

UNIVERSITE de POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

6, rue de la Milétrie TSA 51115

86073 POITIERS Cedex 9 – France

**L'art-thérapie par le théâtre, les arts du mouvement et la musique
auprès d'adolescents placés en maison d'enfants à caractère social**

Améliorer la régulation émotionnelle et la capacité de mentalisation

Mémoire de fin d'études du Diplôme Universitaire d'Art-thérapie

présenté par **Marie-Geneviève L'Her**

Année 2017-2018

Référent universitaire :

Monsieur Jean-Jacques GIRAUD,

Professeur honoraire à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Poitiers.

Sous la direction de :

Monsieur Karim Boutayeb

Médecin Psychiatre, Viersat (23170)

Lieu de stage :

Maison d'enfants à caractère social de Bosgenet

2, Bosgenet

23140 Pionnat

UNIVERSITE de POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

6, rue de la Milétrie TSA 51115

86073 POITIERS Cedex 9 – France

**L'art-thérapie par le théâtre, les arts du mouvement et la musique
auprès d'adolescents placés en maison d'enfants à caractère social**

Améliorer la régulation émotionnelle et la capacité de mentalisation

Mémoire de fin d'études du Diplôme Universitaire d'Art-thérapie

présenté par **Marie-Geneviève L'Her**

Année 2017-2018

Référent universitaire :

Monsieur Jean-Jacques GIRAUD,

Professeur honoraire à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Poitiers.

Sous la direction de :

Monsieur Karim Boutayeb

Médecin Psychiatre, Viersat (23170)

Lieu de stage :

Maison d'enfants à caractère social de Bosgenet

2, Bosgenet

23140 Pionnat

Plan

Préambule.....	3
PARTIE I : INTRODUCTION.....	5
1.1. Description de la pathologie – La maltraitance des enfants.....	5
1.1.1. Définition.....	5
1.1.2. Les conséquences de la maltraitance.....	6
1.1.2.1. Conséquences directes.....	6
1.1.2.2. Mécanismes d'adaptation.....	7
1.1.2.3. L'impact sur le développement du cerveau.....	8
1.1.3. Conséquences sur l'adulte de la maltraitance infantile.....	9
1.1.3.1. Risques pour l'individu.....	9
1.1.3.2. Risques de transmission transgénérationnelle.....	9
1.2. Nature et caractéristiques des techniques artistiques choisies.....	10
1.3. De l'intérêt de l'art-thérapie dans le contexte d'une maison d'enfants à caractère social, auprès d'enfants victimes de maltraitements.....	13
PARTIE II – MATÉRIELS ET MÉTHODES.....	15
2.1. Matériels.....	15
2.1.1. Lieu d'accueil, équipe, population.....	15
2.1.1.1. La protection de l'enfance.....	15
2.1.1.2. Le placement.....	15
2.1.1.3. L'Aide sociale à l'enfance en Creuse.....	16
2.1.1.4. La Maison d'enfants à caractère social de Bosgenet – présentation.....	16
2.1.2. Objectifs de la prise en charge.....	18
2.1.3. Concepts utilisés et grilles d'observation.....	19
2.1.3.1. La théorie de l'attachement.....	19
2.1.3.2. Les thérapies basées sur la mentalisation.....	21
2.1.3.3. Schémas utilisés.....	24
2.1.4. Choix des patients pour l'étude.....	26
2.1.5. Stratégies thérapeutiques.....	27
2.1.6. Durée de la recherche.....	29
2.1.7. Retombées attendues.....	29
2.1.8. Organisation des séances.....	29
2.1.9. Évaluation des séances.....	31
2.2. Méthodes.....	31
2.2.1. Étude de cas 1 : L.....	31
2.2.1.1. Anamnèse.....	31
2.2.1.2. Objectifs thérapeutiques.....	32
2.2.1.3. Séances d'art-thérapie.....	33
2.2.2. Étude de cas 2 : R.....	36
2.2.2.1. Anamnèse.....	36
2.2.2.2. Objectifs thérapeutiques.....	38
2.2.2.3. Séances d'art-thérapie.....	38
PARTIE III – RÉSULTATS.....	43
3.1. L.....	43
3.1.1. Évaluations.....	43
3.1.2. Bilan.....	46

3.1.3. Auto-évaluation.....	47
3.2. R.....	48
3.2.1. Évaluations.....	48
3.2.2. Bilan.....	51
3.2.3. Auto-évaluation.....	52
PARTIE IV – DISCUSSION.....	54
4.1. Apports et bénéfices de l'étude : 100 fois sur le métier, remettez votre ouvrage.....	54
4.2. Limites de l'étude : évaluer, mettre en commun.....	55
4.3. Le cadre conceptuel : protéger quoi ?.....	56
4.4. La posture soignante.....	57
4.4.1. Préserver l'espace de l'intime.....	57
4.4.2. S'adapter, chercher à comprendre.....	58
Conclusion.....	60
Bibliographie.....	62
Glossaire.....	64
Annexes.....	67

Préambule

J'ai rencontré les arts du spectacle vivants en 1999, alors que j'étais étudiante en anglais et en lettres. Quelques amis, dont certains issus d'une famille de marionnettistes, fondaient une compagnie. J'ai proposé d'écrire les textes des spectacles. Je me suis vite retrouvée sur scène, à manipuler les marionnettes. Cinq ans, trois spectacles et une tournée en Pologne plus tard, je suis partie travailler avec une compagnie polonaise, à Opole. J'y ai découvert un théâtre où les corps avaient l'aisance et la plasticité de la marionnette. J'y ai aussi rencontré les écrits théoriques de Jerzy Grotowski et Eugenio Barba, grands noms d'un théâtre dit « physique », qui implique le corps dans sa globalité : mouvement, voix chantée, parlée, travail sur la présence... Dès mon retour en France, cherchant à continuer le travail initié en Pologne, j'ai découvert le mime corporel dramatique d'Etienne Decroux. Je m'y suis formée pendant trois ans, deux à Paris et un au Pomona College, en Californie, en tant qu'assistante de Thomas Leabhart, ancien élève d'Etienne Decroux. De Californie je suis retournée en Pologne, où, pendant trois ans, au sein de l'institut Grotowski de Wroclaw, j'ai continué de développer ma pratique et ma compréhension du travail physique de l'acteur. Là, avec une compagnie ukrainienne rencontrée à l'institut Grotowski, j'ai également commencé un travail sur la voix, fondé sur le chant traditionnel polyphonique. À partir de 2012, j'ai collaboré avec l'ensemble international In Medias Res, qui s'intéresse au chant traditionnel polyphonique de Méditerranée et collecte des matériaux sur place. J'ai également co-fondé la compagnie L'Homme ivre (théâtre musical et dansé), et le Site de pratiques théâtrales Lavauzelle (en Creuse), lieu de recherche, résidence, pédagogie et ressource, qui promeut un théâtre contemporain élaboré à partir de pratiques traditionnelles (chants, musiques, danses, arts martiaux...) et place le corps au centre du processus créatif.

Au cours de ces presque vingt années d'un travail théâtral où l'entraînement fait partie de l'élaboration de la création et où la représentation est comprise comme un processus de transformation de l'acteur, j'ai vu beaucoup de gens en souffrance confondre développement personnel et production artistique – les moyens et le but. J'ai donné beaucoup de stages. De nombreuses personnes à ce type de théâtre avec une attente qui ne relève pas de la construction d'un produit théâtral, ni de l'acquisition de compétences d'acteur. Et j'ai dû constater que je n'avais pas les outils pour travailler avec des personnes dont la santé psychique était vacillante. Imperceptiblement, j'ai orienté mon enseignement vers le soin. J'y ai intégré des ateliers à destination des femmes enceintes, j'ai donné des cours de théâtre à des personnes sourdes ou

malentendantes. J'ai pris conscience que mes pratiques artistiques pouvaient également être des pratiques de soin. Il demeurait néanmoins qu'il me manquait des outils, notamment pour travailler auprès de personnes en souffrance psychique, et que, pour aller dans cette direction, il me fallait un bagage théorique, une compréhension des pathologies qui viennent étayer mes connaissances empiriques. C'est pourquoi j'ai souhaité suivre le DU d'art-thérapie dispensé par la Faculté de médecine de Poitiers.

Mon stage pratique s'est déroulé à la maison d'enfants à caractère social de Bosgenet, dans la Creuse.

Il m'a semblé que la situation des enfants victimes de maltraitance, accueillis en maison d'enfants à caractère social, pouvait difficilement se comprendre sans la prise en compte d'un contexte qui englobe famille, institution, société. C'est pourquoi, il s'est imposé à moi d'aborder ce travail de recherche avec les outils de l'approche systémique. Notamment pour ce qui concerne la présentation de la maltraitance infantile.

Je me suis également appuyée sur les thérapies basées sur la mentalisation (TBM*), qui ont pour fondement la théorie de l'attachement et les neurosciences.

La première partie de ce mémoire établit les bases du travail en définissant la maltraitance, en décrivant les pratiques artistiques utilisées, en donnant une définition de l'art-thérapie qui servira de référence et, enfin, en posant une hypothèse de travail.

La deuxième partie décrit d'abord les conditions des ateliers d'art-thérapie menés à la maison d'enfants de Bosgenet et les concepts qui les ont guidés. Dans un deuxième temps seront présentées les études de cas.

La troisième partie est consacrée aux résultats des prises en charge et, enfin, la quatrième partie questionne le travail effectué et s'interroge sur la manière dont il aurait pu être plus pertinent ou comment il pourrait se poursuivre.

PARTIE I : INTRODUCTION

1.1. Description de la pathologie – La maltraitance des enfants

1.1.1. Définition

La maltraitance désigne, d'après le dictionnaire Larousse, de « mauvais traitements envers une catégorie de personnes (enfants, personnes âgées, etc.) »

Selon l'OMS*, « La maltraitance à enfant désigne les violences et la négligence envers toute personne de moins de 18 ans. Elle s'entend de toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité, dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir. Parfois, on considère aussi comme une forme de maltraitance le fait d'exposer l'enfant au spectacle de violences entre partenaires intimes. » (« La maltraitance des enfants », sans date)

L'Organisation mondiale de la santé distingue quatre types de violence envers les enfants :

- *la violence physique* : on entend par violence physique exercée contre un enfant l'usage intentionnel de la force physique qui entraîne – ou risque fortement d'entraîner – un préjudice réel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité. Cela comprend les actes qui consistent à frapper, battre, donner des coups de pieds, secouer, mordre, étrangler, infliger des brûlures de toutes sortes, empoisonner et faire suffoquer. Bien des actes de violence envers des enfants sont infligés à la maison dans le but de punir ;
- *la violence sexuelle* : on entend par violence sexuelle la participation d'un enfant à une activité sexuelle qu'il n'est pas pleinement en mesure de comprendre, à laquelle il ne peut consentir en connaissance de cause ou pour laquelle il n'est pas préparé du point de vue de son développement, ou encore qui viole les lois ou les tabous sociaux de la société. Les enfants peuvent être à la fois victimes de violence sexuelle exercée par des adultes et par d'autres enfants qui – du fait de leur âge ou de leur stade de développement – ont un lien de responsabilité, de confiance ou de pouvoir avec la victime ;
- *la violence psychologique* : la violence psychologique est à la fois le fait d'incidents isolés et de l'échec de l'un des parents ou de l'une des personnes s'occupant des enfants à fournir un environnement qui soit approprié et favorable au développement des enfants. Les actes de cette catégorie risquent fortement d'entraîner pour l'enfant des préjudices pour sa santé mentale ou son développement physique, mental, spirituel, moral ou social. Les abus de ce type sont la restriction de mouvement, les propos désobligeants, accusateurs, menaçants,

effrayants, discriminatoires ou humiliants et d'autres formes de rejet ou de traitement hostile ;

- *la négligence* : la négligence concerne des incidents isolés et le défaut de la part de l'un des parents ou membres de la famille de pouvoir subvenir au développement et au bien-être des enfants – s'il est en mesure de le faire – dans un ou plusieurs des domaines suivants : santé, éducation, développement affectif, nutrition, foyer et conditions de vie en sécurité. Les parents d'enfants négligés ne sont pas nécessairement pauvres. Ils peuvent tout aussi bien être aisés. (*Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants*, 2007)

On estime ainsi qu'environ 30 % des personnes en population générale, en Europe, ont subi, à un degré divers de sévérité, des abus et/ou des négligences dans l'enfance, et que plus de 10 % auraient été victimes d'abus sexuel (Perroud, 2014)

1.1.2. *Les conséquences de la maltraitance*

1.1.2.1. Conséquences directes

La maltraitance des enfants, comme toute forme de violence, a un impact direct sur celui qui la subit. Il peut s'agir de traumatismes physiques (lésions, fractures...) des membres, des organes, mais aussi des fonctions cérébrales, pouvant aller jusqu'à l'incapacité temporaire ou le handicap, de carences ou de maladies non traitées. (« Où commence la maltraitance ? - ACTION ENFANCE : Villages d'Enfants, Protection de l'enfance en danger », s. d.)

- *Les enfants négligés* :

Jorge Barudy,¹ dans *La Douleur invisible de l'enfance*, explique que les conséquences de la négligence physique sont multiples, « depuis le retard de croissance par malnutrition jusqu'à la notion de nanisme psychosocial où les déficiences alimentaires sont accompagnées de déficiences sociales et affectives importantes », tant dans le cadre de la famille qu'à l'extérieur, où le manque d'hygiène de l'enfant suscite le rejet des adultes et de ses pairs. Quant à la négligence affective, même en l'absence de tout autre mauvais traitement (coups et négligence physique, par exemple), elle peut avoir un impact sur la croissance physique de l'enfant : « Ainsi, la nosologie psychiatrique a identifié les critères diagnostiques de la réaction corporelle à un trouble affectif (*Reactive attachment Disorder*, DSM* IV). Cela correspond à un retard de croissance de cause non organique chez les bébés, imputable à une carence affective. » Barudy ajoute : « Cependant les conséquences se manifestent surtout au niveau du développement psycho-affectif de l'enfant. » (Barudy, 2007, Chapitre 4).

¹ Jorge Barudy est psychiatre, psychothérapeute, formateur en thérapie familiale et en intervention sociale à l'Université catholique de Louvain. Responsable de l'équipe SOS Enfants-Familles de la Clinique universitaire St-Luc (Bruxelles), il est également consultant pour des programmes de prévention et de traitement de la maltraitance en Europe et en Amérique Latine.

– *Les enfants battus :*

Jorge Barudy compare la situation des enfants battus à celle des personnes torturés pendant des situations de guerre : ils sont totalement à la merci de leurs parents tortionnaires, et subissent « détresse et impuissance, terreur, frustration grave et prolongée, accompagnée de la douleur et de l'imprévisibilité de l'attitude et des comportements du parent agresseur ». Les gestes et les propos qui accompagnent les violences physiques sont également profondément destructeurs.

Etant souvent convaincu d'être responsable de l'énervement de ses parents, l'enfant battu peut avoir une très mauvaise image de lui-même et présenter une forte anxiété (Barudy, 2007, Chapitre 5).

– *Les enfants victimes d'abus sexuels :*

Les abus sexuels dans l'enfance sont extrêmement destructeurs, particulièrement dans le cas de l'inceste intrafamilial. Au-delà des lésions physiques, qui peuvent servir d'indicateurs, Jorge Barudy explique que « le caractère traumatique des comportements sexuellement abusifs est dû au fait que les agissements de l'adulte se situent hors du cadre de l'expérience habituelle de l'enfant. Ces agissements altèrent les perceptions et les émotions de l'enfant par rapport à son environnement, créant une distorsion de l'image qu'il a de lui-même, de sa vision du monde et de ses capacités affectives ». L'enfant est impuissant à échapper à son agresseur, dans l'impossibilité de parler. Il vit dans une angoisse extrême et les troubles qu'il peut connaître sont multiples : états dissociatifs, fragilité émotionnelle, troubles du sommeil, de concentration, de mémoire, énurésie, isolement, dépression...(Barudy, 2007, Chapitre 9)

1.1.2.2. Mécanismes d'adaptation

– *Les enfants négligés :*

Des expériences répétées de négligence affective se traduisent par une faible estime de soi, un sentiment d'infériorité, une tristesse et une anxiété chronique, ainsi que, souvent, par une vision menaçante du monde. Les enfants victimes de négligence affective pourront se montrer extrêmement dépendant des adultes de leur entourage, puis, devant la chronicité de la situation, adopter une attitude de retrait qui pourra s'accompagner, comme mécanisme de protection, du développement d'une personnalité narcissique. « Les troubles du comportement de l'enfant carencé sont une façon d'attirer sur lui l'attention des personnes de son entourage : faire le clown, adopter des comportements de bébé, faire des bêtises, se ridiculiser et parfois s'automutiler. » (Barudy, 2007, Chapitre 4)

– *Les enfants battus :*

Pour survivre à une situation où il vit dans la menace d'être détruit par celui qui est aussi parfois sa

seule source de sécurité et de protection, l'enfant se voit contraint d'idéaliser ses parents et d'endosser la responsabilité de sa situation. Il devient alors excessivement obéissant et peu exigeant pour éviter tout accès violent. Ou bien il endosse le rôle de l'enfant méchant, justifiant les coups et les punitions qu'il reçoit (Barudy, 2007, Chapitre 5).

– *Les enfants victimes d'abus sexuels:*

Le « processus abusif », toujours d'après Barudy, comprend plusieurs périodes. Au cours de la phase initiale, caractérisée par la rupture du cadre normal de vie de l'enfant, « la victime essaye d'éviter les pensées et les sentiments associés aux événements abusifs. Ces mécanismes de défense l'amènent à réduire ses contacts avec le monde extérieur. Cet état correspond à « l'anesthésie psychique et émotionnelle » décrite dans le DSM* III R ». Puis, l'enfant, manipulé, fait l'objet d'un « processus de vampirisation » qui l'empêche de se reconnaître comme victime : l'abuseur impose le silence au moyen de messages adaptés à sa victime (menaces, chantages, culpabilisation...). Ainsi, il lui confère également un pouvoir de destruction de la famille et un sentiment de honte et de souillure. Il arrive alors que l'enfant présente des passages à l'acte à connotation sexuelle (comportements de séduction, de masturbation compulsive, intérêt exagéré pour les parties génitales des autres...), qui peuvent provoquer le rejet de son entourage ou l'exposer à de nouvelles agressions ; qui peuvent aussi servir d'indicateurs. Barudy ajoute que « pour gérer son angoisse, sa culpabilité et sa solitude, l'enfant doit recréer une image satisfaisante de lui-même et de son agresseur. La seule issue est une distorsion cognitive de la réalité avec l'idéalisation du parent coupable et le déni de sa propre souffrance ».(Barudy, 2007, Chapitres 7-9)

1.1.2.3. L'impact sur le développement du cerveau

Ces dernières années, des recherches se sont intéressées au développement des enfants en bas âge et notamment aux répercussions de la maltraitance sur un cerveau en plein développement.

Par exemple, des études tendent à prouver que l'axe hypothalamo-hypophysaire-surrénalien, ou axe HHS*, qui est le système principal de régulation du stress, semble durablement perturbé chez les personnes ou animaux maltraités ou stressés dans leur enfance :

« Cette perturbation durable de l'axe HSS est associée, chez l'animal, à des perturbations durables des comportements dans le sens d'une hyper-anxiété et d'une plus grande réactivité au stress [...] L'excès de glucocorticoïdes qui découlerait de cette hyperactivité de l'axe pourrait rendre compte des anomalies neuro-développementales observées chez les personnes victimes de maltraitements infantiles. En effet, pour exemple, plusieurs études ont montré une réduction de la taille de l'hippocampe et un nombre moins important de neurones dans cette structure chez les sujets maltraités ou ayant vécu des événements de vie stressants dans l'enfance que chez des sujets

non maltraités. Les glucocorticoïdes ont un effet neurotoxique bien démontré dans les études animales et il est probable que l'excès de glucocorticoïdes puisse être en partie responsable des anomalies cérébrales observées chez les personnes maltraitées. » (Perroud, 2014)

D'autres études, citées également par Perroud, attestent de modifications durables sur certains gènes (NR3C1, NR3C2, BDNF), observables chez l'adulte victime de maltraitements dans l'enfance.

En résumé, il semblerait que les maltraitements dans l'enfance puissent être à l'origine d'anomalies neurobiologiques spécifiques, « comme une plus petite taille de l'hippocampe, une hyperactivité relative de l'amygdale, une réduction de l'activité des régions antérieures du cerveau, dont le cortex cingulaire antérieur, le cortex orbito-frontal et le cortex préfrontal dorso-latéral ou encore une diminution des télomères* » (Perroud, 2014).

1.1.3. *Conséquences sur l'adulte de la maltraitance infantile*

1.1.3.1. Risques pour l'individu

Les risques pour les adultes ayant été victimes de maltraitance dans l'enfance sont multiples.

Nous avons vu que les maltraitements induisent des anomalies neuro-développementales. Elles accroissent aussi significativement le risque de maladie psychiatrique à l'âge adulte, tel que le trouble bipolaire, le trouble de la personnalité émotionnellement labile de type borderline, le trouble dépressif, les troubles anxieux, les troubles psychotiques et le syndrome de stress post-traumatique. Par ailleurs, les troubles psychiatriques seraient plus sévères, caractérisés par un âge de début précoce, une mauvaise réponse au traitement, des hospitalisations plus fréquentes, un moins bon fonctionnement prémorbide, de moins bonnes performances cognitives et, pour le trouble bipolaire et le trouble dépressif, plus de symptômes psychotiques et un plus grand nombre et une plus longue durée d'épisodes humoraux (Perroud, 2014).

Des études indiquent également que la trajectoire, dans la société, de l'adulte victime de maltraitance dans l'enfance est associée à des facteurs de risque et des comportements à risque – perpétration d'actes de violence, tabagisme, obésité, comportements sexuels à risque élevé, grossesse non désirée, alcoolisme et toxicomanie – ainsi que leur corollaire : cancers, maladies cardiaques ou sexuellement transmissibles... (*Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants*, 2007)

1.1.3.2. Risques de transmission transgénérationnelle

Les perturbations de l'axe HSS en lien avec un trauma peuvent être transmises à la génération suivante. C'est le cas également de certaines modifications épigénétiques.

Néanmoins, des études suggèrent également qu'une prise en charge psychothérapeutique ou la

prescription d'un traitement antidépresseur peuvent modifier les traces épigénétiques des maltraitances dans l'enfance (Perroud, 2014).

Reste qu'il est nécessaire de considérer également l'environnement des personnes, qui joue un rôle fort dans la transmission des comportements, l'intériorisation des règles et des interdits, l'accès aux soins.

Barudy parle de « spirale biographique de l'enfant ».

D'une part, il pointe les défaillances d'un attachement adéquat :

« Le parent, ancien enfant « détaché », est semblable à un « être sans autre », replié primordialement sur son corps et son monde expérientiel [...] La moindre émotion peut ramener [ces parents] à des activités centrées sur eux-mêmes et hostiles aux êtres vivants qui, comme leurs enfants, sont inclus dans leur monde. Ceci nous permet de comprendre le lien, si présent en clinique, qui existe entre la violence et la dépression et aussi de considérer la maltraitance comme une « automutilation » . » (Barudy, 2007, p. 116-117)

D'autre part, il pointe la reproduction d'un système à l'échelle de la famille :

« les mémoires familiales représentent la partie des mémoires transgénérationnelles qui assurent la transmission culturelle des ascendants aux descendants, par l'intermédiaire des apprentissages individuels. La structure des mémoires est influencée par les rites et les mythes fonctionnant comme des organisateurs. Une des alternatives, dans ce processus, est la transmission de la violence. La violence peut naître aussi de la destruction quantitative et qualitative de la mémoire, défaillance dans la transmission de la quantité nécessaire de rituels permettant de gérer les émotions désagréables provoquées par la présence d'un autre et la destruction qualitative de l'infiltration de ces mêmes rituels par des mythes et des idéologies destructrices. »(Barudy, 2007, p. 119)

La maltraitance des enfants est donc un phénomène complexe qu'il convient de considérer tant au niveau de l'individu qu'à celui de la famille et de la société dans son ensemble.

1.2. Nature et caractéristiques des techniques artistiques choisies

Lors de nos prises en charge à la maison d'enfants de Bosgenet, nous avons eu l'occasion d'utiliser la pratique du théâtre, du mouvement (danse/mime), du chant, de la musique, des arts plastiques et de l'écriture. Nous ne présentons ici que les techniques du théâtre physique (qui regroupe le théâtre, la danse et le mime) et de la musique, car c'est à partir de notre connaissance intime de ces pratiques que nous avons orienté nos prises en charge en écriture et en arts plastiques.

– Théâtre physique

Au carrefour du théâtre, de la danse, du mime se trouve le théâtre physique. Il est difficile d'en parler comme d'une discipline. Il s'agit plutôt d'un courant artistique, d'une manière d'aborder le

théâtre qui place l'acteur au centre du processus créatif.

En France, il reste très minoritaire ; c'est autour du mime corporel dramatique d'Etienne Decroux², lui-même inspiré par Copeau et Dullin que s'élabore la réflexion.

« Le théâtre, c'est l'art d'acteur », dit Etienne Decroux en 1931, au terme d'une longue énumération de tous les autres arts : peinture, architecture, littérature, musique, danse, sculpture..., qui tous, hors du théâtre, ont un autre « domicile personnel » où ils s'expriment de manière autonome (Decroux, 1994, p. 37-43). Le seul à n'avoir pas d'autre lieu que le théâtre est l'acteur. Alors, pour définir l'art de l'acteur, Etienne Decroux développe une pratique, le mime corporel dramatique, sorte de propédeutique à un art de l'acteur épanoui qui pourrait cohabiter avec les autres arts sans perdre sa spécificité. L'acteur ne chante pas, ne danse pas, ne parle pas. Il se meut et c'est ce qu'il exprime par le mouvement, qui constitue son art.

Etienne Decroux avait coutume de dire que la colonne vertébrale d'un homme qui subit une déception amoureuse est semblable à celle d'un homme qui porte un sac de charbon. C'est cette existence, dans le corps, du mouvement de la pensée, qu'Etienne Decroux a cherché à mettre en avant.

D'autres grands noms du théâtre mondial ont interrogé l'art de l'acteur. Jerzy Grotowski, en Pologne, dans les années 1960, inspiré par Stanislavski, Dullin, Meyerhold, mais aussi le théâtre Nô, élabore ce qu'il appelle un « théâtre pauvre », c'est-à-dire dépouillé lui aussi des signes « riches » de la représentation (lumière, décors, costumes...) pour se centrer sur les processus de l'acteur. Comme Decroux, il établit une série d'exercices physiquement exigeants. Il souhaite par là révéler l'organicité de l'acteur et le débarrasser d'un corps « quotidien » (Grotowski & Brook, 1986, p. 13-24).

Tous deux questionnent l'expressivité du mouvement, son rapport avec les mouvements internes de l'être, Grotowski étant plus intéressé par des mouvements organiques, où la différence entre l'impulsion intérieure et la réaction extérieure serait abolie, tandis que Decroux s'inspire du mouvement de travail pour représenter celui de la pensée.

C'est à partir de ces pratiques, proches de la danse – si on considère, à présent, la danse contemporaine –, mais ne se confondant pas avec, pour ce qui est l'esthétique et de la qualité des mouvements, que nous avons travaillé en art-thérapie.

Il est important de noter que ces pratiques, parce qu'elles impliquent un engagement physique important et qu'elles n'intègrent pas le texte comme l'élément principal, aboutissent souvent, en termes de production professionnelle à des œuvres d'ensemble où il n'y a pas un personnage

² Etienne Decroux est un acteur Français considéré comme le père du mime moderne. Il a dédié sa vie à ériger un art du mouvement dramatique qu'il a appelé: le mime corporel dramatique.

principal, mais une forme de polyphonie des partitions physiques (ou chorégraphies). Les interactions entre les acteurs sont d'ailleurs souvent d'ordre musical : chacun ayant sa partition physique et la faisant communiquer avec celle des autres par les moyens du rythme, du tempo, du contrepoint, ce qui permet à un imaginaire du mouvement de se déployer.

Quant au spectateur, son rôle est intense et crucial. D'une part, le travail physique de l'acteur peut avoir une résonance forte dans le corps du spectateur, et, d'autre part, le texte n'étant pas premier, ce qui se raconte – c'est peut-être plus habituel en musique qu'au théâtre – tient souvent plus des sensations, des émotions, d'une instantanéité de l'expérience, que d'une narration.

– *Musique*

La pratique de la musique que nous avons proposée lors de nos prises en charge à la maison d'enfants de Bosgenet s'articule en relation forte avec le corps et avec le fait de faire un geste vers l'extérieur, notion inhérente aux arts du spectacle.

Elle s'appuie, d'une part, sur notre pratique du chant traditionnel.

Dans les sociétés où le chant traditionnel est encore vivant – citons par exemple la Corse, la Sardaigne, l'Ukraine –, il est conçu comme un acte fort, où le chanteur s'empare d'une des voix du chant sans que cela soit nécessairement prévu, sans avoir toujours répété à l'avance. L'essentiel est de s'accorder vocalement avec les autres chanteurs et avec l'espace (le choix d'un espace en intérieur ou en extérieur influant sur le placement de la voix, de même que la présence d'un public nombreux ou pas). Il s'agit la plupart du temps de chant polyphonique, où, de fait, les chanteurs sont au service d'une production surplombante, qui ne peut fonctionner qu'avec l'investissement de tous et l'acceptation de certaines règles implicites, d'une forme de responsabilité « incarnée », tangible, vis-à-vis du groupe.

Notre pratique musicale s'appuie d'autre part sur la psychophonie, à laquelle nous avons été initiée il y a un peu plus d'un an, dans le cadre d'une formation en chant prénatal.

Il s'agit d'une « méthode d'harmonisation physique et psychique, qui utilise la voix parlée et chantée » (Schroeder-Marrast, 2008, p. 58). Elle a été créée par une chanteuse, Marie-Louise Aucher, vers le milieu du 20^e siècle. La psychophonie part du principe que le corps vibre en chantant ou en présence d'un instrument de musique. C'est cette vibration, perçue déjà in utero, qui va s'avérer bénéfique pour le corps... Thérapeutique, diront certains.

Marie-Louise Aucher a établi des « points du chanteur », c'est-à-dire différents endroits du corps – 15 au total – qui représentent des appuis pour la voix. Cette pratique nous a intéressée parce qu'elle est empirique. Il s'agit d'un processus d'analyse et de raffinement de ses sensations. À partir de sensations physiques de plus en plus fines, de sensibilisations aux vibrations, de l'écoute de sa

propre voix, le chanteur redessine la compréhension qu'il a de sa voix et de l'implication de son corps dans le chant. C'est donc aussi une pratique d'expression physique.

À la maison d'enfants de Bosgenet, nous avons pris en charge un jeune avec lequel nous avons pratiqué la musique sans du tout intégrer le chant. Cette prise en charge s'est néanmoins appuyée sur des principes que nous avons pu expérimenter en chant, à savoir l'improvisation à plusieurs et la construction de polyphonie (le jeune pris en charge en musique a créé, avec un « looper »³, un morceau de musique, intégrant les principes de l'inter-dépendance des lignes musicales).

1.3. De l'intérêt de l'art-thérapie dans le contexte d'une maison d'enfants à caractère social, auprès d'enfants victimes de maltraitances

C'est dans la relation à l'autre que se sont joués les traumatismes des enfants placés en MECS*. Et c'est dans les relations qui se tissent à la maison d'enfants, notamment avec les éducateurs, que les enfants peuvent acquérir ce qui leur a fait défaut, c'est-à-dire un regard, une écoute, des demandes adaptées, un cadre stable et compréhensible :

« L'objectif des figures d'attachement auxiliaires est de changer les attentes des adolescents placés vis-à-vis des adultes et leur faire intégrer qu'ils peuvent compter sur leur aide en cas de détresse ou pour satisfaire leurs besoins. » (Boyer-Vidal & Tereno, 2015)

Encore faut-il que les enfants soient en mesure d'identifier leurs besoins. Nous l'avons vu, la maltraitance donne lieu à des mécanismes adaptatifs forts, à des manipulations psychologiques qui abîment la compréhension que l'enfant peut avoir de lui-même.

- *Vers une compréhension de soi et du monde*

Le spectacle vivant, c'est-à-dire « un spectacle qui se déroule en direct devant un public » (Larousse, sans date), est un objet extrêmement riche du point de vue de la relation :

- il place celui qui le pratique sous le regard d'autres qui sont venus le regarder et l'écouter ; et la représentation n'atteindra son objectif que si des personnes, dans le public, donnent un sens à ce qui leur est montré, le mettent en écho avec leur vécu (peu importe que la représentation soit théâtrale, musicale, dansée ou chantée) ;
- l'acteur (ou le chanteur, danseur, musicien...) fait un geste d'interprétation, c'est-à-dire qu'il est placé devant la nécessité de chercher à comprendre un autre artiste, de donner un sens personnel à la production artistique d'un autre, parfois de se mettre dans la peau d'un personnage.

Finalement, le spectacle vivant réactive inlassablement ce vers de l'auteur de théâtre latin Terence : « Je suis un homme ; rien de ce qui est humain ne m'est étranger ».

3 Appareil qui permet d'enregistrer des boucles de son et de les superposer pour créer des morceaux de musique.

Par les arts du spectacle vivant, c'est donc bien l'appartenance⁴ de chacun à l'humanité qui se rejoue, avec ce que cela peut avoir d'apaisant et de rassurant de comprendre et d'être compris.

Et parce que les arts du spectacle vivant nécessitent une présence en direct, c'est le corps, qui est au centre de cette communion. Le corps du public, récepteur de ce que le corps de l'acteur (ou du musicien/danseur/chanteur, etc.) exprime, et le corps de l'acteur qui fait et qui, dans le même temps, est pensé par le public, animé du sens qui est attribué à ses actes.

– *Vers une définition de l'art-thérapie*

C'est par le prisme de la pratique des arts du spectacle vivant que nous abordons la fonction d'art-thérapeute.

En tant qu'art-thérapeute, il nous semble que nous avons le devoir, en lien avec les autres membres de l'équipe pluridisciplinaire, de nous préoccuper de ces besoins du patient qui ressortissent à sa capacité à penser ses besoins ontologiques, c'est-à-dire à être acteur de ce qu'il vit, à ne pas être objet de ses soins.

C'est une démarche qui s'inscrit à côté de celle des psychologues et psychiatres, qui emploient des thérapies verbales. En art-thérapie, c'est la pratique artistique, le faire, qui peut avoir un pouvoir thérapeutique.

Ainsi, peut-on définir l'art-thérapie comme une profession para-médicale, qui s'exerce en collaboration avec d'autres professionnels des secteurs médical, para-médical et social. Elle est une thérapie non-verbale, qui, par la pratique artistique, vise à réactiver chez le patient sa conscience profonde d'appartenir à l'humanité, afin qu'il puisse se replacer en position d'être acteur et caisse de résonance du monde.

C'est avec cette définition en tête que nous avons abordé les problématiques propres aux enfants victimes de maltraitance placés en MECS*.

Pour permettre à des enfants victimes de maltraitance et placés en MECS* de se saisir du placement comme d'une chance de transformation de leur rapport au monde, nous avons émis l'hypothèse que l'art-thérapie pouvait de manière pertinente favoriser chez eux la régulation émotionnelle et la capacité de mentalisation.

4 Il est intéressant de noter que, d'après le site du CRNTL, les premiers usages qui sont faits du verbe appartenir, vers 1040, lui donnent le sens de « être lié par parenté ».

PARTIE II – MATÉRIELS ET MÉTHODES

2.1. Matériels

2.1.1. Lieu d'accueil, équipe, population

2.1.1.1. La protection de l'enfance

En France, la réponse proposée à la maltraitance des enfants est organisée par les services de l'Aide sociale à l'enfance, dont la gouvernance revient aux départements.

La loi du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfance place l'enfant au centre de l'intervention :

« Art. L. 112-3.-La protection de l'enfance vise à garantir la prise en compte des besoins fondamentaux de l'enfant, à soutenir son développement physique, affectif, intellectuel et social et à préserver sa santé, sa sécurité, sa moralité et son éducation, dans le respect de ses droits. Elle comprend des actions de prévention en faveur de l'enfant et de ses parents, l'organisation du repérage et du traitement des situations de danger ou de risque de danger pour l'enfant ainsi que les décisions administratives et judiciaires prises pour sa protection. Une permanence téléphonique est assurée au sein des services compétents.

Les modalités de mise en œuvre de ces décisions doivent être adaptées à chaque situation et objectivées par des visites impératives au sein des lieux de vie de l'enfant, en sa présence, et s'appuyer sur les ressources de la famille et l'environnement de l'enfant. Elles impliquent la prise en compte des difficultés auxquelles les parents peuvent être confrontés dans l'exercice de leurs responsabilités éducatives et la mise en œuvre d'actions de soutien adaptées en assurant, le cas échéant, une prise en charge partielle ou totale de l'enfant. Dans tous les cas, l'enfant est associé aux décisions qui le concernent selon son degré de maturité. »

L'assistance éducative regroupe les mesures de protection pouvant être décidées par le juge des enfants lorsqu'un enfant est en danger. Elles préservent l'autorité parentale. Les parents ou le tuteur, d'autres autorités (service à qui l'enfant a été confié....) mais aussi l'enfant peuvent saisir le juge et être parties durant la procédure (« Assistance éducative : enfants concernés et procédure », s. d.)

2.1.1.2. Le placement

Le placement d'un mineur est une mesure de protection qui retire temporairement un mineur de son milieu habituel de vie (le plus souvent le foyer parental), lorsque celui-ci n'est pas en mesure de garantir sa sécurité ou les conditions de son éducation, ou lorsque le déroulement d'une procédure pénale l'exige. Le retour en famille demeure un objectif constant.

En France, la protection de l'enfance peut être assurée suivant 2 procédures :

- *Le placement administratif*, qui résulte d'une démarche des parents. Avec leur accord écrit, il est mis en œuvre par le Président du Conseil départemental, via l'Aide sociale à l'enfance (ASE*). Les lieux et conditions du placement sont décidés en accord avec la famille. La décision d'accueil est fixée à un an maximum, et peut être modifiée et renouvelée à tout moment, à la demande des parents ou de l'ASE*.
- *Le placement par le juge des enfants* fait partie des mesures d'assistance éducative. L'enfant peut être confié à un tiers hors de sa famille, chez une assistante familiale, dans un établissement spécialisé ou, plus rarement, chez un membre de la famille ou un tiers digne de confiance. Le magistrat doit s'efforcer de recueillir l'adhésion des parents, mais peut imposer sa décision. Il fixe aux parents (et à l'entourage) un droit de visite et d'hébergement, dont les modalités évoluent en fonction de la situation. Le placement est prévu pour 2 ans au maximum ; le juge des enfants peut le renouveler lorsque « les parents présentent des difficultés relationnelles et éducatives graves, sévères et chroniques ». (Merino, 2017)

2.1.1.3. L'Aide sociale à l'enfance en Creuse

Le département de la Creuse se caractérise par un fort taux d'enfants et de jeunes concernés par des mesures éducatives : 3,4 % des 0-20 ans (pour une moyenne nationale de 1,9 %).

En 2014, le nombre de placements à l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE*) est de 3,9 pour 1 000 jeunes de 0 à 20 ans en France. Ce taux est de 5,1 en Creuse (Conseil départemental de la Creuse, 2016). D'après le schéma territorial des services aux familles du Conseil départemental de la Creuse, ces chiffres doivent être analysés avec prudence, car s'ils sont le signe d'une forte précarisation des familles, ils peuvent aussi s'expliquer, d'une part, par des carences en matière d'équipements de soins qui accentuent les fragilités des enfants comme des adultes et, d'autre part, par le maillage très fin du territoire (plus de 30 % des habitants sont connus d'un service social), qui génère un repérage précoce des situations de risque et une mise en place rapide de mesures de prévention.

Enfin, la Creuse, qui compte une MECS* et un CDEF*, se caractérise par la priorité donnée au placement familial.

2.1.1.4. La Maison d'enfants à caractère social de Bosgenet – présentation

- *La Fondation AJD* Maurice Gounon*

La maison d'enfants à caractère social de Bosgenet est gérée par la fondation AJD* Maurice Gounon. L'association AJD* (« Les Amis du Jeudi Dimanche ») a été créée en 1964 par le père

jésuite Maurice Gounon. Elle a été reconnue d'utilité publique en 1979 et, en juillet 2007, est devenue la Fondation AJD* Maurice Gounon. La Fondation s'inscrit dans le cadre de l'action sociale. Selon ses statuts, elle crée, gère et anime des établissements à caractère social habilités. Elle a pour vocation d'accueillir, d'héberger, de protéger et d'accompagner vers l'autonomie et la citoyenneté des personnes en difficultés sociales ou familiales. Située à Caluire-et-Cuire, dans la région lyonnaise, elle gère douze établissements et services dans le département du Rhône, une maison d'enfants dans le département de la Loire et une autre en Creuse : La maison d'enfants AJD* Bosgenet, où nous avons effectué notre stage (« Livret de présentation de la Maison d'enfants de Bosgenet », s. d.).

– *La maison d'enfants de Bosgenet*

Elle se situe en Creuse, à 15 kilomètres au sud-est de Guéret, dans un ancien château, confié à l'association AJD* en 1978. C'est le 1er février 1979 qu'est ouverte la maison d'enfants de Bosgenet. Elle fonctionne toute l'année et est agréée par l'Aide sociale à l'enfance pour prendre en charge 22 jeunes. Elle a pour mission d'accompagner les jeunes qui lui sont confiés après avoir défini avec chacun d'entre eux, en association avec leur famille et leurs référents, un projet personnalisé, scolaire et professionnel ; de les soutenir dans la réalisation de leur projet, en favorisant leur autonomie ; d'évaluer et de réajuster régulièrement (au minimum tous les six mois) le projet de chaque jeune, en association avec sa famille et ses référents ; de maintenir des liens entre les parents et les enfants, tels que définis par le service de placement ; d'entretenir des liens réguliers et constructifs avec tous les partenaires concernés par la situation de chaque jeune ; de favoriser la réorientation des jeunes, dans leur famille ou, si nécessaire, dans une autre structure correspondant mieux à leurs besoins.

La maison d'enfants de Bosgenet accueille des jeunes de 6 à 18 ans. Elle peut, dans le cadre d'accueil de fratrie, accueillir des enfants de moins de 6 ans et, dans le cadre de contrats jeunes majeurs, poursuivre une prise en charge jusqu'aux 21 ans du jeune.

Les jeunes sont répartis sur deux groupes, en fonction de leur âge : le groupe 1, pour les enfants de 6 à 13 ans (ou moins de 6 ans selon les cas), et le groupe 2, pour les adolescents de 13 à 18 ans (ou plus dans le cadre des contrats jeunes majeurs).

L'équipe compte 23 personnes, dont un directeur, un chef de service, un médecin psychiatre (qui intervient à temps partiel pour aider à l'analyse des situations, à l'élaboration des projets et au travail de distanciation nécessaire à chaque professionnel), une secrétaire de direction, quatre éducateurs spécialisés (dont une à temps partiel) et cinq moniteurs éducateurs, un animateur sportif socio-culturel, deux chauffeurs, deux surveillantes de nuit, une maîtresse de maison, deux cuisiniers (à temps partiel), un homme d'entretien, une apprentie service aux personnes en milieu rural.

Les jeunes pris en charge viennent de la Creuse, de l'Allier et du Cher. Ils ont un éducateur référent à la maison d'enfants et sont scolarisés dans les établissements scolaires ou spécialisés des environs, en fonction de leurs besoins (« Livret de présentation de la Maison d'enfants de Bosgenet », s. d.).

Les jeunes de la maison d'enfants de Bosgenet bénéficient pour nombre d'entre eux de prises en charge en psychologie au CMPP* ou au CMP*, au CATTP* LOKALADO ou à la MDA* de Guéret. Certains sont suivis par des médecins psychiatres et bénéficient d'un traitement médicamenteux (neuroleptiques ou anxiolytiques).

Avant de nous recevoir en stage, la maison d'enfants de Bosgenet n'avait jamais accueilli d'art-thérapeute, en stage ou en exercice.

2.1.2. Objectifs de la prise en charge

Le directeur, M. Henri-Laurent Caillat, et le chef de service, M. Yann Lebras, ont décidé de nous accepter en stage car, nous ont-ils dit, lors de notre premier entretien, il est pour eux fondamental que ces jeunes puissent s'exprimer le plus possible et de toutes les manières possibles.

C'est avec cette demande à l'esprit et en observant ce que le cadre institutionnel offrait déjà aux enfants que nous avons cherché quel rôle pertinent un art-thérapeute pourrait jouer auprès d'eux.

La maison d'enfants offre un cadre éducationnel fort et stable, avec des éducateurs impliqués dans la réussite des jeunes, une éducatrice dédiée au suivi scolaire. Les manquements aux règles et les problèmes de comportements – aussi bien à l'école qu'à la maison d'enfants, au domicile ou dans les familles relais – sont repris par les éducateurs, ainsi que par le chef de service et le directeur, qui sont extrêmement impliqués dans la vie de chaque enfant.

Les enfants bénéficient pour beaucoup d'un suivi par un psychologue ou un psychiatre.

Des réunions hebdomadaires de tout le personnel de la maison d'enfants permettent une analyse approfondies des situations.

En intégrant la prise en charge art-thérapeutique au sein de ce système d'accompagnement, et au vu des difficultés dont témoignaient les jeunes, il nous a semblé important qu'elle soit un temps d'expression individuel, qui se situe à côté des exigences imposées par le collectif, qui insiste sur la dimension non-verbale du travail, et qui soit centré sur l'enfant, en tant que personne sensible et en construction. Nous avons donc conçu ces prises en charge individuelles comme un espace où faire n'est pas synonyme de résultat mais de processus, et où le jeune a l'espace, par le biais de la pratique artistique, d'exercer sa subjectivité et son libre arbitre, d'interroger et d'intégrer les règles et les valeurs qui lui sont proposées ou imposées dans son cadre de vie ; où il puisse se faire à lui-même la démonstration de ses capacités, exprimer ou découvrir ses goûts, et enfin pouvoir observer et mesurer les conséquences de ses choix.

2.1.3. Concepts utilisés et grilles d'observation

A notre arrivée à la maison d'enfants, nous avons été frappée par la difficulté des jeunes à comprendre leur états mentaux (états de désirs, de besoins, d'émotions, de motivations...) et à décrypter ceux de leur entourage.

Ce constat a orienté les prises en charge et nos recherches.

Ainsi, nous sommes-nous appuyée sur le concept de mentalisation, tel qu'initié à l'unité de psychanalyse de l'University College London dans les années 1990, et développé notamment par Antony Bateman et Peter Fonagy. Les thérapies basées sur la mentalisation (TBM*) s'appuient notamment sur la théorie de l'attachement et les neurosciences.

2.1.3.1. La théorie de l'attachement

La Seconde Guerre mondiale amène les psychiatres de cette période à s'intéresser aux liens mère-enfants et aux conséquences des séparations précoces. C'est dans ces années que s'élabore la théorie de l'attachement, grâce notamment aux travaux du psychiatre et psychanalyste John Bowlby et de la psychologue américaine Mary Ainsworth, qui étudient les relations que l'enfant développe avec son environnement et particulièrement avec la personne qui lui prodigue habituellement les soins. Cette théorie représente une étape forte dans la compréhension du développement de l'enfant, car elle remet en question la théorie de l'étayage de Freud, selon laquelle l'attachement de l'enfant n'est qu'une pulsion secondaire qui s'élabore à partir du besoin primaire de nourriture (Savard, Pinel-Jacquemin, Oui, Euillet, & Moridy, s. d.).

Dugravier et Barbey-Mintz synthétisent clairement la théorie de l'attachement de Bowlby et c'est principalement sur leur article que nous nous appuyons pour la présenter (Dugravier & Barbey-Mintz, 2015).

- *Le système d'attachement* : il a pour but de favoriser la proximité de l'enfant avec une ou des figures adultes afin d'obtenir un réconfort lui permettant de retrouver un sentiment de sécurité interne face aux éventuels dangers de l'environnement. Toutes les conditions qui génèrent du stress pour l'enfant activent ce système, que ce soient des facteurs internes, comme la fatigue ou la douleur, ou des facteurs externes liés à l'environnement (la présence d'étrangers, la solitude, l'absence de la figure d'attachement). Selon Bowlby, l'attachement est un besoin primaire essentiel à la survie de l'espèce.
- *Le système exploratoire* : quand l'enfant est rassuré, le système d'attachement n'est plus activé. Alors entre en jeu le système exploratoire, grâce auquel l'enfant apprend sur son environnement et développe des capacités qui seront importantes pour les stades ultérieurs

du développement.

- *Les figures d'attachement* : il s'agit des personnes vers lesquelles l'enfant dirige son comportement d'attachement. Tout adulte qui s'engage dans une interaction sociale et durable avec le bébé est susceptible de devenir une figure d'attachement
- *Le caregiver* : il s'agit d'une personne prenant soin physiquement et émotionnellement de l'enfant, ayant une présence importante et régulière dans sa vie et l'investissant émotionnellement. C'est aussi la figure d'attachement principale.

Le plus souvent, c'est la mère qui est la figure d'attachement principale. Celle-ci représente *la base de sécurité* à partir de laquelle l'enfant peut s'autoriser à explorer le monde. Son aptitude à explorer repose sur la qualité de ses liens d'attachement.

Lors de ses explorations, toute situation qui inquiète l'enfant l'incite à retourner vers sa figure d'attachement principale, qui constitue alors un *havre de sécurité*. Tout éloignement ou absence de la figure d'attachement principale active donc le système d'attachement. Comportements d'attachement et comportements d'exploration sont donc antagonistes.

Ces notions perdurent toute la vie : la proximité physique devient progressivement un concept mentalisé, mais la notion de base de sécurité, qui renvoie à la confiance qu'une figure de soutien sera disponible en cas de besoin, demeure.

- *Le caregiving* : c'est le versant parental de l'attachement. Il représente la capacité à prodiguer des soins et à répondre à la détresse de l'enfant quand celui-ci se sent en danger. Il dépend des propres expériences d'attachement du parent.
- *Les différents styles d'attachement* :

On distingue quatre catégories d'attachement, qui sont le reflet des prédispositions de l'enfant et de la cohérence du comportement parental.

- L'attachement de type sécuritaire : il s'accompagne d'une meilleure estime de soi de l'enfant et de la capacité à demander de l'aide. L'enfant proteste lors des séparations avec la figure d'attachement et l'accueille avec plaisir à son retour.
- L'attachement de type insécure évitant : l'enfant a tendance à masquer sa détresse émotionnelle ou à se sentir invulnérable, et à considérer que l'on ne peut pas faire confiance aux autres. Les signaux de détresse en direction des parents sont réduits.
- L'attachement de type insécure ambivalent/résistant : en situation de stress, l'enfant résiste à son besoin d'être réconforté. Il manifeste de la détresse lors de la séparation avec la figure d'attachement, et un mélange de recherche de contact et de colère à son retour.

- L'attachement désorganisé : des comportements apparemment opposés sont exprimés en même temps. Les mouvements semblent incomplets, l'expression des affects mal dirigée. Il s'agit souvent d'enfants victimes de maltraitance ou témoins de violence.
- *Les modèles internes opérants* : Le système d'attachement s'accompagne de la mise en place de « modèles internes opérants » (MIO*), qui dépendent des expériences vécues par l'enfant. Ces MIO* commencent à s'établir vers 7 mois et se stabilisent vers l'âge de 5 ou 6 ans. Ensuite, ils restent stables, si aucun événement grave ne vient les perturber. Une fois son MIO* mis en place, une personne a tendance à percevoir les événements qu'elle vit à travers ceux qu'elle a déjà connus, ce qui peut conduire à un traitement biaisé de l'information. À travers les MIO*, l'enfant met en place une image de soi comme étant plus ou moins digne d'être aimé et une image des autres comme étant plus ou moins attentifs à ses besoins.

Dans le cas des enfants placés, les éducateurs jouent le rôle de figures d'attachement auxiliaires. Un de leurs objectifs est de modifier les attentes des jeunes vis-à-vis des adultes, de les amener à développer de nouveaux modèles internes opérants d'un attachement plus sécurisé (Boyer-Vidal & Tereno, 2015).

2.1.3.2. Les thérapies basées sur la mentalisation

Si le concept de mentalisation est ancien, les thérapies basées sur la mentalisation (TBM*) se sont principalement développées au cours des vingt dernières années. Elles sont notamment utilisées dans la prise en charge des personnes souffrant de troubles de la personnalité limite, antisociale, et de troubles alimentaires (Debbané, Bateman, Fonagy, Bateman, & Fonagy, 2016, p. 25).

Il semble important de définir d'abord ce concept et la manière dont il se positionne par rapport à des concepts voisins.

- *Définition*

« La mentalisation est un concept élaboré par Peter Fonagy et ses collaborateurs afin de décrire l'habileté à comprendre, et ce autant chez soi que chez les autres, les états mentaux, qui sont les croyances, intentions, désirs, pensées et affects qui sous-tendent les comportements (Bateman, Fonagy et Allen, 2006). Elle implique également la reconnaissance par l'individu que ses propres états mentaux peuvent être différents de ceux des autres (Auerbach, Blatt et Lasky, 2002) et qu'ils ne sont pas des représentations fidèles de la réalité externe (Fonagy et Target, 1997). La théorie de la mentalisation résulte de l'intégration des connaissances issues de la psychanalyse, de la recherche sur les nourrissons et l'attachement ainsi que des neurosciences (Schmeets, 2008a). » (Chabot, Achim, & Terradas, 2015)⁵

⁵ Alexandre Chabot est psychologue. Il a écrit une thèse de doctorat (université de Sherbrooke, Canada) intitulée :

Il s'agit d'une capacité humaine fondamentale, intrinsèque à la régulation des affects et aux relations sociales fructueuses (Tereno, Atger, & Bekhechi, 2015).

– *Concepts voisins*

Tableau 1 - Relations et différences entre les concepts d'empathie, de théorie de l'esprit et de mentalisation (DUBÉ & MENTALISATION, 2017, p. 86)

	Empathie	Théorie de l'esprit	Mentalisation
Empathie	<p><i>Capacité d'un individu de comprendre et de s'accorder à l'émotion d'autrui</i></p> <p><i>Compréhension affective et cognitive centrée sur autrui, avec un accordage affectif*</i></p>	<p>L'empathie inclut une dimension affective (compréhension de l'état affectif de l'autre, accordage affectif*) qui n'est pas présente dans la théorie de l'esprit</p>	<p>L'empathie est axée sur les états affectifs d'autrui et implique une réponse émotionnelle de la part de l'individu qui se montre empathique. La mentalisation n'implique pas de s'accorder émotionnellement à autrui, mais permet de le faire puisqu'elle rend compréhensible le comportement d'autrui.</p>
Théorie de l'esprit	<p>La théorie de l'esprit permet d'attribuer des émotions à autrui, comme dans l'empathie, mais permet en plus de prédire le comportement et d'attribuer des intentions ou des pensées à l'autre. Ainsi, l'empathie se concentre sur les émotions et les sentiments, tandis que la théorie de l'esprit s'applique à toutes les formes d'états mentaux.</p>	<p><i>Système permettant d'inférer l'ensemble des états mentaux à partir du comportement.</i></p> <p><i>Capacité d'un individu d'interpréter et d'anticiper le comportement d'autrui en présument de ses pensées, émotions et intentions.</i></p> <p><i>Compréhension cognitive centrée sur autrui</i></p>	<p>La théorie de l'esprit est centrée sur le comportement d'autrui et sur l'interprétation qu'il est possible d'en faire. Cette capacité n'implique pas de pouvoir interpréter ses propres comportements. La théorie de l'esprit agit comme un cadre conceptuel duquel émerge la capacité de mentalisation.</p>
Mentalisation	<p>D'abord l'empathie se concentre sur les émotions et sentiments, tandis que la mentalisation s'applique à toutes les formes d'états mentaux. De plus, la mentalisation implique une <i>dimension interactive</i> entre la compréhension de l'état d'autrui et ce que cette compréhension peut susciter chez l'individu qui mentalise. La mentalisation permet la régulation (émotionnelle, comportementale) de soi, d'autrui et de la relation, contrairement à l'empathie.</p>	<p>La mentalisation permet non seulement de prédire le comportement d'autrui, mais également de donner un sens au comportement (le sien ou celui de l'autre), de sorte qu'il y a une <i>dimension interactive</i> entre ses comportements et ceux d'autrui. A l'inverse de la théorie de l'esprit, qui s'applique uniquement à l'autre, la mentalisation permet également de mieux se comprendre soi-même et de s'autoréguler.</p>	<p><i>Capacité d'un individu de percevoir et d'interpréter ses comportements et ceux d'autrui en termes d'états mentaux (pensées, affects, intentions et croyances sous-jacents au comportement). Cette compréhension permet la régulation de soi-même, des autres et de la relation, et se développe dans le cadre de la relation d'attachement.</i></p> <p><i>Compréhension affective et cognitive centrée à la fois sur soi et autrui, qui permet l'autorégulation.</i></p>

« Capacité de mentalisation et jeu de l'enfant : proposition d'une méthode d'évaluation par l'observation du jeu ».

– *Mentalisation et attachement*

Le potentiel de la mentalisation se développe en grande partie au cours des premières relations interpersonnelles du sujet, et en particulier dans le système de communication entre la figure d'attachement principale et l'enfant. En effet, c'est la capacité de la figure d'attachement principale à se représenter l'enfant comme un sujet ayant des sentiments, des désirs et des intentions (*mirroring**), qui permet à ce dernier de découvrir sa propre expérience interne, *via* la représentation que lui en donne sa figure d'attachement, et ainsi de se différencier d'autrui. Cette représentation est cruciale pour que l'enfant développe progressivement ses propres capacités de mentalisation. (Tereno et al., 2015)

De plus, durant la première année de la vie, l'enfant fait l'expérience de l'existence d'un lien entre affect, comportement, corps et expérience personnelle. Tout ceci est important pour l'émergence ultérieure des capacités de mentalisation. Une autre étape du développement de la capacité de mentalisation chez l'enfant consiste à faire l'expérience de sa subjectivité : comprendre que ce qui est réel pour lui ne l'est pas forcément pour autrui. Il doit être capable d'imaginer ce qu'il y a dans l'esprit de l'autre. Le développement de cette capacité dépend encore une fois du parent et de sa capacité à imaginer et à distinguer l'apparence et la réalité. (Tereno et al., 2015)

Enfin, des études récentes en neuro-imagerie ont permis de confirmer les liens entre activation de l'attachement et désactivation de la mentalisation. Or, le système d'attachement est censé être activé par la peur, associée à la perte de protection de la figure d'attachement. Donc, une personne qui aura développé une relation insécure à sa figure d'attachement risque de voir son système d'attachement plus souvent activé et, de subir une désactivation plus fréquente des structures neuronales qui sous-tendent les cognitions sociales, la régulation des émotions. Une relation d'attachement sécurisée pourrait donc faciliter le développement de la mentalisation (Tereno et al., 2015).

– *Le défaut de mentalisation*

En résumé, si le parent n'est pas en mesure d'offrir à l'enfant une reconnaissance cohérente, ce dernier peut développer des défauts de mentalisation : il peut rencontrer des difficultés concernant certaines thématiques ou émotions. Dans le cas de maltraitances, l'enfant peut faire face à un trauma relationnel qui entrave sa capacité de mentalisation. La reconnaissance de ses sentiments s'avère alors ardue et il éprouve des difficultés de réflexion sur ses propres états mentaux et ceux d'autrui. En cas d'émotion intense, l'enfant peut avoir du mal à concevoir que son expérience interne diffère de la réalité externe (on parle alors du mode « équivalent psychique »), ou bien, l'attention de l'enfant est centrée sur l'extérieur et les dangers qu'il représente, et l'enfant a du mal à prendre en compte sa propre expérience affective (on parle alors de mode « fictif ») (Chabot et al., 2015).

2.1.3.3. Schémas utilisés

Afin de construire nos fiches d'ouverture et d'observation, notre grille d'items et d'élaborer notre stratégie thérapeutique, nous nous sommes appuyé sur les concepts décrits ci-dessus. Nous avons également consulté plusieurs grilles d'évaluation scientifique, qui ont guidé notre réflexion et surtout l'élaboration des questions de notre fiche d'ouverture : Toronto Alexithymia Scale, Basic Empathy scale, Perceived Stress Scale, échelle de régulation émotionnelle DERS-F, échelle de Montgomery et Asberg, d'Hamilton, RFQ* (*Reflective Functioning Questionnaire*, cf. Annexes, p. 75).

Les jeunes que nous avons rencontrés à la maison d'enfants de Bosgenet se sont montrés particulièrement réceptifs au fait que l'art-thérapie était une thérapie non-verbale. Nombre de ces échelles nous ont donc inspirée/orientée, sans que nous puissions en faire un usage direct, tant le passage par les mots semblait, dans ce contexte, faire l'objet de méfiance, de défiance, et être simplement mal venu, notamment pour la construction en si peu de temps de la confiance qui sous-tend une alliance thérapeutique de qualité.

– *La fiche d'ouverture*

Elle intègre tous les éléments importants du dossier, ainsi que les informations fournies par l'équipe pluridisciplinaire (cf. Annexes, p. 66). Elle comprend également un questionnaire auquel nous demandons au jeune de répondre. Il permet de se rendre compte de ce que le jeune a compris et retenu de sa situation, ou, du moins, ce qu'il est prêt à en dire. La fiche d'ouverture comprend également un ensemble de questions qui permettent au jeune de nous dire comment il se sent, ce qu'il souhaite pour son avenir et ce qu'il voudrait que l'art-thérapie l'aide à transformer. C'est la fiche d'ouverture qui nous permet de fixer avec le jeune un objectif à la prise en charge, de prendre un engagement signé sur X séances, de commencer à évaluer l'état de base du patient et d'établir nos objectifs art-thérapeutiques généraux et intermédiaires (qui peuvent être amenés à évoluer avec les séances).

– *La fiche d'observation*

Elle représente la mémoire de chaque séance (cf. Annexes, p. 72). Globalement, elle mentionne la technique utilisée, les objectifs travaillés, la consigne principale, le déroulé de la séance, avec les événements marquants pendant la séance, l'état du patient à son arrivée, les événements qui ont pu le préoccuper, les pistes pour la séance suivante.

– *La liste d'items*

Elle comprend tous les éléments qu'il nous semble pertinent d'observer, compte tenu de la situation du patient (cf. ci-dessous, tableau 2). Certains se révéleront inutiles ; d'autres, au contraire, dans le

cours de séances et l'interaction avec le patient, apparaîtront comme des référents cruciaux de la progression de la prise en charge ; d'autres, enfin, feront leur apparition ultérieurement dans la liste. Lors du choix de nos items, nous nous sommes entre autres inspirés de l'article d'Alexandre Chabot *et al.* : « Huit éléments se dégagent, tant du travail d'observation clinique qu'au sein de la documentation scientifique, comme des indices de la capacité de mentalisation. [...] Ces éléments sont la qualité de l'interaction, la régulation de l'attention, la capacité à faire semblant, la régulation de l'affect, la cohérence du discours et de ses modalités d'expression, la richesse de l'élaboration du contenu du jeu, la richesse de l'expression des affects et, enfin, la capacité à exprimer et à reconnaître des états mentaux. » (Chabot et al., 2015)

Nous avons cherché à adapter ce contenu à notre pratique.

Tableau 2 – Liste des items d'observation sélectionnés

Compétences relationnelles	Regard Qualité de l'interaction (au travers de la pratique artistique) Demande d'aide/formuler une difficulté Sourire Expressions faciales Affirmation de soi/faire des choix
Compétences affectives	Investissement dans l'activité Confiance en soi Régulation de l'affect Autonomie Auto-évaluation
Compétences cognitives et comportementales	Régulation de l'attention Persévérance Respect des règles Organisation/planification Flexibilité mentale Energie
Compétences artistiques et esthétiques	Expressivité/Capacité à faire semblant Capacité à imiter Plaisir Créativité/imagination/Richesse d'élaboration Varier les dynamiques Varier l'amplitude ⁶

6 D'après le CNRTL, le terme « amplitude » désigne « dans différents domaines scientifiques, l'écart entre deux points extrêmes d'un mouvement ou d'un phénomène périodique ». Concernant la danse, ou le travail sur le mouvement en général, il s'agira de mesurer la capacité du patient à produire des mouvements dont l'amplitude soit variée : il peut arriver que des personnes ne fassent que des mouvements petits, qui n'engagent guère le corps, ou que des mouvements grands, qui font bouger tout le corps sans nuance ; ou, par exemple, des mouvements qui n'impliquent jamais le haut du corps au-delà des épaules, ou n'impliquent jamais le dos, etc.

– *Fiches d'auto-évaluation*

Elles nous permettent de savoir, en début de séance, si un événement a eu une incidence sur la journée du patient ; en fin de séance, si la séance a été bien vécue par le patient, ce qui permet, le cas échéant, de discuter avec le patient du point qui pourrait avoir posé problème, ou de l'orientation générale des séances (*cf.* Annexes, p. 73 et 74). À ces fiches sera ajouté, à intervalles réguliers, un questionnaire inspiré du Cube harmonique* (Forestier & Aron, 2007, p. 202).

– *Bilans*

En fin de prise en charge, ils permettent de faire le point, d'une part avec le patient, qui relit le bilan et le modifie le cas échéant et, d'autre part, avec l'équipe de l'établissement, sur ce qui a été fait en séance et sur les changements qui sont intervenus, d'envisager la suite (poursuite des séances, recommandation d'activité spécifique...)

2.1.4. *Choix des patients pour l'étude*

À notre arrivée à la maison d'enfants de Bosgenet, nous avons passé deux semaines avec les jeunes et les éducateurs. Ce temps s'est avéré très important puisqu'il nous a permis de rencontrer les jeunes, de participer à leur quotidien et de nous rendre compte de ce qui le compose.

Prenant en compte le contexte, à savoir une institution où la vie du collectif prend évidemment beaucoup de place, où l'espace de la vie privée est, quant à lui, restreint et contraint par l'organisation du quotidien et la nécessité de transmettre les informations (rendez-vous médicaux, prises de médicaments, appels téléphoniques, visites, événement imprévu...), nous avons souhaité placer l'art-thérapie dans une sphère intime, où la participation n'est possible que sur la base d'un volontariat actif. Il s'agissait de dessiner à l'intérieur du cadre institutionnel un espace à part. Il s'agissait aussi d'échapper à une définition trop hâtive de notre activité. Nous avons donc renoncé à notre première idée, qui était d'afficher un document explicatif, définissant l'art-thérapie et synthétisant les conditions et les objectifs d'une prise en charge art-thérapeutique. Nous avons également insisté, dans nos discussions avec les jeunes, sur le fait que nous ne recevions pas tout le monde. En effet, pour beaucoup de jeunes, il paraissait évident que tous auraient droit de participer. D'une part, en raison de contraintes de temps, cela était impossible, et, d'autre part, il nous semblait que cette compréhension des choses pourrait porter préjudice au bon déroulé des séances, puisqu'elle s'appuyait sur une démarche passive – « avoir droit à » – plutôt que sur un positionnement actif et volontaire.

A partir de là, guidée par la lecture des dossiers et surtout par les discussions avec les éducateurs, qui nous indiquaient certains jeunes qui leur causaient particulièrement de l'inquiétude ou qui se montraient particulièrement difficiles, nous avons cherché à entrer en contact avec, non plus seulement les jeunes qui venaient naturellement à nous, mais aussi ceux qui ne venaient pas.

L'inclusion des patients dans cette étude s'est donc finalement faite sur la base d'une rencontre. Tous ne sont pas venus spontanément nous parler, mais tous, après une discussion – pour certains, après un temps de réflexion –, ont pris la décision de venir en art-thérapie, avec la conscience qu'il ne s'agissait pas d'une activité ou d'une prise en charge imposée, mais d'un choix de leur part. Du fait du contexte particulier de la maison d'enfants et de notre positionnement quant à l'art-thérapie, cela nous semblait être le seul préalable à l'inclusion dans la présente étude.

– *Des cas d'exclusion*

A notre arrivée à la MECS*, certains enfants se trouvaient dans des situations difficiles (inquiétude à l'approche d'une audience, doublée de relations particulièrement complexes et tendues avec la famille). Ces enfants se montraient volontaires pour l'art-thérapie, mais il a été décidé, en réunion d'équipe, du fait de ces situations et de la durée extrêmement courte de notre stage, que nous ne les recevions pas.

2.1.5. *Stratégies thérapeutiques*

– *Un cahier d'art-thérapie*

Afin de remplir notre objectif de positionnement de l'art-thérapie comme espace à part au sein de la maison d'enfants, nous avons remis à chaque jeune pris en charge un cahier d'art-thérapie. Il s'agissait d'un cahier constitué de huit feuilles de couleurs différentes. Les jeunes étaient invités à le choisir parmi d'autres cahiers aux couleurs et à la reliure différentes. Ils étaient invités à le décorer pendant la séance d'ouverture et à y noter les dates et horaires des séances, qui étaient toutes fixées au début de la prise en charge. C'était un objet qui leur appartenait, qu'ils n'étaient pas obligés de rapporter en séance, dont ils pouvaient s'emparer comme ils le souhaitaient. L'objectif pour nous était pluriel :

- les responsabiliser, afin que le moment des séances n'ait pas à être rappelé par les éducateurs ;
- offrir quelque chose sans contrepartie désignée/attendue. C'est-à-dire faire confiance ;
- introduire l'idée que l'art-thérapie est un cadre dont il est attendu qu'ils s'emparent mais sans que leur soit délivré pour cela un mode d'emploi et des objectifs extérieurs à ceux qu'ils se fixeront.

Il va sans dire que les éducateurs et la direction disposaient de la liste des enfants pris en charge, et étaient prévenus des dates et heures des séances.

Il leur avait été simplement demandé de ne pas dire aux autres jeunes qui était pris en charge, de ne pas afficher le calendrier des prises en charge dans les bureaux.

Outre l'autonomisation, cela avait aussi pour but de permettre aux jeunes bénéficiant de séances d'art-thérapie de ne pas être obligés de parler de leurs séances avec leurs pairs. Evidemment, l'objectif n'était pas de garder les choses secrètes ou de créer du mystère autour des séances. De fait, tout le monde a très rapidement su qui allait ou pas en art-thérapie. Ce que nous cherchions à préserver, et qui a été très bien compris et soutenu par l'équipe, c'est le fait que l'art-thérapie fasse partie de la vie privée des jeunes.

– *Assouplir, identifier, intensifier*

Avec, en référence, les TBM* et l'apport des neurosciences concernant le système de l'attachement, la régulation émotionnelle et la capacité de mentalisation, notre travail a d'abord consisté à créer un cadre protégé et une alliance thérapeutique forte.

A partir de là, nous avons surtout travaillé à assouplir ce que les jeunes proposaient :

- assouplir leur rapport au mouvement : les amener, notamment par l'imitation, à découvrir les possibilités articulatoires du corps, leur permettre de s'apercevoir qu'ils n'utilisent qu'une partie de ces possibilités, et que le mouvement est expression ;
- assouplir leurs croyances quant à leurs capacités : faire, même maladroitement, crée la possibilité d'un changement ; répéter ne consiste pas à refaire la même chose, mais à creuser un sillon, à permettre l'amélioration ;
- assouplir leur compréhension des situations ou des textes : introduire l'idée que l'interprétation d'une situation/d'un événement/d'un texte est subjective.

Il s'est aussi agi pour nous de leur permettre d'identifier leurs états mentaux. Pour cela, nous avons rapidement introduit des temps d'écoute musicale en début et en fin de séance, à propos desquels il était demandé aux jeunes de créer des associations : nommer des couleurs ou, progressivement, décrire des paysages qui leur paraissaient résonner avec la musique écoutée ; élaborer mentalement un paysage et observer comment la musique pouvait venir le bouleverser.

Dans le but conjoint d'identifier les états mentaux et d'assouplir leur interprétation, nous avons également demandé à certains jeunes de jouer (avec des instruments de musique) certains états ou des paysages (ex : un paysage de campagne successivement avant, pendant, après l'orage)

Enfin, notre travail a également consisté à attirer leur attention sur ce qui leur semblait des détails – une démarche, un regard, une musique – afin d'intensifier la réception qu'ils en avaient et en favoriser l'interprétation, c'est-à-dire, d'une part, l'action d'expliquer, de chercher à rendre compréhensible, et d'autre part, l'action de donner un sens personnel, parmi d'autres possibles, à un acte, à un fait.

Par toutes sortes de jeux et d'exercices sur le mouvement, c'est aussi la conscience des sensations corporelles qu'il s'agissait d'intensifier, afin que le corps puisse être investi différemment.

Notre stratégie, en tant art-thérapeute, a donc consisté, d'une part, à observer intensément, et chercher à reprendre et valoriser tout ce que les jeunes proposaient, et, d'autre part, à « faire jouer », « introduire du jeu » dans la réalité : proposer des activités ludiques, vectrices de plaisir, mais surtout suggérer et soutenir une forme de diversité dans la compréhension, l'interprétation, la mise en forme des événements, des comportements, des mots.

2.1.6. *Durée de la recherche*

Le stage d'une durée de 140 heures s'est déroulé entre le 19 mars 2018 et le 13 mai 2018.

2.1.7. *Retombées attendues*

Les retombées attendues d'une telle recherche sont de trois ordres :

- *les patients* : une amélioration de l'état des patients, au regard des objectifs art-thérapeutiques posés et de l'objectif que s'est fixé le jeune ;
- *l'institution* : l'intégration de l'art-thérapie dans les prises en charge des enfants accueillis à la maison d'enfants de Bosgenet ;
- *la recherche* : la possibilité de confronter, préciser et adapter les outils élaborés ici à d'autres publics victimes de maltraitements (jeunes en centre éducatif fermé, adultes souffrant de troubles de la personnalité, de troubles de la conduite alimentaire, d'addictions...) ; la possibilité de poser les bases d'un travail en aller-retour entre pratique et recherche, à partir des bases théoriques ébauchées ici.

2.1.8. *Organisation des séances*

- *Les lieux*

Les séances sont organisées sur trois lieux différents, en fonction de la technique choisie. Elles se déroulent :

- au « bureau médical » pour les prises en charge en écriture et/ou arts plastiques. Le bureau médical se trouve dans le bâtiment principal du château de Bosgenet. Il sert pour certaines consultations médicales, pour le stockage des médicaments et pour leur prise. Il s'agit d'une pièce carrelée d'environ 30 mètre carrés, meublée d'une armoire, d'un canapé, d'un bureau et de trois sièges. C'est là que nous avons mené les séances d'ouverture ;
- au « gymnase », pour les prises en charge en théâtre. C'est habituellement là qu'ont lieu

les activités sportives quand le temps ne permet pas d'être dehors. C'est une pièce d'environ 100 mètres carrés, qui occupe le rez-de-chaussée d'une aile du château. Elle est relativement isolée, mais possède un pan de mur vitré, nécessaire pour laisser entrer la lumière. Nous l'avons occupée de manière à être peu visibles de l'extérieur. Le gymnase est parfois occupé par les activités sportives et c'est une salle qui résonne énormément. Ce sont des données que nous avons dû prendre en compte.

- La « petite maison », pour les prises en charge en musique et chant/mouvement. Il s'agit d'une maison d'habitation située dans le parc du château. Elle permet aux enfants de passer des week-ends avec leur famille dans un cadre sécurisé, mais avec une relative indépendance. Elle est généralement utilisée avant la réinstauration des visites au domicile. Le salon, que nous avons utilisé mesure environ 15 mètres carrés.

- *Les dates et les horaires*

Les horaires ont été fixés en fonction des disponibilités des jeunes. Les séances ont essentiellement lieu le mercredi et le soir. Les dates ont pris en compte à la fois les disponibilités des jeunes et la nécessité de leur proposer à chacun un nombre de séances à peu près équivalent (au moins six).

Ainsi, les jeunes bénéficient-ils au minimum d'une séance par semaine et, une semaine sur deux, ils bénéficient d'une deuxième séance hebdomadaire.

- *Le corps de la séance*

Tableau 3 – Organisation d'une séance d'art-thérapie sur une heure

Durée	Étapes
5 minutes	- Temps d'accueil - Feuille d'auto-évaluation : comment te sens-tu en début de séance ? - Échange verbal à propos des éventuels événements concernant le jeune, de la semaine écoulée
5 minutes	- Écoute musicale - Quelques mots au sujet de la musique (nommer des couleurs, décrire un paysage...)
15 minutes	Échauffements (corps et/ou voix)
25 minutes	- Improvisations (mouvement et/ou voix) et/ou - travail d'élaboration/création
5 minutes	- Écoute musicale - Quelques mots au sujet de la musique (nommer des couleurs, décrire un paysage...)
5 minutes	- Feuille d'auto-évaluation : comment te sens-tu après la séance d'art-thérapie ? - Temps de parole au sujet de la séance et/ou de la prochaine séance

Il est important de noter que la séance s'adapte au jeune, à son état du moment ou ses difficultés. Ceci est donc représentatif d'une séance telle qu'elle a été préparée, mais pas telle qu'elle a eu lieu.

2.1.9. *Évaluation des séances*

Pour chaque séance d'une heure, nous nous sommes ménagé immédiatement après un temps d'évaluation et de cotation de trente minutes, ce pour avoir précisément en tête tous les éléments et détails de la séance.

C'est à ce moment que sont complétées les fiches d'observation et la grille d'items, que sont notés les grandes lignes de la prochaine séance, ainsi que les éventuels besoins spécifiques de matériel.

Les séances sont aussi évaluées au moyen des feuilles d'auto-évaluation. Celles-ci nous ont surtout permis de constater une assez grande différence entre les préoccupations ou inquiétudes dont certains jeunes pouvaient nous faire part, notamment en début de séance, et la manière dont ils remplissaient la feuille d'auto-évaluation, sur laquelle ils s'estimaient toujours « content ».

Nous avons aussi pu constater que d'autres jeunes paraissaient beaucoup plus détendus et souriants après la séance, mais que, s'ils s'étaient considérés « inquiet » en début de séance, ils auraient tendance à noter à nouveau « inquiet » en fin de séance.

Ces attitudes nous ont interrogée, sans que nous puissions y apporter avec certitude une réponse. Les hypothèses sont très nombreuses et il faudrait continuer les prises en charge sur un temps long pour voir, peut-être, s'unifier la notation et l'attitude, ou, du moins, voir émerger des éléments d'explication. C'est dans le but d'apporter des éléments de réponse à ces attitudes que nous avons décidé, au cours des dernières séances, de poser des questions plus poussées, isolant le Bon, le Beau et le Bien, dans la lignée du Cube harmonique* (Forestier & Aron, 2007, p. 202).

2.2. Méthodes

2.2.1. *Étude de cas 1 : L*

2.2.1.1. Anamnèse

L est une jeune fille née en 2004. Elle est en 5e et vient d'avoir 14 ans. Elle a été placée sur décision du juge pour enfants en 2015, d'abord en foyer avec une de ses sœurs, puis seule en famille d'accueil et enfin à la maison d'enfants de Bosgenet depuis la fin de l'année 2015.

L est la dernière d'une fratrie de trois sœurs (19 ans, 17 ans et 14 ans). Les parents sont séparés, mais des liens étroits et ambigus persistent. Ils souffrent tous les deux d'une addiction alcoolique.

L voit son père un mercredi et un samedi tous les 15 jours, et sa tante un week-end tous les 15 jours. Elle n'a aucun rapport avec sa mère depuis 7 mois.

L a été placée à la suite d'un accident de voiture où sa mère conduisait en état d'ébriété.

La sœur aînée n'a jamais été placée, mais la sœur cadette a fait, avant L, l'objet d'une mesure de placement, à laquelle elle s'est récemment soustraite.

Le placement de L a été prononcé du fait de graves dysfonctionnements familiaux : violences entre les parents, au sein de la fratrie – notamment de la part de la sœur cadette à l'encontre de L –, négligences systématisées en matière d'hygiène, d'alimentation et de suivi scolaire, rivalité toujours active entre sœurs, alimentée par les parents, avec brimades répétées de la sœur cadette à l'encontre de L.

L semble prise dans un important conflit de loyauté, et se trouve fortement tiraillée entre, d'une part, les injonctions familiales (par exemple, il lui serait notamment demandé de se confier le moins possible aux éducateurs ou à quiconque), et, d'autre part, ce qui est attendu d'elle à la MECS*, à l'école, dans la société en général.

Elle est suivie au CMPP* de Guéret depuis 2008. Elle prend un anxiolytique, du lysanxia⁷.

Elle semble très préoccupée du sort de ses sœurs (une de ses sœurs, la deuxième, semble être SDF) et de sa mère.

L semble bien accepter le placement. Elle est appliquée et impliquée à l'école, elle a des amis au collège comme à la MECS*. À bien des égards, elle semble avoir choisi son camp : elle suit avec plaisir les règles d'hygiène de la MECS*, se confie à ses éducateurs et aux autres enfants. Mais cela s'accompagne d'attitudes destructrices : L cherche apparemment à se nourrir le moins possible. Elle se mutile « depuis toute petite », à des endroits qui sont cachés par les vêtements, fume en cachette (au prétexte que cela soulagerait l'angoisse et aiderait à ne pas manger + « tout ma famille fume »). Elle dit se sentir « plus forte » quand elle ne mange pas et semble fascinée par le sort des anorexiques. Elle dit venir en art-thérapie, « pour que ça [l']aide. Y en a plein qui trouvent [qu'elle est] refermée sur [elle-même] ».

2.2.1.2. Objectifs thérapeutiques

Objectifs intermédiaires : Favoriser l'affirmation de soi/capacité à faire des choix

Favoriser le lâcher prise

Améliorer la capacité de mentalisation

Objectifs généraux : Améliorer la régulation émotionnelle

Favoriser l'estime de soi

⁷ Effets secondaires du Lysanxia : Sensation d'ivresse, maux de tête, fatigue, somnolence (en particulier chez la personne âgée), cauchemars, ralentissement des idées, faiblesse musculaire, vision double, baisse de la libido, éruption cutanée avec ou sans démangeaison.

2.2.1.3. Séances d'art-thérapie

Les séances avec L ont lieu dans la « petite maison », sauf la séance 1, séance d'ouverture, qui a lieu dans le « bureau médical ».

Une seule consigne générale a été déclinée sur l'ensemble des séances : créer des associations entre sons, musique, mouvements, mots, images, par le biais d'activités semi-dirigées à libres, passives ou actives

– Séance 1

Nous avons proposé à L de choisir un cahier d'art-thérapie parmi les 3 modèles que nous lui avons apportés, puis de le décorer pendant que nous remplissions ensemble la fiche d'ouverture.

L a rapidement choisi un cahier, mais n'a ensuite rien dessiné/rien collé dessus.

L se montre assez bavarde. Elle passe d'un sujet à un autre. Elle parle peu de ses états mentaux, plutôt de ce que d'autres ont dit ou fait.

Les pratiques artistiques qui l'attirent le plus sont le chant et le théâtre.

– Séance 2

Étapes	Déroulement
Temps d'accueil Fiche d'auto-évaluation	- L nous dit s'être à nouveau scarifiée. Elle risque de ne pas pouvoir le cacher car une sortie à la piscine vient d'être annoncée. Nous mentionnons le fait qu'il faut beaucoup souffrir pour se faire ainsi du mal et que c'est une chose que son éducatrice référente doit savoir. Nous ajoutons qu'il y a des risques d'infection. - Fiche d'auto-évaluation
Échauffements physique Échauffements vocal	- Articulations ⁸ + jeux de guidage du partenaire - Bouche fermée, faire circuler le son dans tout le corps ; vocalises (impliquer les pieds)
Improvisations	- improvisations à partir d'un bourdon ⁹ tenu par l'art-thérapeute - conversation à partir d'onomatopées (en utilisant seulement la musique/les intonations des phrases)
Élaboration/création	Chanter <i>Passer ma vie</i> , par HK et les Saltimbanks. L chante cette chanson à la chorale

8 Ce qui est ici appelé « articulations » est un travail d'échauffement inspiré du *Plastic Training* de J. Grotowski. Cela consiste à observer toutes les possibilités de mouvement des principales articulations du corps et à voir où elles peuvent nous mener. Cela implique de la concentration et un imaginaire qui part de l'observation du mouvement. Ici, c'est un travail que nous menons en 5 à 10 minutes suivant la disponibilité et l'implication des jeunes.

9 En musique, on appelle bourdon une ou plusieurs cordes ou anches qui vibrent toujours sur la même note ou forment un accord continu, avec la tonique ou la dominante de la gamme utilisée dans le morceau interprété. Ici, il s'agit d'une note chantée, tenue par l'art-thérapeute, qui sert de point de départ et de référence au patient dans son improvisation.

	de son collègue. Nous lui proposons de créer des gestes en fonction des paroles (mime, charade dansée)
Temps calme	2 minutes allongée sur le sol, concentrée sur sa respiration et les bruits environnants
Temps de parole Fiche d'auto-évaluation	- Ressenti sur la séance + annoncer la séance suivante - Fiche d'auto-évaluation

– Séance 3

Étapes	Déroulement
Temps d'accueil Fiche d'auto-évaluation	- Il y a eu 2 semaines d'interruption dans la prise en charge (vacances) - Fiche d'auto-évaluation
Écoute musicale	<i>Raizes</i> , Amalia Rodrigues → être attentif aux sensations physiques et aux émotions
Échauffements physique Échauffements vocal	- Articulations + jeux de guidage du partenaire (nous lui demandons de garder les yeux fermés pour l'inciter à se concentrer sur ses ressentis) - Bouche fermée, faire circuler le son dans tout le corps ; vocalises (impliquer les pieds)
Élaboration/création	- Chanter <i>Passer ma vie</i> , par HK et les Saltimbanks - danser/mimer le début
Écoute musicale	<i>Adagissimo</i> , BWV 992, Bach → être attentif aux sensations physiques et aux émotions
Temps de parole Fiche d'auto-évaluation	- Ressenti sur la séance + annoncer la séance suivante - Fiche d'auto-évaluation

– Séance 4

Étapes	Déroulement
Temps d'accueil Fiche d'auto-évaluation	- L se montre très volubile. Elle a eu un rendez-vous chez l'allergologue et se découvre allergique à beaucoup de choses. Elle va changer de famille relais. S'en montre ravie. Parle du fait qu'elle ne veut pas appeler la famille relais qu'elle quitte pour lui dire au revoir. Elle a vu son père et une de ses sœurs à l'occasion d'un de ses matchs de football. Elle décrit des faits qui laissent penser qu'elle fait l'objet de moqueries et de méchanceté gratuite de la part de sa sœur. - Fiche d'auto-évaluation

Écoute musicale	<i>Manière de commencement, Morceaux en forme de poire</i> , Satie → être attentif à des couleurs, des sensations, des images qui viendraient
Échauffements physique Échauffements vocal	- Articulations + jeux de guidage du partenaire (nous lui demandons de garder les yeux fermés pour l'inciter à se concentrer sur ses ressentis) - Bouche fermée, faire circuler le son dans tout le corps
Improvisations	- improvisations à partir d'un bourdon tenu par l'art-thérapeute - conversation à partir d'onomatopées (en utilisant seulement la musique/les intonations des phrases)
Élaboration/création	- Chanter <i>Passer ma vie</i> , par HK et les Saltimbanks - Répéter la chorégraphie déjà élaborée et continuer à trouver des mouvements dansés/mimés pour la suite
Écoute musicale	Chant traditionnel ukrainien → citer 2 couleurs
Temps de parole Fiche d'auto-évaluation	- Ressenti sur la séance + annoncer la séance suivante + le fait qu'il ne reste plus que 2 séances - Fiche d'auto-évaluation

– Séance 5

Étapes	Déroulement
Temps d'accueil Fiche d'auto-évaluation	- L semble contente de venir - Fiche d'auto-évaluation
Écoute musicale	<i>Of rdhd</i> , DAAU → visualiser un paysage et observer comment/si la musique le bouleverse/transforme
Échauffements/improvisations	Articulations → faire circuler dans le corps une balle imaginaire qu'on envoie ensuite à l'autre avec n'importe quelle partie du corps → émettre un son quand on envoie la balle → le mouvement disparaît → s'envoyer sans prendre le temps de réfléchir des sons/phrases musicales/onomatopées...
Élaboration/création	- Chanter <i>Passer ma vie</i> , par HK et les Saltimbanks - Répéter la chorégraphie déjà élaborée et continuer à trouver des mouvements dansés/mimés pour la suite
Écoute musicale	<i>Ulysse's Gaze 8</i> , E. Karaindrou → visualiser un paysage et observer comment/si la musique le bouleverse/transforme

Temps de parole Fiche d'auto-évaluation	- Ressenti sur la séance + annoncer la séance suivante + le fait qu'il ne reste plus qu'une séance - Fiche d'auto-évaluation
--	---

- Séance 6

Étapes	Déroulement
Temps d'accueil Fiche d'auto-évaluation	- L a fait un malaise/coup de chaleur la veille. Elle se sent encore faible. Elle se montre aussi perturbée par des événements internes à la MECS*. Elle a besoin de parler de tout cela. - Fiche d'auto-évaluation
Écoute musicale	<i>Brandenburg</i> , Beirut → citer tout de qui est venu (images, couleurs, sensation...)
Échauffements/improvisations	Articulations → faire circuler dans le corps une balle imaginaire qu'on envoie ensuite à l'autre avec n'importe quelle partie du corps → émettre un son quand on envoie la balle → le mouvement disparaît → s'envoyer sans prendre le temps de réfléchir des sons/phrases musicales/onomatopées...
Élaboration/création	- Chanter <i>Passer ma vie</i> , par HK et les Saltimbanks - Répéter la chorégraphie déjà élaborée et finir de trouver des mouvements dansés/mimés pour la suite - filmer la chorégraphie
Écoute musicale	<i>Siciliano. Largo</i> BWV 1017, Bach → citer tout de qui est venu (images, couleurs, sensation...)
Temps de parole Fiche d'auto-évaluation	- Ressenti sur la séance - faire lire à L une ébauche de bilan - conclure sur les prises en charge - Fiche d'auto-évaluation

2.2.2. Étude de cas 2 : R

2.2.2.1. Anamnèse

R est un jeune homme né en 2004. Il a 13 ans. Il est en 4e. Il est arrivé à la maison d'enfants de Bosgenet à la fin du mois d'août 2016.

La mère et le beau-père de R se sont rencontrés en MECS* quand ils étaient adolescents. Leur relation a été émaillée de ruptures jusqu'en 2009. R a 3 frères et une sœur. Il est le cadet. Son frère aîné est né d'une relation entre sa mère et le frère de son beau-père. Il est lui-même né d'une relation de sa mère avec un autre homme. Il est le seul enfant métis de la fratrie et dit en souffrir. Les 2 autres frères et la sœur sont du même père, mais le premier de ces trois enfants n'était pas désiré.

Chaque enfant a été informé des circonstances qui ont présidé à sa naissance en termes plus ou

moins crus. Tous gardent contact avec leur père.

La mère et le beau-père de R sont désormais dans une relation stable. Ils se sont mariés en 2014.

Le beau-père de R travaille de nuit et n'est pas très présent dans l'éducation des enfants.

La mère de R est dotée d'un fort tempérament. Elle fait preuve d'impulsivité et ne supporte pas la contrariété, qui se traduit chez elle par des propos vulgaires, voire orduriers.

Elle laisse peu d'espace à ses enfants, qui doivent se soumettre à tous ses désirs et attentes. Elle annihile les leurs, ne se préoccupant pas de leur développement psycho-affectif.

La famille a un fonctionnement grégaire, qui laisse peu de place à l'individu et qui génère une ambiance explosive. Les relations sont régies par la violence physique ou verbale. Les enfants doivent se faire une place coûte que coûte et lutter pour attirer l'attention sur leur singularité.

C'est d'abord le frère cadet de R qui a été placé, à la demande du juge pour enfants, suite à des comportements le mettant en danger et à une demande d'assistance éducative.

En octobre 2015, la mère de R sollicite son accueil provisoire, car elle craint de ne pas pouvoir se contrôler et de passer à l'acte violemment. En novembre 2015, le retour de R au domicile s'accompagne d'une mesure d'assistance éducative. En août 2016, la mère de R, débordée par les comportements violents de son fils demande à nouveau son accueil provisoire. Il est placé à la maison d'enfants de Bosgenet. Sur les conseils de la grand-mère, la mère de R a demandé spécifiquement le placement de ses enfants dans cette MECS*, où son frère avait lui-même été.

Depuis plus d'un an et demi qu'il est placé à la maison d'enfants de Bosgenet, R attend de retourner chez sa mère. C'est un enfant d'apparence triste et renfermée ; il n'a pas d'activités extra-scolaires et semble peu accessible au dialogue. Il souffre de l'attitude de sa mère, qui ne répond pas à ses besoins affectifs. Il adopte une attitude d'opposition face aux adultes et de violence envers ses pairs, notamment son frère cadet, lui aussi placé à la maison d'enfants de Bosgenet, où il s'est très bien adapté.

Il rend visite à sa mère deux week-ends par mois, une fois seul, une fois avec son frère. A cette occasion, il voit son père, qui s'implique peu dans son éducation.

Contrairement à son frère, R est placé à la demande de sa mère, ce qui complique les relations entre eux, la mère lui promettant qu'il va rentrer et ne demandant pas pour autant son retour.

Bien que R sache que son retour dépend en partie de son comportement, il continue à avoir des résultats et un investissement scolaire médiocres et fait régulièrement preuve de violence, aussi bien au collège qu'à la maison d'enfants. Il se décrit lui-même comme triste et apathique.

R est suivi une fois tous les 15 jours au CMPP* de Guéret en séance individuelle. Il dit ne pas être impliqué dans cette démarche et explique poursuivre parce que sa mère lui a dit que c'était une des conditions de son retour. Il ne prend aucun médicament.

Malgré ce contexte, une fois que R connaît les gens, il aime les faire rire et rêve de devenir humoriste. Il vient en art-thérapie pour « changer son comportement », notamment mettre fin aux violences et aux attitudes provocatrices.

2.2.2.2. Objectifs thérapeutiques

Objectifs intermédiaires : Améliorer l'affirmation de soi/capacité à faire des choix

Améliorer la capacité de mentalisation

Objectifs généraux : Améliorer la régulation émotionnelle

Améliorer l'estime de soi

2.2.2.3. Séances d'art-thérapie

Les séances avec R ont lieu dans le « gymnase », sauf la séance 1, séance d'ouverture, qui a lieu dans le « bureau médical ».

Une seule consigne générale a été déclinée sur l'ensemble des séances : créer des associations entre attitudes physiques et état mental, inférer ou suggérer un état mental à partir de démarches, de mouvements, du rythme et du tempo des mouvements, du son de la voix.

– Séance 1

Nous avons proposé à R de choisir un cahier d'art-thérapie parmi les 3 modèles que nous lui avons apportés, puis de le décorer pendant que nous remplissions ensemble la fiche d'ouverture.

R prend le premier cahier sur la pile, puis le garde à la main et ne le décore pas.

Les pratiques artistiques qui l'attirent le plus sont le théâtre et l'écriture.

– Séance 2

Étapes	Déroulement
Temps d'accueil Fiche d'auto-évaluation	- Il s'instaure que nous allons chercher R dans le bureau des éducateurs de son groupe, où les enfants se réunissent habituellement. - Fiche d'auto-évaluation
Échauffements	Articulations + jeux de guidage du partenaire
Improvisations	- Exploration de l'espace avec la voix : du chuchotis au cri, chercher à faire sonner la voix, faire entendre ce qu'on dit. - Conversation à partir d'onomatopées (musique de la phrase, variation des intonations) - Dire des phrases tirées du journal avec un ton tour à tour triste, joyeux, apeuré, en colère.
Écoute musicale	<i>Ulysse's Gaze</i> 8, E. Karaindrou → citer deux

	mots que la musique lui a évoqués.
Temps de parole Fiche d'auto-évaluation	- Ressenti sur la séance + annoncer la séance suivante - Fiche d'auto-évaluation

– Séance 3

Séance de 30 minutes seulement. R a d'autres obligations.

Étapes	Déroulement
Temps d'accueil Fiche d'auto-évaluation	- Fiche d'auto-évaluation
Écoute musicale	<i>Sandalwood</i> , <i>Moondog</i> → attention aux sensations et émotions
Élaboration/création	Créer 2 personnages à partir de leur démarche : A : gros et grand ; B : petit et nerveux.
Écoute musicale	<i>Adagissimo</i> , BWV 992, Bach → citer deux mots que la musique lui a évoqués.
Temps de parole Fiche d'auto-évaluation	- Ressenti sur la séance + annoncer la séance suivante – nous invitons R à observer et écouter les gens autour de lui pour qu'il puisse se servir en séance des détails qu'il aura observés. - Fiche d'auto-évaluation

– Séance 4

Étapes	Déroulement
Temps d'accueil Fiche d'auto-évaluation	- R vient d'apprendre qu'il ne partirait pas en week-end. Il se dit « dégoûté » et situe son émotion entre la tristesse et la colère. - Fiche d'auto-évaluation
Écoute musicale	<i>Manière de commencement</i> , <i>Morceaux en forme de poire</i> , Satie → attention aux sensations et émotions
Échauffements	articulations + gamme côté à côté ¹⁰ + relâcher/verticalité ¹¹ + imiter une scène mimée.
Improvisations	- Mimer l'attente
Élaboration/création	Personnages : modifier la démarche de A en fonction des 4 émotions fondamentales (joie, tristesse, peur, colère)

10 Les gammes « côté à côté » appartiennent à la technique du mime corporel dramatique, créé par Etienne Decroux. Elles consistent à pencher sur le côté – en barre ou en courbe –, isolément des éléments situés plus bas, la tête, puis le marteau (tête + cou), le buste, le torse, le tronc et enfin tout le corps jusqu'à la cheville. Il s'agit d'une découverte dirigée des possibilités de mouvement du corps. Nous l'avons utilisée lorsque les jeunes semblaient mal-à-l'aise avec le *Plastic Training* (cf. note 1). Elles permettent de développer un imaginaire qui part du mouvement et de canaliser l'énergie.

11 Par ces termes, nous faisons référence à un exercice de mime corporel dramatique qui vise à affiner la perception de ce qu'implique, pour chaque partie du corps, le fait de se tenir droit, en termes de posture, mais aussi d'énergie.

Écoute musicale	<i>Gnossienne 3</i> , Satie → nommer au moins 2 couleurs ou décrire un paysage
Temps de parole Fiche d'auto-évaluation	- Ressenti sur la séance + annoncer la séance suivante - Fiche d'auto-évaluation

– Séance 5

Étapes	Déroulement
Temps d'accueil Fiche d'auto-évaluation	- La mesure de placement de R doit être réexaminée dans 2 jours. Il se dit inquiet. - Fiche d'auto-évaluation
Écoute musicale	<i>Ofrdhd</i> , DAAU → citer 2 couleurs
Échauffements	- Articulations : je lui propose de travailler en autonomie. Il décide qu'il préfère me suivre. - Gamme côté à côté : reprendre et préciser - Relâcher/verticalité
Élaboration/création	- Isoler une action simple : boire un verre d'eau et préciser l'action jusqu'à pouvoir en compter les mouvements et obtenir toujours le même compte - Personnages : A : travail sur la rapidité et la lenteur de la marche en fonction des émotions fondamentales + préciser la positions du haut du corps et des bras en fonction des émotions ; B : démarches en fonction des 4 émotions fondamentales
Écoute musicale	<i>Raizes</i> , Amalia Rodrigues → décrire un paysage en rapport avec la musique
Temps de parole Fiche d'auto-évaluation	- Ressenti sur la séance + annoncer la séance suivante - Fiche d'auto-évaluation

– Séance 6

La séance 6 a été annulée. R avait rendez-vous le vendredi, dans sa ville d'origine, pour l'examen de sa situation de placement. Il devait passer le week-end chez sa mère. Il y est donc allé dès le vendredi soir au lieu du samedi matin.

– Séance 7

Étapes	Déroulement
Temps d'accueil Fiche d'auto-évaluation	- Au moment où je viens chercher R, les éducateurs et les autres jeunes me disent qu'il a mal au ventre et qu'il ne voudra sans doute pas venir en art-thérapie. Je lui pose la question. Il sourit et décide de venir. - Nous rappelons à R qu'après cette séance, il n'en reste plus qu'une.

	- Fiche d'auto-évaluation
Écoute musicale	<i>Maybe I</i> , Meredith Monk → citer 2 couleurs
Échauffements	- Articulations : je lui propose de travailler en autonomie. Il préfère me suivre. - Gamme côté à côté - Relâcher/verticalité
Élaboration/création	- personnages : A: choisir le tempo de la marche en fonction des émotions + 1 nom et 1 métier ; R refuse de chercher une voix pour A. B : définir la position du haut du corps et des bras en fonction des émotions.
Écoute musicale	<i>Adagissimo</i> , BWV 992, Bach → citer 2 couleurs et/ou décrire un paysage (la musique a déjà été écoutée lors d'une précédente séance)
Temps de parole Fiche d'auto-évaluation	- En fin de séance, R nous dit qu'il aurait voulu faire du théâtre qui « parle ». Nous lui indiquons que c'est une étape qu'il a régulièrement refusée (S2, S5, S7). Il reconnaît que ça lui paraît trop difficile. Il semble s'apercevoir d'une incohérence entre ses désirs et ses comportements. - Nous lui rappelons qu'il ne reste plus qu'une séance et lui discutons de ce qu'il souhaite faire pendant cette dernière séance - Fiche d'auto-évaluation

– Séance 8

Étapes	Déroulement
Temps d'accueil Fiche d'auto-évaluation	- Nous rappelons à R que c'est la dernière séance. - Fiche d'auto-évaluation
Écoute musicale	<i>Sandalwood</i> , Moondog → citer 2 couleurs (la musique a déjà été écoutée lors d'une précédente séance)
Échauffements	- Articulations : je lui propose de travailler en autonomie. Il préfère me suivre. - Gamme côté à côté - Relâcher/verticalité
Élaboration/création	- personnages : B : définir le tempo des démarches en fonction des 4 émotions fondamentales. Comparer les deux personnages. En déduire par contraste des traits de caractère pour l'un et l'autre.
Écoute musicale	<i>Ulysse's Gaze 8</i> , E. Karaindrou → citer 2 couleurs et/ou décrire un paysage/une image (la

	musique a déjà été écoutée)
Temps de parole Fiche d'auto-évaluation	<ul style="list-style-type: none"> - Ressenti sur la séance - Faire lire à R une ébauche de bilan - Conclure sur les prises en charge - Fiche d'auto-évaluation

PARTIE III – RÉSULTATS

C'est notamment à partir des « indices de la capacité de mentalisation » cités au paragraphe 2.1.3.3. que nous avons élaboré notre grille d'items. Nous n'avons pas repris tous les indices cités. Certains ne pouvaient pas s'intégrer dans le cadre de notre prise en charge. Mais ils ont guidé la manière dont nous avons construit nos séances, notre choix d'items et sa cotation. En ce qui concerne la cotation, reprenant l'exemple du RFQ* (*Reflective Functioning Questionnaire*, cf. Annexes, p. 75), nous avons cherché à évaluer, non pas l'amélioration constante d'une donnée, mais l'adaptation d'un comportement aux circonstances, à l'environnement, dans lesquels il advient. Ainsi, les items sont tous cotés de 1 à 5, où 5 représente le comportement adéquat, adapté à la situation, et 1 le comportement le moins adapté à la situation ou une absence de réaction dans un contexte qui aurait pu donner lieu à une réaction.

3.1. L

3.1.1. Évaluations

Pour L, plusieurs items de notre liste de départ sont peu pertinents :

- le regard : elle regarde toujours droit dans les yeux, sans gêne ou timidité ;
- le sourire : elle sourit de manière adéquate par rapport à l'environnement et aux événements ;
- la confiance en l'autre : aucun élément n'est intervenu qui fasse varier cet item, que nous avons coté à 4 – soutenue – tout au long des séances.
- l'énergie et l'investissement dans l'activité ne varient pas, presque au plus haut des cotations.

Un item spécifique a été ajouté, concernant L. Il s'agit des « expressions faciales ». En effet, un jeu, celui des « conversations à partir d'onomatopées », a suscité à chaque fois des marques de concentration extrême, d'hésitation, qui semblaient en décalage avec la consigne : imiter à partir d'onomatopées la musique d'une véritable conversation ; en décalage, également, avec le plaisir que L disait trouver dans cette activité, et dont elle faisait montre.

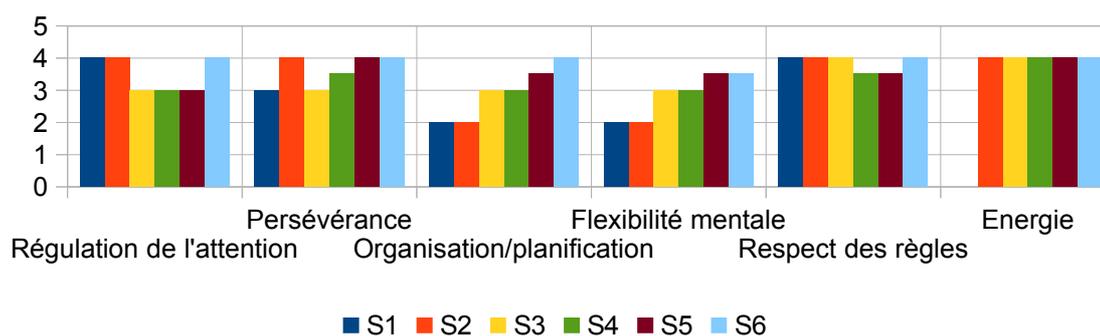
Le comportement de L en séance revêtait plusieurs points saillants, qui nous ont interrogée et sur lesquels nous avons cherché à travailler :

- L semble absente à son corps : il lui arrive de s'absorber dans le travail de création chorégraphique, mais il peut aussi lui arriver d'effectuer les échauffements en parlant d'autre chose, machinalement.
- L est dans une imitation que nous pourrions également qualifier de machinale, d'adhérante,

aussi : sa manière de s'investir dans l'activité est d'imiter ce que nous faisons. Il ne s'agit pas alors de chercher la précision ou une intelligence du geste, mais de faire en même temps d'une manière qui semble presque réflexe, à tel point que se défaire de cette attitude pour faire des propositions ou être à l'écoute de ses sensations semble lui demander un effort important.

– *Compétences cognitives et comportementales*

COMPETENCES COGNITIVES & COMPORTEMENTALES



Observations :

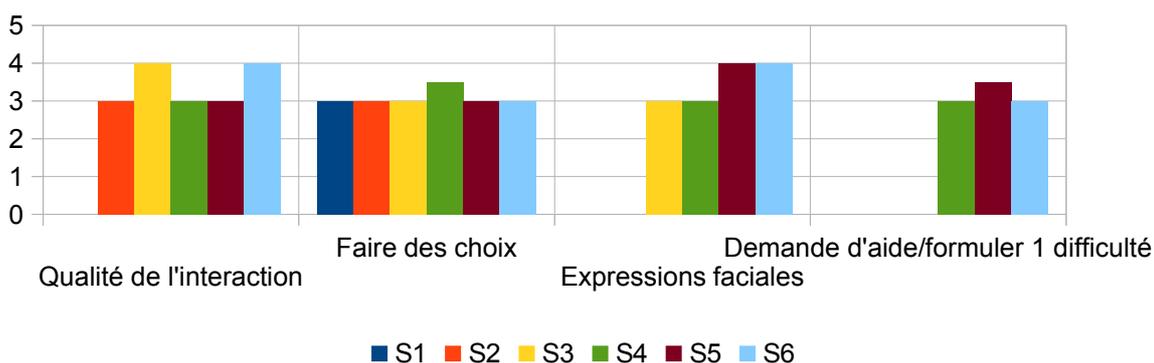
L présente des difficultés relatives à la régulation de l'attention : un événement au sein de la maison d'enfants, un coup de téléphone, un rendez-vous, peuvent teinter sa journée entière, et elle ne parvient pas alors à se concentrer pleinement sur autre chose. Cela peut entraîner un moins bon respect des règles, non pas par défi ou par opposition, mais parce que ses ressources attentionnelles sont mobilisées ailleurs. Si des activités axées sur les sensations internes et sur le lâcher prise sont parfois restées sans effet sur ses préoccupations du moment, l'activité de création chorégraphique lui a toujours permis de rassembler ses ressources et de se concentrer. Pendant le travail chorégraphique, elle parvient peu à peu, de manière néanmoins guidée, à faire preuve d'une plus grande flexibilité mentale pour jouer avec les mots, en détourner le sens, mettre au point des charades mimées, s'éloigner un peu d'une forme de « concrétude » quant aux paroles de la chanson à partir de laquelle nous travaillons. Ceci est un indicateur positif pour l'objectif « Améliorer la capacité de mentalisation ».

Ce faisceau d'items nous semble refléter l'effort d'adaptation important de L : elle fait montre d'une énergie constante, d'un assez bon respect des règles, d'une assez grande persévérance. Il est probable que tous ces items bénéficieraient d'une meilleure régulation attentionnelle. C'est un point que nous avons cherché à travailler de différentes manières : l'écoute musicale, les échauffements

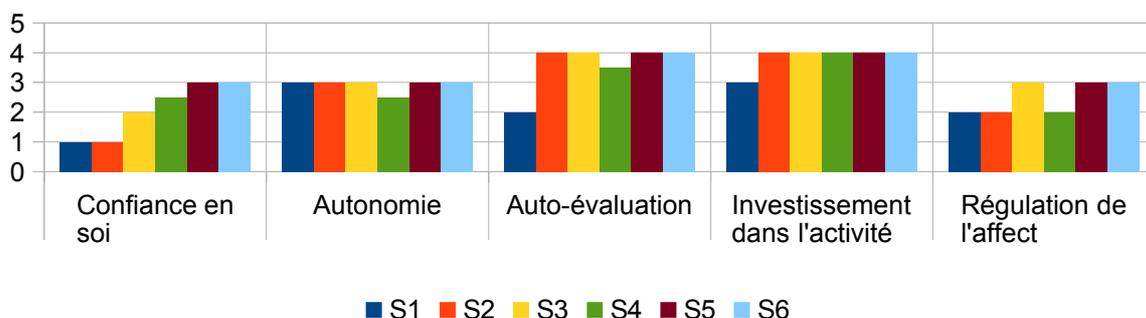
les yeux fermés pour l'aider à se concentrer sur ses sensations, la création chorégraphique. Tous ces éléments de l'atelier visaient à lui donner l'occasion de s'absorber dans une tâche, à favoriser une mentalisation qui privilégie une meilleure compréhension de ses états mentaux, une moins grande vulnérabilité à la contagion émotionnelle ou au stress.

– *Compétences affectives et relationnelles*

COMPETENCES RELATIONNELLES - L



COMPETENCES AFFECTIVES - L

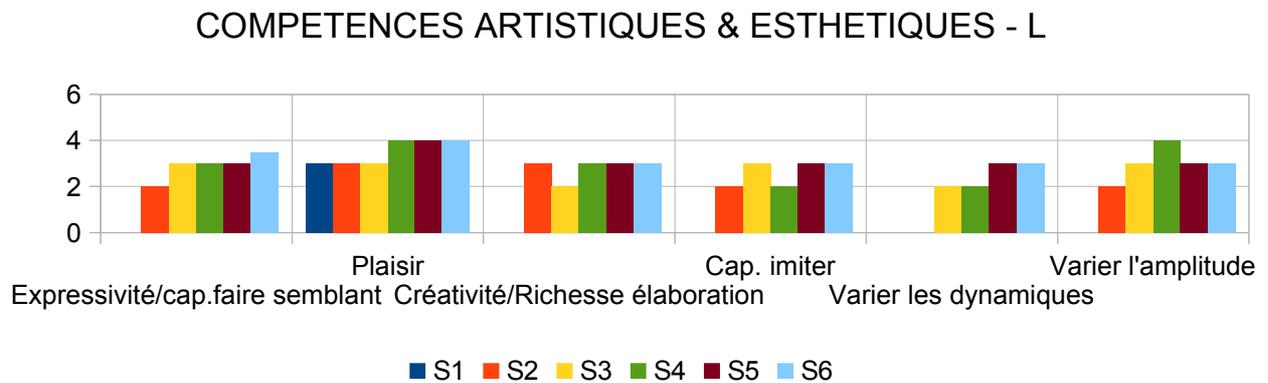


Observations :

On peut observer que ces compétences restent en majorité à un niveau assez bas et n'évoluent guère. La confiance en soi s'améliore néanmoins, favorisée, probablement, par la création d'une chorégraphie, qu'elle voit évoluer de séance en séance et dont elle se souvient d'une séance à l'autre. L'affirmation de soi, le fait de faire des choix, reste hésitante : L ne s'émancipe pas d'un besoin d'approbation et reste dans le cadre d'activités semi-dirigées. Néanmoins, le fait qu'elle puisse demander de l'aide/formuler une difficulté nous semble être un indicateur positif dans la mesure où

il témoigne d'une attitude de moindre adhérence à tout ce que nous proposons. Enfin, l'item « expressions faciales » montre que celles-ci ont tendance à devenir plus cohérentes, ce qui, avec l'amélioration de la régulation de l'affect est plutôt positif quant à l'objectif « Favoriser le lâcher prise »

- *Compétences artistiques et esthétiques* (pour une définition de « amplitude », voir p. 26)



Observations :

Si le niveau de ces compétences a tendance à rester faible, l'évolution des items est positive. Ils témoignent d'un plaisir qui va croissant et d'un rapport au corps qui s'assouplit : les items comme « varier les dynamiques », « varier l'amplitude » (voir définition p. 25), « capacité à imiter », qui évaluent la dimension physique du travail créatif, en témoignent. Il est probable que d'autres items comme la créativité ou l'expressivité pourraient avec le temps bénéficier de l'amélioration du rapport au corps.

Dans l'ensemble, même si la capacité à faire des choix n'a pas progressé, l'amélioration des compétences artistiques et esthétiques, ainsi que celle de la confiance en soi, ajoutées à une auto-évaluation et un investissement dans l'activité assez forts, sont des indicateurs positifs quant à l'objectif « Favoriser l'estime de soi ».

3.1.2. Bilan

Ci-dessous, le bilan que nous avons remis à l'équipe de la maison d'enfants :

L a bénéficié en tout de six séances d'art-thérapie d'une heure chacune.

Les techniques qu'elle a choisies sont le chant et le mouvement dansé (entre mime et danse) qui a été utilisé pour illustrer la chanson qu'elle avait décidé de chanter.

L a fait preuve d'un investissement soutenu dans l'activité et semble y avoir pris du plaisir.

En début de prise en charge, L a expliqué qu'elle souhaitait que l'art-thérapie l'aide à s'ouvrir un peu plus.

Suivant ce désir, nous avons posé plusieurs objectifs art-thérapeutiques :

Objectifs intermédiaires : Favoriser l'affirmation de soi/capacité à faire des choix

Favoriser le lâcher prise

Améliorer la capacité de mentalisation

Objectifs généraux : Améliorer la régulation émotionnelle

Favoriser l'estime de soi

La réalisation de ces différents objectifs nécessiterait une prise en charge bien plus longue.

La prise en charge s'est axée sur le fait de permettre à L d'explorer un imaginaire ancré dans le corps, ainsi qu'une création et un plaisir immédiats, qui passent par le jeu, la mise en avant des sensations, des associations d'idée libres.

Nous avons donc fait beaucoup d'exercices pour améliorer son schéma corporel et sa conscience kinesthésique. Nous avons abouti à une chorégraphie qui mériterait d'être retravaillée et affinée dans le cadre de la prise en charge.

Au cours des séances, L a développé une conscience corporelle un peu plus fine et un abord positif de sa spontanéité (création ou réaction immédiate). Elle s'est beaucoup investie dans la création de la chorégraphie. La plupart des propositions viennent d'elle et elle s'en souvient d'une séance à l'autre.

Il serait bon pour L qu'elle puisse continuer à développer une relation ludique et créative à son corps, afin qu'il soit source de sensations positives, d'expression et de réalisation de soi.

3.1.3. *Auto-évaluation*

- L s'est révélée être une patiente difficile à canaliser et très volatile. Les cotations d'items en témoignent. Sa manière de parler presque exclusivement d'éléments factuels ou d'événements concrets, de se montrer perturbée sur le mode de la volubilité, sans verbaliser ses états mentaux, nous a renforcée dans l'idée que l'angle de la capacité de mentalisation était probablement pertinent. Il nous semble que, pour être plus efficace, il est nécessaire pour nous d'approfondir nos connaissances des outils des TBM* (analyse et adaptation à l'art-thérapie des axes internes/externes, automatique/contrôlé, soi/autre, affectif/cognitif, cf. en annexe le schéma relatif aux polarités de la mentalisation). Il conviendrait également que L puisse être soumise à un RFQ* (*Reflective Functioning Questionnaire*, cf. Annexes, p. 75).
- Enfin, six séances représentent un temps extrêmement court, surtout avec une personne aussi complexe et changeante. Il faut probablement reconnaître que si notre prise en charge devait se poursuivre, ces six séances seraient rapidement considérée comme le temps nécessaire à

l'établissement de l'état de base et d'une alliance thérapeutique forte.

- Nous avons soumis deux fois à L un questionnaire inspiré du Cube harmonique*, en séance 4 et 6, afin de nous assurer que notre prise en charge était adaptée.

Les questions étaient les suivantes :

- Penses-tu avoir réussi ?
- As-tu trouvé le moment agréable ?
- Ton travail te plaît-il ?

À chaque fois, L a répondu « oui » aux trois questions.

3.2. R

3.2.1. Évaluations

Pour R, nous avons introduit deux items spécifiques : le regard et le sourire, car nous nous sommes rapidement aperçu qu'il était difficile de croiser son regard, et que son sourire, quasiment inexistant, était parfois une manifestation de gêne plutôt que de plaisir.

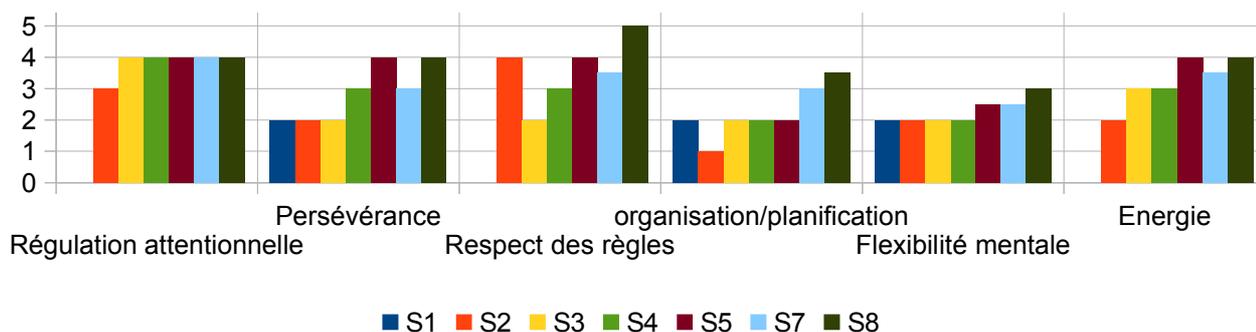
La qualité de l'interaction par la pratique artistique n'a pas pu être cotée efficacement. En effet, R s'est dit gêné par le travail de guidage et par les jeux interactifs que nous avons proposés. Nous n'avons pu évaluer que sa capacité à imiter : afin de travailler à la réintroduction très progressive de jeux interactifs, nous nous sommes beaucoup appuyé sur un travail d'imitation.

Les points qui semblaient saillants chez R quand nous l'avons rencontré étaient son apparente tristesse et son attitude de retrait, qui contrastaient, d'une part, avec les moments où il faisait preuve d'agressivité et de violence et, d'autre part, avec les moments où il faisait preuve d'humour.

Lorsque nous avons commencé les prises en charge, nous avons été marquée par l'aspect extrêmement tenu de toutes ses réactions, manifestations, expressions de plaisir, d'intérêt ou d'investissement. C'est pourquoi, pour analyser notre travail avec lui, nous nous sommes beaucoup appuyée sur la grille d'évaluation des items.

- *Compétences cognitives et comportementales*

COMPETENCES COGNITIVES & COMPORTEMENTALES - R



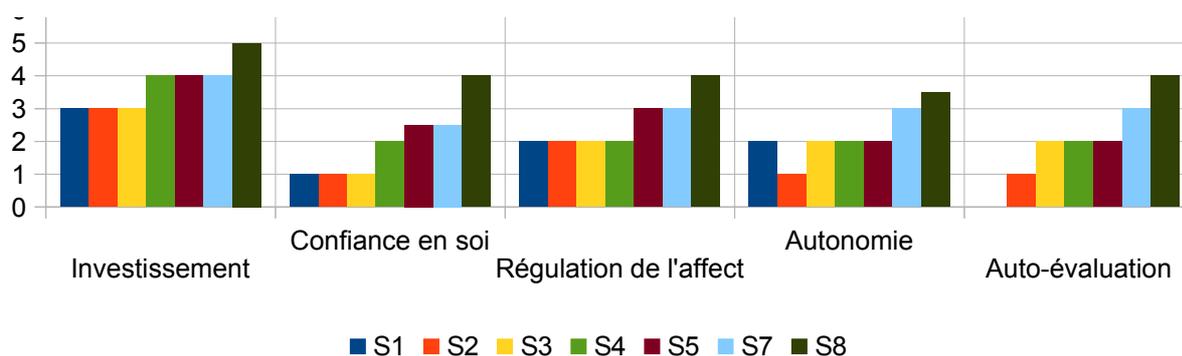
Observations :

Lors de la séance 2, où nous avons effectivement commencé la pratique artistique, R reconnaissait être « tout le temps fatigué ». C'est un des points qui s'est le plus amélioré au cours des séances. R est même venu en art-thérapie alors qu'il se sentait malade. Avec l'amélioration de l'énergie est venue une amélioration de l'organisation et de la persévérance, ce qui, pour l'activité théâtre proposée, se traduit par la capacité à répéter seul, hors du regard de l'art-thérapeute et à venir solliciter cette dernière une fois la proposition aboutie ou suffisamment avancée pour être montrée avec profit. Ce type de comportement ne peut qu'être bénéfique pour l'objectif « améliorer l'affirmation de soi/la capacité à faire des choix ».

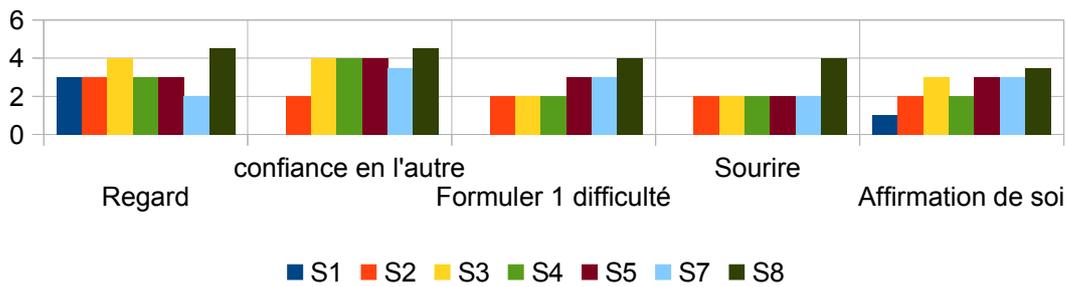
La flexibilité mentale de R s'est elle aussi améliorée. Il s'agit probablement du point sur lequel nous avons le plus travaillé, car nous nous sommes trouvée face à un paradoxe : R souhaitait faire du théâtre mais refusait catégoriquement d'être autre que ce qu'il était. Par exemple, il disait ne pas pouvoir marcher autrement, ne pas pouvoir se tenir autrement, ne jamais marcher qu'avec les mains dans les poches, être « normal », sans recul sur son attitude. Par le biais de l'imitation et la construction de deux personnages à partir de caractéristiques d'abord physiques, sa capacité d'observation des autres s'est améliorée, la compréhension de son point de vue comme étant subjectif aussi. Enfin, il a commencé à inférer des affects à partir d'attitudes physiques, ce qui est positif quant à l'objectif « améliorer la capacité de mentalisation ».

– Compétences affectives et relationnelles

COMPETENCES AFFECTIVES - R



COMPETENCES RELATIONNELLES - R



Observations :

R nous a rapidement fait confiance, ce qui ne semblait pas acquis au début des prises en charge. Il est probable que des éléments extérieurs aux prises en charge soient intervenus, notamment les discussions que nous avons eues avant le début de celles-ci et une autre discussion en séance 3, lorsque nous nous sommes vus contraints de réduire la séance à 30 minutes.

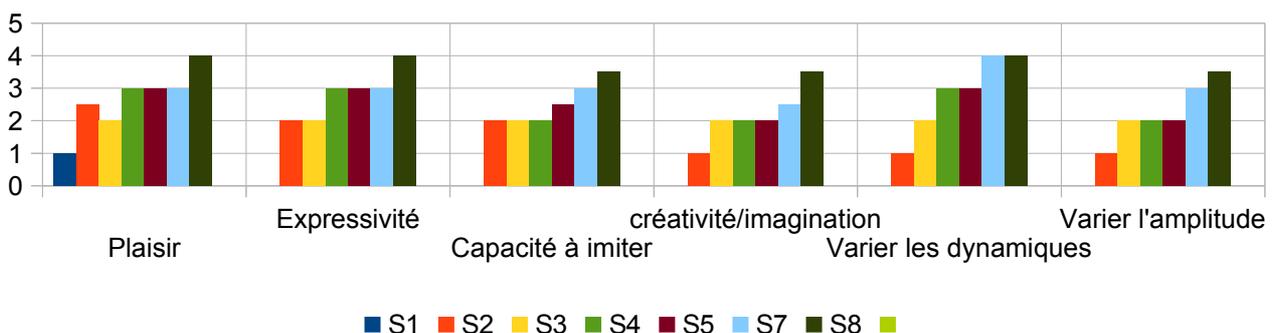
A chaque fois se trouvent verbalisés des éléments tels que notre confiance en lui et notre investissement dans les séances, en tant qu'art-thérapeute.

Il est probable que cette base de confiance a permis la progression des autres items. D'ailleurs, pour plusieurs items, la séance 3 fait office de pivot.

La séance 7 représente un autre moment important. R y témoigne de la déception : il aurait voulu faire du théâtre « qui parle ». Lors de cette séance, s'apercevant que nous lui avons proposé à plusieurs reprises de travailler sur des textes et qu'il a toujours refusé, il se trouve en position de mesurer l'écart à combler entre ses désirs et ses comportements. C'est un élément qui nous paraît décisif pour tous les objectifs mis en place.

- *Compétences artistiques et esthétiques* (pour une définition de « amplitude », voir p. 26)

COMPETENCES ARTISTIQUES & ESTHETIQUES - R



Observations :

La progression des items est générale. Elle est surtout marquée pour la séance 8. Cela peut s'expliquer par la discussion qui a eu lieu en fin de séance 7 sur les désirs et les moyens mis en œuvre ; par le fait que la séance 8 est la dernière séance et que nous aboutissons, pour les deux personnages que nous élaborons depuis le début des séances, à la création d'une personnalité, alimentée par un passé, une attitude face au monde, des motifs psychologiques.

Les items rendant compte des compétences artistiques et esthétiques ne sont pas ceux dont les cotations sont les plus hautes. Néanmoins, ils progressent tous, de manière homogène, ce qui est un bon indicateur concernant l'amélioration de l'estime de soi.

3.2.2. *Bilan*

Ci-dessous, le bilan que nous avons remis à l'équipe de la maison d'enfants :

R a bénéficié de 7 séances d'art-thérapie d'une heure chacune.

La technique qu'il a choisie est le théâtre.

R fait preuve d'un investissement soutenu dans l'activité, et semble y prendre du plaisir.

La prise en charge intervient dans un contexte où il fait face à des nécessités d'orientation scolaire et où il est confronté au fait que ses résultats mettent en péril ses souhaits d'orientation.

Son objectif en venant en art-thérapie est de changer son comportement. C'est en effet une condition de sa réussite scolaire et de son retour dans sa famille.

Pour l'aider dans sa décision, nous avons posé plusieurs objectifs art-thérapeutiques :

- **Objectifs intermédiaires : Améliorer l'affirmation de soi/capacité à faire des choix**
- **Améliorer la capacité de mentalisation**
- **Objectifs généraux : Améliorer la régulation émotionnelle**
- **Améliorer l'estime de soi**

Si, sur 7 séances, l'évolution de R est encourageante (amélioration de la conscience corporelle et de la flexibilité mentale ; amélioration également de la persévérance, de la capacité à répéter – reprendre pour améliorer), il faudrait probablement mettre en place un suivi sur le long terme pour voir s'harmoniser certains points, comme l'autonomie, la confiance en soi, l'affirmation de soi.

Au cours des séances, R a commencé à prendre la mesure de la distance qui existe entre ce qu'il souhaite faire et ce qu'il fait. C'est un premier pas vers l'élaboration de stratégies adéquates pour atteindre ses objectifs. Cela doit s'accompagner d'une valorisation de ce qu'il réussit déjà.

Au cours de la dernière séance, grâce à l'étayage mis en place avec la construction physique de personnages, R a pu déployer un imaginaire, projeter des sentiments et un passé dans les deux

personnages créés, éprouvant ainsi le caractère singulier et subjectif des expériences humaines.

L'objectif d'une prise en charge à plus long terme en art-thérapie pourrait être d'accompagner R jusqu'à ce qu'il puisse intégrer un atelier de théâtre amateur en en tirant tous les bénéfices.

R a su s'emparer, bien au-delà de toutes les attentes, de l'atelier d'art-thérapie comme d'un espace protégé pour assouplir ses attitudes face au monde et gagner en adaptabilité. Il s'est montré très assidu et c'est aussi un point très encourageant au vu des objectifs travaillés.

3.2.3. *Auto-évaluation*

- Perçu au collège, au domicile et à la maison d'enfants comme un jeune agressif et violent, parfois manipulateur, R a présenté en séance d'art-thérapie un visage tout autre.

La pratique du théâtre a cela de particulier qu'elle place les acteurs au centre de l'attention, sans qu'ils aient pour motif la réalisation de prouesses (dansées, chantées, acrobatiques...) Cela les met en situation d'extrême vulnérabilité. Et c'est en apprenant à se tenir consciemment à cet endroit de vulnérabilité que l'acteur acquiert sa force. Il n'est pas certain que R ait été pleinement conscient de ce qu'il laissait transparaître. C'est pourquoi nous avons parlé d' « espace protégé » dans le bilan.

Il faut noter que ce qui s'est passé lors des séances n'a pas été réinvesti à l'extérieur. Ses comportements violents ont continué. Il est certain que R aurait eu besoin de beaucoup plus de temps pour prendre la mesure de ce qu'il avait initié en séance, l'accepter et laisser cela « infuser » son quotidien. La rapidité avec laquelle il s'est emparé de la proposition art-thérapeutique témoigne de son besoin et de son désir de transformer sa situation actuelle.

- Concernant notre pratique, il est intéressant de noter qu'après différents essais laissant une grande place à la liberté et à la créativité, nous avons été amenée à adopter, avec R, mais aussi avec 2 autres jeunes (sur un total de 4 bénéficiant d'un échauffement physique), des échauffements extrêmement dirigés, fondés sur l'imitation et sur des mouvements codifiés à l'extrême (issus du mime corporel dramatique). Sans être en soi une surprise, un tel constat nous semble représenter une piste de réflexion intéressante quant à la manière de débiter une prise en charge en art-thérapie à médiation théâtre/danse auprès de publics souffrant d'un défaut de mentalisation.
- Nous avons soumis deux fois à R un questionnaire inspiré du Cube harmonique*, en séance 7 et 8.

Les questions étaient les suivantes :

- Penses-tu avoir réussi ?

- As-tu trouvé le moment agréable ?
- Ton travail te plaît-il ?

En séance 7, R a répondu « non » à la première question, en précisant qu'à la fin des autres séances il avait eu l'impression d'avoir réussi. A la deuxième question, il a répondu : « normal », et à la troisième question : « moyen ».

Il faut rappeler qu'il se sentait malade et que c'est la séance au cours de laquelle il a questionné le fait que nous n'ayons pas utilisé de texte.

En séance 8, il a répondu « oui » aux trois questions.

PARTIE IV – DISCUSSION

4.1. Apports et bénéfices de l'étude : 100 fois sur le métier, remettez votre ouvrage

Des ateliers d'art-thérapie ont été menés à la maison d'enfants à caractère social de Bosgenet, en Creuse, dans le but d'améliorer la régulation émotionnelle et la capacité de mentalisation de jeunes ayant été victimes de maltraitance. En tout, ce sont six enfants qui ont bénéficié d'ateliers d'art-thérapie.

- Cette étude nous a permis de mettre en pratique les outils dont nous disposions : outils liés à des pratiques artistiques et à la compréhension du phénomène artistique ; outils liés, également, au protocole art-thérapeutique. Ainsi avons-nous pu, avec la création de fiches d'ouverture, fiches d'observation et grilles d'items, mettre en place et éprouver nos outils de travail, ainsi que notre définition de l'art-thérapie.
- Pour élaborer ces outils, nous avons également initié un commerce fructueux entre littérature scientifique et pratique art-thérapeutique. En effet, dans bien des cas, il convient d'adapter nos lectures en neurosciences, psychologie, médecine, à la pratique spécifique de l'art-thérapie, ce qui nécessite une réflexion en aller-retour entre les fondamentaux de l'art-thérapie, ses limites et ses zones inexploitées, l'approche concrète en atelier, et les textes scientifiques.
- De plus, cette étude nous a amenée à pratiquer tout à la fois le théâtre, la danse, le chant, la musique, l'écriture et les arts plastiques, nous permettant d'éprouver à chaque fois les variations dans la posture et le rôle de l'art-thérapeute, nous permettant également, avec les arts plastiques, de travailler aux limites de nos compétences. Grâce à cette situation, nous avons pleinement éprouvé la flexibilité que l'art-thérapeute se doit d'avoir et cela nous a permis de constater, d'une part, la nécessité de nous former en arts plastiques et, d'autre part, le désir que nous avons de développer de nouvelles compétences.
- Enfin, cette étude nous a amenée à reconnaître et à nommer les approches conceptuelles qui résonnaient avec notre pratique :

Les TBM* nous semblent une piste intéressante, qui nécessitera probablement encore beaucoup de recherches et de formation de notre part.

La prise en compte des systèmes, ici, l'institution et la famille, s'est imposée à nous. Et là encore, c'est un terrain d'exploration sur lequel il nous faudra probablement revenir maintes fois.

La présente étude initie donc pour nous le début d'un chemin. A l'image de la pratique artistique, la pratique art-thérapeutique nous semble ne pouvoir s'épanouir que si elle est questionnée et alimentée de l'extérieur.

4.2. Limites de l'étude : évaluer, mettre en commun

- Notre étude se trouve limitée par le fait que nous ne disposions pas de mesures d'échelles scientifiques pour les jeunes pris en charge. Nous avons considéré que nous n'avions ni le temps, ni les compétences pour entreprendre de faire passer ces tests, ne serait-ce qu'à des fins de recherche. De plus, l'art-thérapie a attiré les jeunes, parce qu'elle proposait une prise en charge thérapeutique non verbale, et il est probable que nous aurions perdu l'adhésion de certains jeunes en faisant passer ces tests. Comme nous l'avons déjà dit, ces échelles ont néanmoins été utilisées pour nous permettre d'élaborer notre fiche d'ouverture et ont orienté notre grille d'items.
- Ce point nous amène à constater que notre stage, de 140 heures au total, s'est révélé trop court pour que les jeunes puissent vraiment tirer bénéfice des séances d'art-thérapie. Nous nous sommes plusieurs fois pris à penser que les prises en charge auraient dû se déployer sur toute l'année, en alternance avec les cours, quitte à ce que le nombre de jeunes pris en charge soit moindre. Ainsi peut-être que les progrès réalisés en séances auraient pu également être observables dans le quotidien des jeunes. Enfin, dans un tel contexte, il est probable que des mesures d'échelles scientifiques auraient pu être réalisées par des professionnels habilités.
- Nous avons choisi de présenter dans ce mémoire le cas de L, parce qu'il nous a interrogée. En effet, son comportement pendant les séances, ainsi que l'évaluation de ses items d'observation, montrent une progression ponctuelle et/ou désorganisée et nous amène à nous demander comment L aurait pu mieux bénéficier des prises en charge en art-thérapie. Il est probable que la mise en place d'un travail en réseau avec la psychologue qui suit L depuis dix ans aurait pu s'avérer bénéfique et apporter un autre regard sur nos éléments d'évaluation. Nous continuons à penser qu'il serait pertinent que L bénéficie d'une prise en charge art-thérapeutique, non verbale, axée sur les sensations corporelles.
Des résultats d'échelles scientifiques la concernant pourraient, si une prise en charge devait se poursuivre, se montrer très utiles.
- A certains égards, les ateliers tels qu'ils ont été mis en place à la maison d'enfants de Bosgenet répondent à des conditions de pratique idéales : nous avons bénéficié d'un temps d'observation/rencontre avec les jeunes qui nous a permis d'éviter une forme

« d'institutionnalisation », tous les enfants se sont engagés volontairement à venir, nous avons pu mettre en place des séances individuelles et notre souhait de garder les séances dans la sphère de la vie privée a été respecté par l'institution et les personnels. Ce type de conditions pourra-t-il être imposé hors du cadre d'un stage ? N'est-ce pas avec la rémunération que l'institutionnalisation va s'imposer ?

4.3. Le cadre conceptuel : protéger quoi ?

- Lors de nos prises en charge, nous avons été amenée à signaler à l'équipe de direction le comportement de L qui, dès la 2e séance, nous informait qu'elle s'était scarifiée et qu'elle n'en avait encore parlé à personne. La question s'est pour nous posée de ne rien dire et de lui laisser la liberté d'en parler à sa référente. Nous touchions là aux limites du cadre que nous avons posé en décidant de placer les séances d'art-thérapie dans la sphère privée des adolescents. Après avoir demandé conseil à une art-thérapeute expérimentée, et considérant que L se livrait par là à un acte dangereux pour elle, nous avons décidé d'en parler. Nous avons dit à L que ce qui se passait ou disait en séance resterait confidentiel, sauf s'il s'agissait de quelque chose qui la mettait en danger. Pour les scarifications, le danger se trouvait surtout dans la souffrance dont elles témoignaient.

Par ailleurs, nous nous sommes interrogée sur la raison pour laquelle L avait choisi de nous en parler. Sans que ses raisons nous apparaissent clairement, il nous a semblé qu'il était nécessaire que sa référente soit mise au courant – pour les précédentes scarifications, L lui en avait parlé – afin que L n'échappe pas au système protecteur dont elle bénéficiait à la maison d'enfants.

Cet événement nous a permis de nous interroger sur ce que nous devons réellement garder secret, sur ce qui était vraiment en jeu, vraiment à protéger, lorsque nous évoquons la clause de confidentialité. En effet, au sein de l'institution qu'est la maison d'enfants, il nous a paru très inapproprié d'avoir un « secret » avec une adolescente. En revanche, avoir un lien de confiance nous a semblé tout à fait nécessaire. Simplement, la confiance n'implique pas le secret, mais un comportement de respect. Il nous semble que c'est à partir de telles expériences et de la réception que nous en avons que se dessine, à main levée, la ligne rouge de la confidentialité.

- La question de la protection s'est aussi posée à nous d'une autre manière. Lorsque R nous a dit regretter de ne pas faire de théâtre « qui parle », nous lui avons rappelé qu'il avait toujours refusé nos propositions à ce sujet. Et il semble qu'à ce moment, au cours de la discussion, il ait soudain compris qu'il était en art-thérapie et pas dans un cours de théâtre.

Nous l'avions dit et répété, tout le laissait voir, mais il ne l'avait pas pris en compte. Nous avons cru voir sur son visage qu'il était difficile pour lui d'affronter ce que cela impliquait, c'est-à-dire le fait que ses difficultés ne se laissent pas ignorer. Nous avons alors eu conscience de ce que le cadre de l'art-thérapie rendait possible. Car ces difficultés, en dehors des séances, étaient niées, ignorées, contournées ; expulsées, peut-être, par la violence ; jamais mesurées, regardées en face.

En conclusion, il nous semble que le cadre conceptuel est une construction délicate et unique, qui s'élabore à partir des individualités et des événements, dans l'instant, étayé seulement par une alliance thérapeutique forte et l'attention soutenue de l'art-thérapeute.

4.4. La posture soignante

4.4.1. Préserver l'espace de l'intime

La posture soignante de l'art-thérapeute, telle que nous l'avons éprouvée à la maison d'enfants de Bosgenet, s'inscrit avant tout dans un système de prise en charge plus vaste des jeunes et de leurs problématiques. Il nous semble que c'est en contre-point des autres actions mises en œuvre que l'art-thérapie trouve à s'inscrire, guidée par la question du bien-être des personnes accueillies, dans sa dimension ontologique. La facette d'accompagnement de l'art-thérapie nous paraît également cruciale : accompagnement du processus de transformation du jeune et accompagnement, en séance, de son projet artistique.

Un article paru en 2016, fait ainsi le bilan de deux ans de prises en charge art-thérapeutique en MECS* :

« En tant que pratique clinique, l'atelier d'art-thérapie, par la création artistique et la relation avec la personne qui anime l'atelier, définit une interface qui permet à l'enfant de se recentrer et met au travail la subjectivité. La posture clinique de l'art-thérapeute permet à l'enfant d'être différent de celui qu'il est dans d'autres espaces institutionnels. Sortant pour un temps de la collectivité qui pèse parfois tant en MECS*, l'enfant s'organise autour d'une autre forme de lien social. Le discours n'y est plus régi par la régulation d'un quotidien déterminé par le « on » anonyme et indispensable (Heidegger, 1927), mais autour de la créativité et du ressenti de l'enfant, autorisant quelque chose du « je » soutenu dans l'expression artistique : « mon objet perso à moi ». L'enfant bénéficie ainsi de plusieurs discours et expérimente une autre position subjective dans ces discours. » (« Une expérience d'atelier d'art-thérapie en Maison d'Enfants à Caractère Social : un autre espace clinique / Textes / Psychasoc - institut européen psychanalyse et travail social », s. d.-b)

Un des enjeux de l'intervention en MECS* est en effet, nous semble-t-il, de contrebalancer le poids de la vie en collectivité. Et la manière d'accompagner l'enfant vers l'élaboration de son projet de vie

est de favoriser l'émergence de sa subjectivité, la compréhension de son ressenti, afin que s'élabore un désir personnel, que s'intériorisent des valeurs et des nécessités, qu'il puisse devenir pleinement autonome, vis-à-vis à la fois de sa famille et de la maison d'enfants.

L'atelier d'art-thérapie exige alors de l'art-thérapeute qu'il adopte une position de non-savoir (ne pas être prescriptif, limitatif, ne pas savoir à quoi s'attendre) et qu'il accepte, reçoive et comprenne la subjectivité de son patient, afin de susciter chez lui le désir de faire et d'apprendre de son expérience (Debbané, Fonagy, & Badoud, 2016)

De là se dégage un point qui nous a semblé fondamental dans la position que nous avons adoptée à la maison d'enfants de Bosgenet : l'art-thérapeute s'inscrit pleinement dans le projet personnalisé de l'enfant. Il accompagne un processus de transformation. Il n'a pas pour fonction de révéler ou raviver des événements, des agissements, des souvenirs.

« En MECS*, comme ailleurs finalement, l'atelier a à s'articuler avec d'autres espaces, qui peuvent être eux aussi cliniques. Ces espaces ne sont pas forcément complémentaires, mais peuvent s'articuler dans leur spécificité ; c'est l'inventivité de l'institution (Vigneau, 2012) qui est ici à l'oeuvre dans sa capacité à envisager des liens. Le travail institutionnel de cette articulation des espaces n'est pas simple et est toujours à inventer. » (« Une expérience d'atelier d'art-thérapie en Maison d'Enfants à Caractère Social : un autre espace clinique / Textes / Psychasoc - institut européen psychanalyse et travail social », s. d.-b)

4.4.2. *S'adapter, chercher à comprendre*

Nous l'avons dit, au sein de la maison d'enfants de Bosgenet, l'équipe éducative et de direction est prise, à l'image d'une famille peut-être, dans la gestion du quotidien : faire en sorte que tous les jeunes fassent leurs devoirs, gérer les sorties des uns, les visites ou les audiences des autres, reprendre celui dont le comportement n'est pas acceptable...

Dans ce contexte, dans ce flot d'événements et d'informations, beaucoup de remarques et de comportements ne sont pas interrogés. Pourtant ils expriment.

Et il nous a semblé que c'était un des rôles de l'art-thérapeute de les noter, de les considérer comme porteurs de sens.

À titre d'exemple, au cours de notre stage, nous avons pris en charge deux jeunes pour des séances de groupe. L'un d'entre eux, M, était très volontaire pour venir. Néanmoins, après la première séance, il a dit ne plus être si intéressé, vouloir pratiquer les arts plastiques et non plus l'écriture, vouloir réduire la durée de la séance, etc.

« Ca arrive, ce genre de revirement », nous a dit un membre de l'équipe.

En effet, dans le quotidien d'une famille, dans le quotidien d'une maison d'enfants, cela arrive sans

doute. Mais que dit ce revirement dans le cadre d'une prise en charge art-thérapeutique ?

Il parlait, pour ce cas précis, de la nécessité pour M de tester la relation qui se mettait en place, d'éprouver les limites et l'élasticité du cadre, la rigueur et l'écoute de l'art-thérapeute.

À la suite de cet épisode, il nous a semblé que l'attention que nous portions aux jeunes participait à notre posture d'art-thérapeute, dans la mesure où elle était d'une qualité autre que celle prodiguée par l'équipe éducative. L'attitude de non-savoir et d'acceptation dont nous avons parlé plus haut semble ici fondamentale. Il ne s'agit pas d'obtenir des jeunes un comportement ou un acte, mais d'accueillir ce qui vient, de ne pas évacuer ce qui ne s'explique pas, de ne pas chercher immédiatement une explication. Il s'agit d'accompagner un processus, dont nous ne connaissons pas l'aboutissement.

Il nous a semblé aussi que ce qui distinguait notre approche, dans ce contexte, résidait dans le fait que nous nous tenions à une place – surplombante, pour ainsi dire – qui nous permettait de mettre en exergue, d'interroger, ce qui, dans une relation quotidienne pouvait sembler trop anodin pour être décrypté.

Il nous a même semblé que c'était pour cela que nous étions là : d'une part, pour aller vers certains jeunes, au sujet desquels les éducateurs sentaient que quelque chose leur échappait ; d'autre part, pour donner du sens en donnant de l'attention, pour laisser les jeunes être sous un regard qui ne cherche pas à corriger les dysfonctionnements, les outrances, les rébellions, mais qui note ce qui se dit ou pas ; valorise, aide à préciser ce qui s'exprime, ce qui fonctionne sur le terrain du lien relationnel, de la construction de soi en lien avec les autres.

Et il nous apparaît que cette posture place sans doute possible l'art-thérapeute parmi les professions soignantes, en complémentarité avec, notamment, les éducateurs.

Ainsi, cette étude ne permet guère d'apporter de conclusion ou d'émettre des assertions concernant l'art-thérapie en maison d'enfants. Il faudrait pouvoir travailler avec un échantillon plus grand et dans le cadre d'une collaboration étroite avec des psychologues, en s'appuyant sur des échelles scientifiques. Néanmoins, la théorie de l'attachement et les thérapies basées sur la mentalisation nous apportent des soutiens pour développer et orienter la pratique de l'art-thérapie auprès de jeunes gens victimes de maltraitance, un véritable étayage pour fonder et faire progresser notre pratique, pour asseoir notre posture soignante.

Conclusion

Nous avons présenté ici le résultat de prises en charge en art-thérapie effectuées auprès d'adolescents victimes de maltraitances et placés à la maison d'enfants à caractère social de Bosgenet, dans la Creuse.

L et R, les deux adolescents dont nous avons présenté les résultats, ont travaillé, pour l'une, à partir du chant et des arts du mouvement, pour l'autre, à partir du théâtre.

À travers cette étude, nous avons cherché à déterminer l'impact d'une prise en charge en art-thérapie sur la régulation émotionnelle et la capacité de mentalisation.

Les résultats obtenus ont montré, pour R, un net progrès de tous les items, notamment pour ceux liés à la capacité de mentalisation. Ces progrès qui, en séance, étaient flagrants, n'ont pas permis, néanmoins, de modifications du comportement de R, hors du cadre fixé par l'art-thérapie. Nous avons récemment appris que ses comportements agressifs, violents, moqueurs, continuaient, aussi bien au sein de la maison d'enfants qu'au collège. Etant donné la manière dont R a su s'emparer des séances d'art-thérapie, il nous semble probable qu'une prise en charge sur le long terme pourrait avoir un impact positif sur la trajectoire de cet adolescent.

Les progrès de L se sont montrés quant à eux plus délicats à analyser, tous les items n'ayant pas progressé uniformément.

Nous avons choisi de présenter le cas de L, car il témoigne en lui-même d'un point où l'art-thérapie ne peut agir seule. L est une adolescente très perturbée, issue d'une famille extrêmement dysfonctionnelle. Depuis que nous avons quitté notre lieu de stage, il semble que son état se soit dégradé. Les médecins estiment qu'elle n'est pas en danger. Elle nous semble néanmoins en danger de ne pas réussir à dépasser une forme de « désorganisation de l'être ». Il nous semble que lui apporter de l'aide ne peut passer que par les efforts coordonnés de toutes les personnes qui travaillent auprès d'elle, afin de lui donner accès à des expériences « organisatrices », cohérentes et bienveillantes, dont elle a tant besoin.

Nous mesurons ici à quel point notre compréhension de l'art-thérapie, en tant que lieu où peuvent s'exprimer et être reçus les besoins ontologiques d'une personne, nécessite que l'art-thérapeute soit inclus au sein d'une équipe pluridisciplinaire.

Si ce travail rédactionnel nous a permis de définir notre pratique, il nous a également permis de formuler et d'affûter nos outils conceptuels, ce qui a eu comme bénéfice secondaire, s'il en était besoin, de nous donner à comprendre plus clairement encore notre position de soignant.

Ces outils conceptuels nous incitent naturellement à vouloir poursuivre notre activité professionnelle au contact de personnes dont la relation fondamentale à l'autre a été mise à mal – la trajectoire des adolescents rencontrés a été un sujet fort de préoccupation pour nous, tant elle l'était aux yeux, également, de l'équipe que nous avons intégrée le temps du stage.

Si le lien aux adolescents rencontrés s'est révélé extrêmement riche, il s'est aussi révélé très exigeant. Et nous avons pu mesurer à quel point le recours à une supervision nous serait à l'avenir nécessaire.

Pour finir, cette étude nous a également amenée à déplacer un peu le regard que nous portions sur le territoire creusois, où nous ne sommes installée que depuis quelques années. Nous y avons rencontré des professionnels des secteurs médical et social, découvert des problématiques importantes liées à la représentation sociologique, au niveau de vie et d'éducation. C'est une expérience qui nous a confortée dans notre volonté de travailler dans le secteur social, et dans notre conviction que l'art-thérapeute, par l'art et par l'utilisation du non-verbal, peut tenir une place dans l'institution – et particulièrement en MECS* – qui n'est pour l'heure occupée par personne d'autre.

BIBLIOGRAPHIE

Assistance éducative : enfants concernés et procédure. (s. d.). Consulté 29 mai 2018, à l'adresse <http://www.action-sociale.org/spfiche.php?f=F457-Assistance-%C3%A9ducative-%3A-enfants-concern%C3%A9s-et-proc%C3%A9dure>

Barudy, J. (2007). *La douleur invisible de l'enfant*. ERES.

Boyer-Vidal, B., & Tereno, S. (2015). La notion de caregiver dans le cadre de placements d'adolescents en Maison d'enfants à caractère social (mecs). *Enfances & Psy*, (66), 88-98. <https://doi.org/10.3917/ep.066.0088>

Chabot, A., Achim, J., & Terradas, M. M. (2015). La capacité de mentalisation de l'enfant à travers le jeu et les histoires d'attachement à compléter : perspectives théorique et clinique. *La psychiatrie de l'enfant*, 58(1), 207-240. <https://doi.org/10.3917/psy.581.0207>

Conseil départemental de la Creuse. (2016). *Schéma territorial des services aux familles*.

Debbané, M., Bateman, A. W., Fonagy, P., Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2016). *Mentaliser : de la théorie à la pratique clinique / Martin Debbané*. De Boeck supérieur. Louvain-la-Neuve.

Debbané, M., Fonagy, P., & Badoud, D. (2016). DE LA MENTALISATION À LA CONFIANCE ÉPISTÉMIQUE : ÉCHAFAUDER LES SYSTÈMES D'UNE COMMUNICATION THÉRAPEUTIQUE. *Revue québécoise de psychologie*, 37(3), 181. <https://doi.org/10.7202/1040166ar>

Decroux, E. (1994). *Paroles sur le mime*. Paris, France: Librairie théâtrale.

Dubé, G., Mentalisation, E. E. C. E. C. (2017). Thèse par articles présentée à la faculté des lettres et sciences humaines.

Dugravier, R., & Barbey-Mintz, A.-S. (2015). Origines et concepts de la théorie de l'attachement. *Enfances & Psy*, (66), 14-22. <https://doi.org/10.3917/ep.066.0014>

Forestier, R., & Aron, É. (2007). *Tout savoir sur l'art-thérapie* (5e éd. augmentée). Lausanne: Favre.

Grotowski, J., & Brook, P. (1986). *Vers un théâtre pauvre*. (C. B. Levenson, Trad.). Lausanne, Suisse: L'âge d'homme, DL 1986.

Guide sur la prévention de la maltraitance des enfants: intervenir et produire des données. (2007). Genève (Suisse): Organisation Mondiale de la Santé.

La maltraitance des enfants. (s. d.). Consulté 27 mai 2018, à l'adresse <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>

Larousse, É. (s. d.). Encyclopédie Larousse en ligne - spectacle vivant. Consulté 9 juin 2018, à l'adresse http://www.larousse.fr/encyclopedie/divers/spectacle_vivant/93291

Livret de présentation de la Maison d'enfants de Bosgenet. (s. d.).

Merino, I. (2017, mai). *L'art-thérapie et le travail d'accompagnement socio-éducatif*.

Où commence la maltraitance ? - ACTION ENFANCE : Villages d'Enfants, Protection de l'enfance en danger. (s. d.). Consulté 6 avril 2018, à l'adresse <https://www.actionenfance.org/ou-commence-maltraitance>

Perroud, N. (2014). Maltraitance infantile et mécanismes épigénétiques, 90, 7.

Savard, N., Pinel-Jacquemin, S., Oui, A., Euillet, S., & Moridy, R. (s. d.). La Théorie de l'Attachement: Une approche conceptuelle au service de la Protection de l'Enfance DOSSIER THÉMATIQUE, 139.

Schroeder-Marrast, S. (2008). *La pratique de la voix: une exploration vibratoire et corporelle*. Pempuyre (16 rue de Bigeau, 33290), France: Éditions du Non Verbal/A.M.Bx.

Tereno, S., Atger, F., & Bekhechi, V. (2015). 26 - Mentalisation et attachement. In N. **Guédénéy** & A. **Guédénéy** (Éd.), *L'attachement : Approche Théorique (4e édition)* (p. 311-321). Paris: Content Repository Only! <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-74520-1.00026-2>

Une expérience d'atelier d'art-thérapie en Maison d'Enfants à Caractère Social : un autre espace clinique / Textes / Psychasoc - institut européen psychanalyse et travail social. (s. d.-b). Consulté 21 décembre 2017, à l'adresse <http://www.psychasoc.com/Textes/Une-experience-d-atelier-d-art-therapie-en-Maison-d-Enfants-a-Caractere-Social-un-autre-espace-clinique#sdfootnote1anc>
<http://www.psychasoc.com/Textes/Une-experience-d-atelier-d-art-therapie-en-Maison-d-Enfants-a-Caractere-Social-un-autre-espace-clinique>

Glossaire

Accordage affectif : L'accordage affectif est ce moment particulier pendant lequel mère et bébé s'engagent de concert dans un comportement qui traduit le partage d'un état affectif sans pour autant qu'il s'agisse d'une imitation stricte. En effet, s'il y a imitation, elle est d'abord transmodale, c'est-à-dire que le canal utilisé par la mère pour traduire le comportement ou l'état affectif présumé de son nourrisson est différent du canal ou de la modalité expressive utilisé par le bébé. S'il y a rupture de ce phénomène, il se produit alors une sorte de hiatus, de lapsus émotionnel qui, s'il se répète souvent, prendra nécessairement une dimension énigmatique.

<https://www-cairn-info.ressources.univ-poitiers.fr/revue-enfances-et-psy-2010-4-page-14.htm>

AJD : Fondation des Amis du Jeudi Dimanche, qui s'inscrit dans le cadre de l'action sociale et gère la MECS de Bosgenet, à Pionnat, en Creuse.

ASE : L'Aide sociale à l'enfance organise et coordonne, sous la tutelle des départements, les services de la protection de l'enfance.

Axe HHS : L'axe hypothalmo-hypophysaire-surrénalien est un système neuroendocrinien qui contrôle les réponses au stress et régule de nombreux processus, dont la digestion, le système immunitaire, l'humeur et les émotions.

CATTP : Le centre d'accueil thérapeutique à temps partiel relève des centres hospitaliers spécialisés en santé mentale. Le CATTP vise à maintenir ou à favoriser les patients dans une existence autonome par des actions de soutien et de thérapie de groupe.

<https://www.bnds.fr/dictionnaire/cattp.html>

: Centre départemental de l'enfance et de la famille

CMP : Le centre médico-psychologique est chargé de coordonner et d'accueillir les personnes présentant des troubles mentaux afin de prévenir, de traiter et d'accompagner les patients dans leurs souffrances psychologiques sans être hospitalisés ou en étant hospitalisés qu'un minimum de temps. Le CMP relève de l'hôpital psychiatrique. <https://www.bnds.fr/dictionnaire/cmp.html>

CMPP : Les centres médico-psycho-pédagogique sont financés par l'Assurance maladie et interviennent auprès des enfants et adolescents de 3 à 18 ans présentant des troubles psycho-affectifs, psychomoteurs, orthophoniques ou des troubles de l'apprentissage.

<https://www.bnds.fr/dictionnaire/cmpp.html>

Cube harmonique : « L'esprit de cet outil est de synthétiser, par une forme cohérente, connue, explicite et sensible, les trois composantes de la spécificité artistique, soit le beau, le bien et le bon [...] Il ne s'agit pas de donner des critères extérieurs au patient comme vérité du beau, du bien ou du bon, mais de lui permettre, en développant sa faculté critique et son idéal esthétique, d'être en mesure d'épanouir son goût, son style et son engagement personnels dans l'activité et de les affirmer par et dans une forme sensible. » Forestier, R., & Aron, É. (2007). *Tout savoir sur l'art-thérapie* (5e éd. augmentée). Lausanne: Favre, p. 203.

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux)

MDA : Les missions des MDA ou maisons des adolescents s'articulent autour de l'accueil, l'écoute, l'information, l'orientation, l'évaluation des situations, la prise en charge médicale et psychologique, l'accompagnement éducatif, social et juridique. S'il reste souhaitable de maintenir l'accueil d'un public adolescent large, les maisons des adolescents s'adressent en priorité à des adolescents en proie à des difficultés faisant que leurs familles, les professionnels et les institutions atteignent, isolément, les limites de leurs compétences.

Le porteur du projet peut être notamment un établissement de santé, une association, une collectivité locale.

http://www.anmda.fr/fileadmin/ressources/sitepublic/ressources/Documents_officiels_des_MDA/MDA_cahier_des_charges_2010.pdf

MECS : Les maisons d'enfants à caractère social (MECS) sont des établissements sociaux ou médico-sociaux, spécialisés dans l'accueil temporaire de mineurs en difficulté. Ils fonctionnent en internat complet ou en foyer ouvert (les enfants sont alors scolarisés ou reçoivent une formation professionnelle à l'extérieur). Le placement en MECS a notamment lieu dans les cas de violence familiale (physique, sexuelle ou psychologique), de difficultés psychologiques ou psychiatriques des parents, de problème d'alcoolisme, de toxicomanie, de graves conflits familiaux, de carences éducatives, de problèmes comportementaux de l'enfant, de l'isolement en France d'un enfant étranger... Les Maisons d' Enfants à Caractère Social sont soit des structures privées gérées par des

associations ou des fondations, soit des établissements publics. Les MECS relèvent de la compétence du Conseil général, qui donne l'habilitation pour recevoir des enfants relevant de l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE).

<http://annuaire.action-sociale.org/etablissements/protection-de-l-enfance/maison-d-enfants-a-caractere-social-177.html>

MIO : Le système d'attachement s'accompagne de la mise en place de « modèles internes opérants », ou MIO. Ils dépendent des expériences vécues par l'enfant. À travers les MIO, l'enfant met en place une image de soi comme étant plus ou moins digne d'être aimé et une image des autres comme étant plus ou moins attentifs à ses besoins.

Mirroring : Le mirroring est défini par Gergely et Watson (1996) comme la capacité de la mère à produire une version exagérée des expressions émotionnelles réalistes (positives et négatives) grâce à laquelle l'état mental de l'enfant lui est reflété (« re-présentation »). C'est par là que l'enfant commence à reconnaître ses propres états internes.

OMS : Organisation mondiale de la Santé

RFQ : Reflective Functioning Questionnaire. Il s'agit d'un bref questionnaire, développé pour donner une mesure de la capacité de mentalisation.

TBM : Les thérapies basées sur la mentalisation, ou TBM, ont été élaborées par Peter Fonagy et ses collaborateurs. Elles s'appuient sur le concept de mentalisation, qui décrit l'habileté à comprendre, et ce autant chez soi que chez les autres, les états mentaux, qui sont les croyances, intentions, désirs, pensées et affects, qui sous-tendent les comportements. La mentalisation implique la reconnaissance par l'individu que ses propres états mentaux peuvent être différents de ceux des autres et qu'ils ne sont pas des représentations fidèles de la réalité externe.

Téломère : Le téломère est la région d'ADN du chromosome qui se situe à son extrémité. Il sert à protéger les chromosomes et participe à l'intégrité du patrimoine génétique. Il intervient dans la stabilité du chromosome et dans les processus de vieillissement cellulaire.

Annexes

Fiche d'ouverture

I- Elements généraux

Date du jour :

Nom :

Age :

Prénom :

Date de naissance :

Référent :

Groupe :

Scolarité :

Prochaines dates importantes :

Droit de visite :

Date de placement :

Date d'arrivée à la MECS de Bosgenet :

II- Anamnèse

III- Prises en charge

- Traitement médicamenteux :
- Suivi psychologique
- Problèmes de santé
- Troubles de la vue OUI NON
- Port de lunettes OUI NON
- Troubles de l'audition OUI NON
- Port d'un appareil auditif OUI NON
- Troubles du langage OUI NON
- Si oui, PEC OUI NON
- Si oui, modalités :
- Troubles psychomoteur OUI NON
- Si oui, PEC OUI NON
- Si oui, modalités :
- Handicap OUI NON
- Si oui, PEC OUI NON
- Si oui, modalités :

IV- Ce qui fonctionne et dysfonctionne

Agitation		Agressivité		Angoisse		Déprime		Apathie	
Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non

Tristesse		Implication scolaire		Implication soins		Implication famille		Implication vie MECS	
Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non

Implication sociale		
Oui	Non	

Remarques :

V- Goûts et centres d'intérêt

- Activités extra-scolaires ?
- Activités que tu aimerais pratiquer
- Activités que tu n'aimerais pas du tout pratiquer
- Goûts musicaux
- Livres
- Plat préféré

VI- Projets

- En ce moment, quel est ton souhait le plus cher ?
- Est-ce que tu as un rêve pour l'avenir ?
- Comment tu t'imagines dans 5 ans ?

VII- Attentes en art-thérapie

- A propos des pratiques artistiques

	Danse	Mime	Théâtre	Écriture	Musique	Chant	peinture
Celles qui t'attirent le plus							
Celles qui t'attirent le moins							

- Qu'est-ce que tu attends de l'AT ? Qu'est-ce que tu voudrais changer ?

VIII- Engagement

Je confirme ma participation volontaire à l'atelier d'Art-thérapie animé par Marie-Geneviève L'Her, sous la direction de M. Yann Lebras.

J'ai été informé(e) des objectifs de ce stage (formation et rédaction d'un mémoire), ainsi que de :

- la confidentialité de mon identité et de ce qui se passe au cours de la séance.
- les horaires, les dates et la durée des séances
- les règles.

Enfin, j'accepte que des photos, des enregistrements ou des vidéos soient pris au cours des séances, dans un objectif d'accompagnement du mémoire de Marie-Geneviève L'Her. Ces documents ne pourront en aucun cas être diffusés hors du strict cadre universitaire.

La prise en charge en art-thérapie aura lieu sur _____ séances, auxquelles, je, sousigné(e)
venir, avec pour objectif : _____ m'engage à

Signature :

Fiche d'observation

Nom :

Age :

Prénom :

Date de naissance :

Prochaines dates importantes :

Droit de visite :

Date	N° Séance	Heure début	Heure fin	Temps de la séance	Séance individuelle/ groupale	Technique artistique

Activité proposée par :

- L'art-thérapeute
- L'enfant

Consigne :

Description de la séance :

Objectifs thérapeutiques travaillés :

Remarques :

Prochaine séance :

Fiche d'auto-évaluation

Nom :

Prénom :

Comment te sens-tu en début de séance ?



Content



Triste



inquiet



en colère

Séance	Date	Choix de l'adolescent	Observations

Fiche d'auto-évaluation

Nom :

Prénom :

Comment te sens-tu après la séance d'art-thérapie ?



Content



Triste



inquiet



en colère

Séance	Date	Choix de l'enfant	Observations

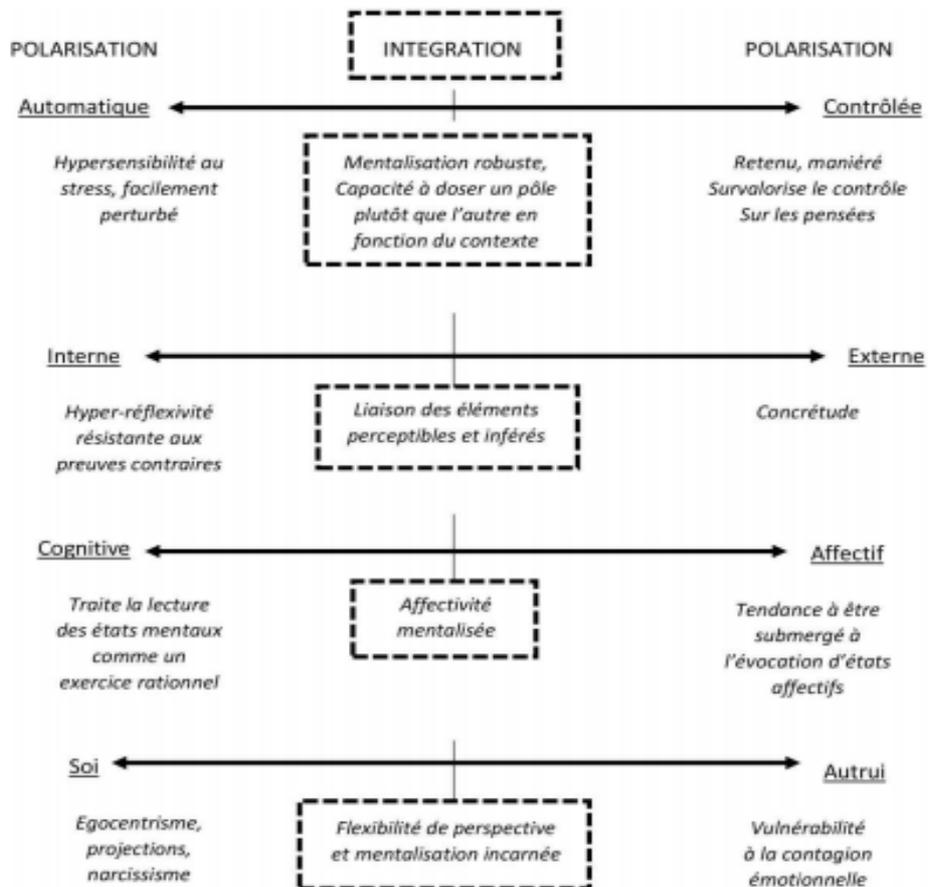
A propos du concept de mentalisation et des thérapies basées sur la mentalisation

(Debbané, Bateman, Fonagy, 2016, pp. 35 & 129)

Intégration des quatre dimensions de la mentalisation (M), qui servira de boussole en contexte clinique



Evaluation des polarités de la mentalisation en entretien clinique



REFLECTIVE FUNCTIONING QUESTIONNAIRE (MENTALISATION)

Vous trouverez un certain nombre d'énoncés listés ci-dessous. Lisez chaque énoncé et décidez si vous êtes en accord ou en désaccord avec ce dernier. Afin d'évaluer dans quelle mesure vous êtes en accord ou en désaccord, veuillez utiliser l'échelle suivante: le 7 si vous êtes fortement en accord, et le 1 si vous êtes fortement en désaccord. Utilisez le point milieu (le 4) si vous êtes neutre ou indécis.

Fortement en DÉSACCORD	1	2	3	4	5	6	7	Fortement en ACCORD
---------------------------	---	---	---	---	---	---	---	------------------------

1. ___ Les pensées des gens sont un mystère pour moi.
2. ___ Il est facile pour moi de comprendre ce que quelqu'un d'autre est en train de penser ou de ressentir.
3. ___ L'image que j'ai de mes parents change au fur et à mesure que je change.
4. ___ Je m'inquiète beaucoup de ce que les gens sont en train de penser ou de ressentir.
5. ___ Je fais attention à l'impact de mes actions sur les sentiments des autres.
6. ___ Il me faut beaucoup de temps pour comprendre les pensées et les sentiments des autres.
7. ___ Je sais exactement ce que mes amis proches sont en train de penser.
8. ___ Je sais toujours ce que je ressens.
9. ___ Comment je me sens peut facilement affecter la façon dont je comprends le comportement de quelqu'un d'autre.
10. ___ Je peux dire comment quelqu'un se sent en regardant ses yeux.
11. ___ Je réalise que je peux parfois mal comprendre les réactions de mes meilleurs amis.
12. ___ Je deviens souvent confus(e) de la manière dont je me sens.
13. ___ Je me demande ce que veulent dire mes rêves.
14. ___ Comprendre ce qui est dans la tête de quelqu'un n'est jamais difficile pour moi.
15. ___ Je crois que la façon dont mes parents ont été élevés ne devrait pas expliquer leur comportement à mon égard.
16. ___ Je ne sais pas toujours pourquoi je fais ce que je fais.
17. ___ J'ai remarqué que les gens donnent souvent des conseils aux autres qu'ils souhaiteraient vraiment suivre eux-mêmes.
18. ___ Il est vraiment difficile pour moi de comprendre ce qui se passe dans la tête des autres.
19. ___ Les autres personnes me disent que je sais bien écouter les gens.
20. ___ Quand je me fâche, je dis des choses sans vraiment savoir pourquoi je les dis.
21. ___ Je voudrais souvent connaître la signification derrière les actions des autres.
22. ___ J'ai vraiment de la peine à donner un sens aux sentiments des autres.
23. ___ Je dois souvent forcer les gens à faire ce que je veux qu'ils fassent.
24. ___ Mes proches paraissent souvent avoir de la peine à comprendre pourquoi je fais des choses.
25. ___ Je pense que, si je ne fais pas attention, je pourrais faire intrusion dans la vie de quelqu'un d'autre.
26. ___ Les pensées et les sentiments des autres me rendent confus(e).
27. ___ Je peux prédire la plupart du temps ce que quelqu'un d'autre fera.
28. ___ Les sentiments intenses brouillent souvent ma pensée.
29. ___ Afin de savoir exactement comment quelqu'un se sent, j'ai constaté que j'ai besoin de lui demander.
30. ___ L'impression que j'ai d'une personne n'est presque jamais erronée.

31. ___ Je crois que les gens peuvent voir une situation très différemment en fonction de leurs croyances et de leurs expériences.
32. ___ Je me surprends parfois en disant des choses et je n'ai aucune idée de pourquoi je les ai dites.
33. ___ J'aime bien réfléchir aux raisons derrière mes actions.
34. ___ J'ai normalement une bonne idée de ce que les autres ont dans la tête.
35. ___ Je fais confiance à mes sentiments.
36. ___ Quand je me fâche, je dis des choses que je regrette plus tard.
37. ___ Je deviens confus(e) quand les gens parlent de leurs sentiments.
38. ___ Je sais bien lire dans la pensée des autres.
39. ___ Souvent je sens que ma tête est vide.
40. ___ Si je manque d'assurance, je peux me comporter d'une manière qui monte les autres contre moi.
41. ___ Je trouve difficile de voir les points de vue d'autres personnes.
42. ___ D'habitude, je sais exactement à quoi les autres sont en train de penser.
43. ___ Je m'attends à ce que mes sentiments puissent changer, même ceux liés à mes plus fortes croyances.
44. ___ Parfois, je fais des choses sans vraiment savoir pourquoi.
45. ___ Je prête attention à mes sentiments.
46. ___ Dans une dispute, je garde à l'esprit le point de vue de l'autre personne.
47. ___ Mon sentiment instinctif à propos de ce que quelqu'un d'autre est en train de penser est habituellement très précis.
48. ___ Comprendre les raisons derrière les actions des autres m'aide à leur pardonner.
49. ___ Je crois qu'il n'y a pas une BONNE façon de voir quelconque situation.
50. ___ Je suis mieux guidé(e) par la raison que par mon intuition.
51. ___ Je ne peux pas me souvenir de beaucoup de choses du temps où j'étais enfant.
52. ___ Je crois qu'il est inutile d'essayer de deviner ce qu'il y a dans la tête quelqu'un d'autre.
53. ___ Pour moi, les actions sont plus fortes que les mots.
54. ___ Je crois que les autres sont trop compliqués pour se donner la peine de les comprendre.

Résumé

L'art-thérapie par le théâtre, les arts du mouvement et la musique auprès adolescents placés en maison d'enfants à caractère social

Améliorer la régulation émotionnelle et la capacité de mentalisation

Nous avons pris en charge en art-thérapie deux adolescents placés à la maison d'enfants à caractère social de Bosgenet, dans la Creuse (23), et nous avons cherché à déterminer l'impact de l'art-thérapie sur la régulation émotionnelle et la capacité de mentalisation des enfants victimes de maltraitance.

Nous avons adossé notre travail, d'une part, à une compréhension systémique de la maltraitance et de l'institution d'accueil et, d'autre part, aux thérapies basées sur la mentalisation (TBM) pour ce qui est du travail en séance. L et R, les deux adolescents dont nous avons présenté les résultats, ont travaillé, pour l'une, à partir du chant et des arts du mouvement, pour l'autre, à partir du théâtre.

Cette étude tend à prouver que la question de la capacité de mentalisation est pertinente avec ce public et que l'adaptation à l'art-thérapie des outils des TBM serait judicieuse. Néanmoins, la petite taille de l'échantillon et la courte durée de l'essai ne permettent pas de l'affirmer. Il s'agit aujourd'hui de prolonger l'expérience auprès d'enfants, mais aussi d'adultes, ayant été victimes de maltraitance, afin de valider et préciser nos outils.

Mots-clés : arts du mouvement, art-thérapie, maison d'enfants à caractère social, maltraitance, MECS, mentalisation, musique, régulation émotionnelle, TBM, théâtre, théorie de l'attachement.

ABSTRACT

Art-therapy through theatre, the arts of movement and music, with teenagers placed in institutional care

To improve emotion regulation and ability to mentalize

We had art-therapy sessions with two teenagers placed in institutional care in Bosgenet in the French department of La Creuse (23), and we sought to determine the impact of art-therapy on emotion regulation and ability to mentalize in Children having been abused.

We grounded our work, on the one hand, on a systemic approach of abuse and the institutional care, and, on the other hand, concerning the sessions themselves, on mentalization-based therapy (MBT). L and R are the two teenagers we presented an evaluation of in this study. One worked from singing and the arts of movement, the other one, from theatre.

This study tend to prove that the ability to mentalize is worth examining in the case of abused children, and the tools of the mentalization-based therapy, worth adapting to art-therapy. Nevertheless, our sample is too small, and our trial too short to be assertive in any way. It might be interesting to extend the experiment to other children or adults having been abused, in order to secure and specify our tools.

Keywords : abuse, arts of movement, art-therapy, attachment theory, emotion regulation, institutional care, MBT, mentalization, music, theatre.

Marie-Geneviève L'Her, 2018