réveil.					
2. Je me sens fatigué(e) pendant la journée.					
3. Je me sens trop fatigué(e) pour faire les choses que j'aime faire.					
4. J'ai mal à la tête.					
5. Je me sens physiquement faible.					
6. J'ai l'estomac noué.					
7. Je me sens anxieux(ce).					
8. Je me sens triste.					
9. Je me sens en colère ou énervé(e).					
10. Je me sens frustré(e).					
11. Je me sens impuissant(e) ou désespéré(e).					
12. Je me sens isolé(e).					
13. J'ai du mal à trouver du soutien.					
14. C'est dur de trouver du temps pour mener des activités avec d'autres personnes.					
15. Je n'ai pas assez d'énergie pour mener des activités avec d'autres personnes.					
16. J'ai du mal à rester concentré(e).					
17. J'ai du mal à me souvenir ce qu'on me dit.					
18. J'ai du mal à retenir les choses que je viens d'entendre.					
19. J'ai du mal à réfléchir vite.					
20. J'ai du mal à me souvenir ce à quoi j'étais en train de penser.					
21. J'ai l'impression que les autres ne comprennent pas ma situation difficile.					
22. J'ai du mal à parler de la santé de mon enfant avec les autres.					
23. J'ai du mal à dire aux médecins et aux infirmières comment je me sens.					

Au cours des 7 derniers jours, en raison de la santé de votre enfant, les choses suivantes ont-elles représenté un problème pour vous?

IASTA (FORME Y-2)

Vous trouverez ci-dessous un certain nombre d'énoncés qui ont déjà été utilisés par les gens pour se décrire. Lisez chaque énoncé, puis cochez la case appropriée à droite de l'énoncé, indiquant comment vous vous sentez en général. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Ne vous attardez pas trop longtemps sur un énoncé ou l'autre, donnez la réponse qui vous semble décrire le mieux les sentiments que vous éprouvez en général.

	Presque jamais	Quelquefois	Souvent	Presque toujours
1. Je me sens bien.				
2. Je me sens nerveux (se) ou agité(e).				
3. Je me sens content(e) de moi-même.				
4. Je voudrais être aussi heureux que les autres semblent l'être.				
5. J'ai l'impression d'être un (e) naïf(e).				
6. Je me sens reposé (e).				
7. Je suis d'un grand cœur.				
8. Je sens que les difficultés s'accumulent au point où je n'arrive pas à les surmonter.				
9. Je m'en fais pour des choses qui n'ont vraiment pas vraiment l'importance.				
10. Je suis heureux (se).				
11. J'ai des pensées troubles.				
12. Je manque de confiance en moi.				
13. Je me sens en sécurité.				
14. Prendre des décisions m'est facile.				
15. Je sens que je ne suis pas à la hauteur de la situation.				
16. Je suis satisfait (e).				
17. Des idées sans importance me passent par la tête et me tracassent.				
18. Je prends les déceptions tellement à cœur que je n'arrive pas à les chasser de mon esprit.				
19. Je suis une personne qui a les nerfs solides.				
20. Je deviens tendu (e) ou bouleversé (e) quand je songe à mes préoccupations et à mes intérêts récents.				

ESTIME DE SOI

Je vais vous donner 10 affirmations. Pour chacune d'elles, vous cochez :

- 1: pas du tout d'accord
2: pas d'accord
3: d'accord
4: fortement d'accord

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	D'accord	Fortement d'accord
1. Je pense que je suis une personne de valeur au moins égale à n'importe qui d'autre.				
2. Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.				
3. Tout bien considéré, j'ai tendance à me considérer comme un(e) naïf(e).				
4. Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens.				
5. J'ai pu de raisons d'être fier(e) de moi.				
6. J'ai une attitude positive vis-à-vis de moi-même.				
7. Dans l'ensemble, je suis satisfait(e) de moi.				
8. J'ai une attitude plus de respect pour moi-même.				
9. Parfois, je me sens vraiment inutile.				
10. Il m'arrive de penser que je suis une bonne personne.				

QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION

Questionnaire à remplir par les participants 6 semaines après la fin du programme

Nu méso étude:

	Très satisfaisante	Satisfaisante	Peu satisfaisante	Pas du tout satisfaisante
1. L'art-thérapie a su vous expliquer différentes pratiques artistiques proposées de façon :				
2. Les ateliers d'art-thérapie ont été expliqués de façon :				
3. Les ateliers d'art-thérapie ont été adaptés à vos besoins de façon :				
4. Les pratiques artistiques ont été adaptées à vos envies et à votre sensibilité artistique de façon :				
5. Vos productions artistiques sont :				
6. L'art-thérapie a su se montrer disponible et attentif à vos demandes d'une manière :				
7. La durée de séances a été :				
8. L'art-thérapie vous a mis à l'aise avec les techniques artistiques choisies de façon :				

	Beaucoup	Moyennement	Un peu	Pas du tout
9. Les séances d'art-thérapie ont-elles été des moments conviviaux?				
10. Les ateliers d'art-thérapie ont-ils été des moments agréables?				
11. Les séances d'art-thérapie ont-elles engendrées un bien-être?				

	Très satisfaisant	Satisfaisant	Peu satisfaisant	Pas du tout satisfaisant
Au total, ce programme d'art-thérapie a été :				

Annexe 12 : Fiche d'observation

- FICHE D'OBSERVATION -		<i>Confidentiel</i>
PROJET EDUC'ART-PED		
Patient : _____		
Date : _____		Art- Thérapeute en formation : Iliana LANDA
Fiche/Séance N° _____		
Nom _____		Prénom _____
Durée de la séance : 1) 1h 2) 1h 1/2 3) 2h		
DYNAMIQUE	Météo : 1) mauvais 2) nuageux couvert 3) relativement beau 4) beau 5) très beau Méthode : 1) Méthode 2) dynamique 3) passage de l'un à l'autre 1) Directif 2) Dirigé 3) Semi-dirigé 4) Ouvert 5) Libre	
OBJECTIFS TH	GLOBAL : INTERMEDIAIRES : OTH de la séance 1) atteint 2) pas atteint	
COMPORTEMENT GENERAL / CAPACITE RELATIONELLE		
Etat émotionnel : 1) de Mauvaise Humeur 2) relativement de MH 3) normal 4) relativement de Bon H 5) de Bon H Regard : 1) inexistant dans la relation 2) inexpressif 3) fuyant et distant 4) intéressé et présent 5) franc et direct Accueil, rencontre avec l'ATH : 1) agressif 2) mécontent 3) mitigé 4) content et cordial 5) chaleureux Implication relationnelle : 1) en retrait 2) subit 3) sans initiative 4) participe 5) moteur Confiance en soi : 1) non perçue 2) faible 3) moyenne 4) grande 5) importante Autonomie : 1) ne fait rien seul 2) se laisse porter par l'action 3) aidé 4) fait seul - demande un peu d'aide 5) fait seul Affirmation des choix : 1) pas d'expression du choix 2) s'exprime après questionnement 3) pose des quest. 4) exprime ses choix 5) affirme ses choix Réaction face à l'Art : 1) agressif 2) opposé 3) réservé 4) actif 5) volontaire Communication : 1) verbale 2) non verbale 3) directe 4) indirecte 5) différée 6) immédiate Relation : 1) fusion 2) regroupement 3) association 4) sympathie 5) empathie 6) coalescence		

	IMPRESSION	Sensorialité : 1) ne fonctionne pas, fermé 2) fonctionne 3) opérationnelle Regard : 1) très peu 2) en cours d'acquisition 3) acquis
PHENOMENE	INTENTION	Désir : 1) pas intéressé 2) sollicité 3) participe 4) s'engage 5) participation volontaire Regard : 1) très peu 2) en cours d'acquisition 3) acquis
ARTISTIQUE	ACTION	Adaptation aux outils : 1) ne s'adapte pas 2) essaie de s'adapter sans conviction 3) s'adapte sans innover 4) s'adapte 5) s'adapte et innove Invention : 1) ne sort pas des senties battus 2) essaie de détourner le matériel sans s'y attacher 3) détourne 4) utilise le matériel différemment 5) invente d nouvelles techniques d son propre chef Application : 1) non perçue 2) passif 3) effort moyen 4) effort clairement visible 5) s'implique complèt. Réaction face à la dynamique : 1) esthète 2) esthète avec intérêt et « analyse » a besoin d'être stimulé pour agir 3) se laisse porter par l'action 4) agit seul 5) autonome sans consignes Prends plaisir dans l'activité : 1) indifférent 2) n'apprécie pas son travail 3) apprécie plus ou moins 4) apprécie 5) aime beaucoup son travail
	PRODUCTION	Nature de la production : 1) dessin 2) dessin couleur 3) peinture 4) 3D 5) 3D avec couleurs Devenir de l'œuvre : 1) jetée 2) l'œuvre reste à la maison 3) l'œuvre est affichée à la maison 4) l'œuvre va être offerte
BILAN et DISCUSSION	Début de la rencontre : Fin de la rencontre : Bilan de la séance : limites, modifications, demande de la personne PEC Remarques particulières : Préparation de la séance suivante :	
	OBSERVATIONS : Changements d'items : Items supplémentaires : Analyse de la séance : OTHI, site d'action, cibles, qualité des moyens mis en œuvres, maintien des objectifs	

Annexe 13 : Autorisation de photographe et de diffusion de l'image. Droit à l'image à titre gracieux

**AUTORISATION DE PHOTOGRAPHER et
DE DIFFUSION DE L'IMAGE
DROIT A L'IMAGE à TITRE GRACIEUX**

Je soussigné(e) _____

Mme - Mlle - M. : _____

Résidant : _____

-

Tél. : _____ Mail : _____

atteste avoir donné mon consentement à M
Art-Thérapeute,
à diffuser :

- sur tout support et par tous procédés sans contrepartie financière, la (ou les) photographie(s), me représentant prises, ainsi que les photos d'œuvres que j'ai réalisées dans le cadre des séances d'Art-Thérapie,

- J'accepte également que les photographies puissent être insérées dans un mémoire réalisé en fin de cursus afin de valider le D.U. d'Art-Thérapie.

Fait à _____, pour faire valoir ce que de droit,

Le

Signature

Annexe 14. La musique et le cerveau

Image : Zones du cerveau qui sont stimulées par la musique

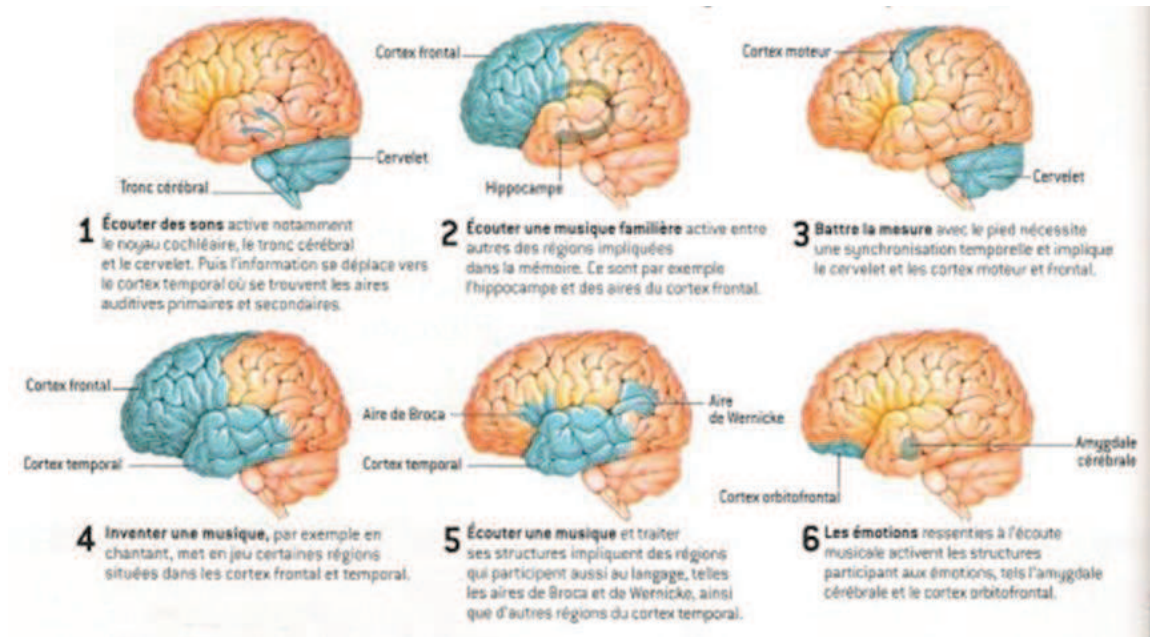


Image : L'oreille sert d'interprète entre le son et le cerveau. Elle est composée de 3 parties : l'oreille externe, l'oreille moyenne et l'oreille interne, qui font partie intégrante du cerveau. Certains de ces réseaux neuronaux sont même exclusivement dédiés au traitement de la musique.

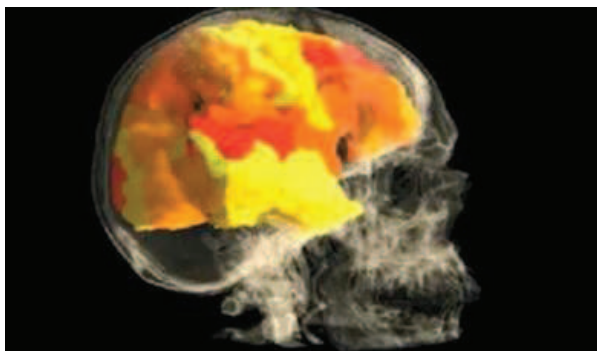
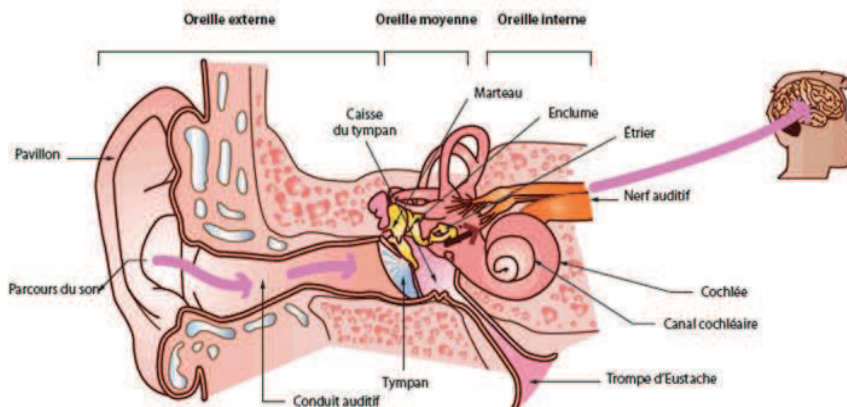
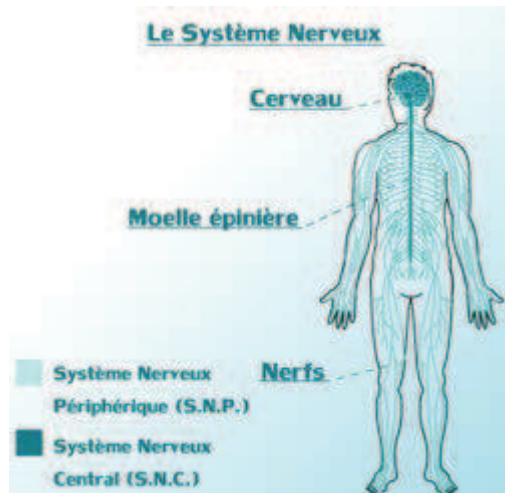


Image : Lorsque le cerveau perçoit de la musique, sur les moniteurs qui permettent de visualiser le phénomène, un feu d'artifice semble embraser le cerveau tout entier.

Annexe 16. La main et l'expression artistique: Les nerfs propriocepteurs

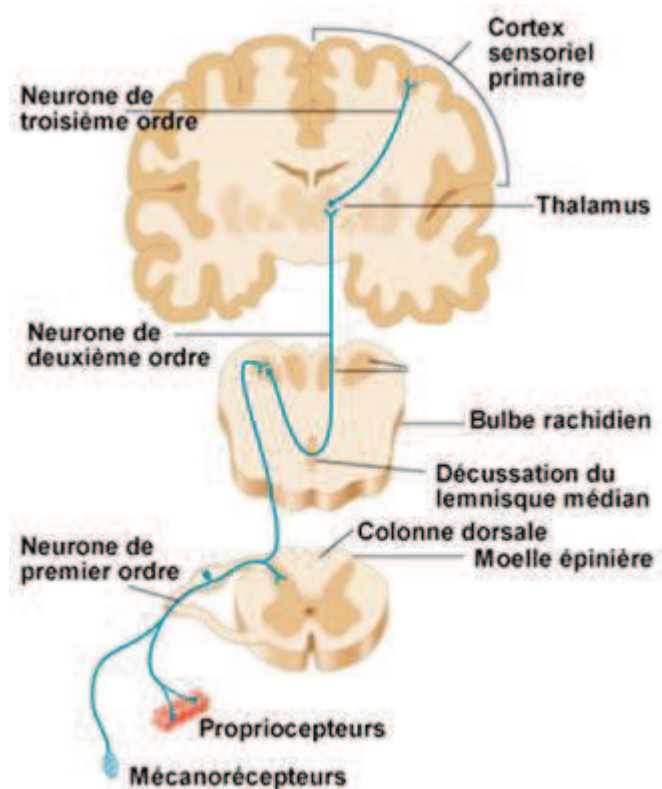
Les nerfs propriocepteurs : Ils sont essentiels pour les musiciens. Les mains sont reliées au cerveau par les nerfs propriocepteurs. Chez les personnes non voyantes ou les ostéopathes (par leur métier), nous trouvons ces nerfs très développés pour distinguer les choses, comme si « les doigts avaient des yeux ». Voici la façon dont cela fonctionne : Les nerfs acheminent les influx sensoriels et moteurs.

Image : Le système nerveux



Les influx nerveux (sous forme de potentiel d'action) véhiculent l'information jusqu'au cerveau (voies ascendantes) ou depuis le cerveau vers les effecteurs (voies descendantes).

Image : Voie ascendante



Neurone de premier ordre : corps cellulaire situé dans le ganglion (spinal ou crânien), qui transmet les influx des récepteurs cutanés et des propriocepteurs jusqu'à la moëlle épinière ou au tronc cérébral, où ils font synapses.

Les influx en provenance du visage sont transmis par les nerfs crâniens. Les nerfs spinaux acheminent les influx sensitifs somatiques du reste du corps.

L'Art-Thérapie à domicile, par les arts plastiques et la musique, menée auprès des aidants familiaux d'enfants diabétiques de type 1 suivis dans le programme d'Education Thérapeutique Pédiatrique des hôpitaux de Poitiers, Niort et La Rochelle

RESUME

Ce mémoire est basé sur un stage de fin d'études, qui a comme principe de défendre l'approche de l'Art-Thérapie dans le cadre d'une étude : « Educ' Art-Ped ». Elle a pour objectif principal d'évaluer l'impact de séances individuelles d'Art-Thérapie sur la qualité de vie des aidants, des enfants diabétiques de type 1, et a pour objectifs secondaires d'évaluer l'impact de ces séances sur l'anxiété et l'estime de soi des aidants ainsi que sur la qualité de vie des enfants eux-mêmes. Le stage a permis de mobiliser 6 stagiaires dont une avec un handicap visuel, son témoignage est décrit dans ce mémoire.

L'efficacité de l'Art-Thérapie a été prouvée lors des études de cas présentées dans ce mémoire. En analysant les premiers résultats des données recueillies, nous avons fait le constat des bienfaits et des améliorations de l'anxiété et de l'estime de soi chez l'aidant familial.

L'aidant qui trouve son médium artistique de choix, dans un cadre thérapeutique, accompagné par un Art-Thérapeute bienveillant et respectueux, goûte à la « saveur existentielle ». Avec toute la complexité que cela donne de le faire dans son domicile, donc dans un environnement non-contrôlé.

Mots-clés : Art-Thérapie, Diabète de type 1, aidants familiaux, Education Thérapeutique pédiatrique, domicile, Arts Plastiques, anxiété, estime de soi.

Home Art Therapy, using plastic arts and music for family caregivers of children with Diabetes 1, followed by the Pediatric Therapeutic Education Program of Hospitals located in Poitiers, Niort and La Rochelle in France.

ABSTRACT

This paper was based on an internship carried out at the end of the University Art-Therapeutic cursus. It presents the approach of Art Therapy within the framework of a study named « Educ' Art-Ped ». First Objective: to assess the impact of Art Therapy on the quality of caregivers' lives, through individual sessions performed at their homes. Second Objective: to assess the impact of these sessions on caregivers' lives concerning anxiety and self-esteem as well as on the quality of children's lives themselves. The internship was pursued by 6 internees of which one had a visual handicap, her experience is written on this paper.

The efficiency of Art Therapy has been proven during the presentation of the case studies. After analyzing the first series of results gathered, the benefits and improvement observed on family caregivers' anxiety and self-esteem are confirmed.

A caregiver, who finds his /her choice of artistic medium within a therapeutic framework and is followed by a caring and respectful Art Therapist, can taste the « pleasure of existence ». Added to this, was the complexity of achieving the project at home, thus in a non-controlled environment.

Key Words : Art Therapy, Type 1 Diabetes, family caregivers, Pediatric Therapeutic Education, home, plastic arts, music, anxiety, self-esteem.

Ilana LANDA – Année 2016/2017