

UNIVERSITE DE POITIERS
Faculté de Médecine et de Pharmacie
6, rue de la Milétrie
TSA 51115
86073 POITIERS Cedex

Intérêt de l'Art-thérapie, par la technique des arts-plastiques, dans la revalorisation narcissique et la diminution de l'anxiété, chez des enfants présentant des troubles psychiques.

Expérience en pédopsychiatrie, au sein d'un Hôpital de jour à médiations animales.

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

présenté par Leila Bajon

année de soutenance : 2020

Sous la direction de :
Docteur Pauline Goichon, pédopsychiatre

Professeur honoraire à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Poitiers :
Professeur Jean-Jacques Giraud

Lieu de stage :
L'Arche (hôpital de jour du PUPEA)
Centre Hospitalier Henri Laborit
370 avenue Jacques Cœur CS10587
86021 Poitiers

UNIVERSITE DE POITIERS
Faculté de Médecine et de Pharmacie
6, rue de la Milétrie
TSA 51115
86073 POITIERS Cedex

Intérêt de l'Art-thérapie, par la technique des arts-plastiques, dans la revalorisation narcissique et la diminution de l'anxiété, chez des enfants présentant des troubles psychiques.

Expérience en pédopsychiatrie, au sein d'un Hôpital de jour à médiations animales.

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

présenté par Leila Bajon

année de soutenance : 2020

Sous la direction de :
Docteur Pauline Goichon, pédopsychiatre

Professeur honoraire à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Poitiers :
Professeur Jean-Jacques Giraud

Lieu de stage :
L'Arche (hôpital de jour du PUPEA)
Centre Hospitalier Henri Laborit
370 avenue Jacques Cœur CS10587
86021 Poitiers

PLAN

Préambule	1
1ère Partie: Introduction	3
I- La pathologie: les troubles psychiques chez l'enfant	3
A- Quelques rappels théoriques sur la psychologie du développement.....	3
1- Les stades du développement.....	3
2- Les enjeux relationnels dans le développement.....	5
B- Manifestation des troubles psychiques chez l'enfant.....	7
1- Des liens en souffrance aux troubles psychiques.....	7
2- La symptomatologie des troubles psychiques de l'enfant.....	7
3- La classification des troubles mentaux.....	12
C- Attachement, estime de soi et anxiété.....	13
1- Troubles relationnels précoces et estime de soi.....	13
2- Troubles relationnels précoces et anxiété.....	14
II- La nature et les caractéristiques de la technique artistique choisie: les arts-plastiques	15
A- La place de l'art dans l'humanité.....	15
1- La sensibilité de l'être humain.....	15
2- L'expression de l'être humain par l'art.....	15
B- Les arts-plastiques: caractéristiques et impacts.....	16
1- La technique des arts-plastiques offre de nombreuses possibilités.....	16
2- Les arts-plastiques sont facilement accessibles.....	16
3- Les arts-plastiques, une empreinte dans le temps	17
C- Les bénéfices des arts-plastiques sur la santé: de l'art à l'art-thérapie.....	17
1- La créativité dans les arts plastiques en faveur de l'estime de soi et la confiance en soi...17	
2- Les arts-plastiques vecteurs d'expression et de transformation.....	17
3- Les arts-plastiques facteurs d'apaisement.....	18
III- L'Art-thérapie et son intérêt dans la prise en soin des enfants présentant des troubles psychiques	18
A- L'Art-thérapie: une pratique professionnelle au service du soin.....	18
1- Qu'est-ce que l'art-thérapie?.....	18
2- Art-thérapeute, un métier.....	19
B- Intérêts de l'art-thérapie pour des enfants présentant des troubles psychiques.....	20
1- L'art-thérapie pour mettre en forme des émotions et des ressentis.....	21
2- L'art-thérapie pour soutenir la continuité psychique.....	21
3- L'art-thérapie pour proposer une alliance thérapeutique sécurisée.....	22
4- L'art-thérapie pour revaloriser l'estime de soi et diminuer l'anxiété	22
2ème Partie: Matériels et méthodes	23
I- Matériels	23
A- Présentation de «L'Arche», hôpital de jour de pédopsychiatrie à médiations animales.....	23
1- Lieu d'accueil, équipe et population accueillie.....	24
2- Le projet de soin.....	24
B- Objectifs des prises en charge art-thérapeutiques.....	25
1- L'organisation des prises en charge	25
2- Le choix des patients pour l'étude.....	26
3- Les stratégies thérapeutiques.....	26
4- Les résultats attendus.....	30

II- Méthodes.....	30
A- Etude de cas de F.....	30
1- Anamnèse.....	30
2- Objectifs art-thérapeutiques.....	31
3- Déroulement des séances d'art-thérapie.....	32
B- Etude de cas de K.....	36
1- Anamnèse.....	36
2-Objectifs art-thérapeutiques	37
3-Déroulement des séances d'art-thérapie.....	38
3ème Partie: Résultats.....	45
I- Résultats pour F.....	45
1- Résultats et analyse des échelles scientifiques.....	45
2- Résultats et analyse des grilles d'observation.....	46
3- Résultats des grilles d'auto-évaluation.....	49
4- Bilan.....	50
II- Résultats pour K.....	51
1- Résultats et analyse des échelles scientifiques.....	51
2- Résultats et analyse des grilles d'observation.....	52
3- Résultats des grilles d'auto-évaluation.....	55
4- Bilan.....	55
4ème Partie: Discussion.....	56
I- Limites de l'étude.....	56
1- La question de l'utilisation des tests de Rosenberg et R-CMAS.....	56
2- La question de l'objectivité des grilles d'auto-évaluation.....	57
3- Les contraintes organisationnelles au sein de la structure.....	57
II- Bénéfices de l'étude.....	58
1- L'efficacité de l'art-thérapie dans la revalorisation de l'estime de soi.....	58
2- L'efficacité de l'art-thérapie dans la diminution de l'anxiété.....	60
3- L'impact de l'art-thérapie sur les apprentissages.....	61
4- L'art-thérapie adaptée à deux symptomatologies très différentes des troubles psychiques.....	63
III- L'Art-thérapie, une pratique intéressante en pédopsychiatrie.....	65
1- L'art-thérapie et la médiation artistique, deux approches différentes.....	65
2- L'art-thérapie et la médiation animale, deux approches complémentaires.....	66
IV- L'Art-thérapeute, un soignant à part entière.....	67
1- L'art-thérapeute au sein d'une équipe médicale et paramédicale.....	67
2- Notre posture en tant que futur art-thérapeute.....	67
Conclusion.....	68
Bibliographie.....	69
Glossaire.....	70
Annexes.....	72

Remerciements

Un grand merci au Centre Hospitalier Henri Laborit de Poitiers de m'avoir permis d'effectuer ce stage et plus particulièrement à l'équipe de l'Arche pour leur confiance et leur soutien.

Un grand merci au Dr Goichon d'avoir accepté de m'accompagner dans ce mémoire de fin d'études

Un grand merci au Pr Giraud et à la Faculté de Médecine de Poitiers pour ce DU d'art-thérapie

Et un grand merci à ma famille

Préambule

La démarche d'inscription à la préparation du Diplôme Universitaire (DU*) d'Art-thérapie est l'aboutissement d'un long cheminement pour enfin trouver ma voie professionnelle. Après l'obtention d'un baccalauréat scientifique avec une option arts plastiques, je voulais entrer à l'école des Beaux-arts. Pourtant, acceptant la guidance parentale, c'est vers la médecine que je me suis tournée. J'ai décidé après une première année d'études à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Poitiers d'entrer à l'école de sage-femme. Après l'obtention du Diplôme d'État (DE*) de sage-femme, j'ai exercé pendant quinze ans. Puis, déçue par des conditions de travail se dégradant et devenant responsables d'une déshumanisation dans le soin en milieu hospitalier, j'ai cherché une pratique correspondant plus à ma façon d'envisager le soin de manière plus humaine et plus respectueuse de la personne. Je me suis alors orientée vers le médico-social puis j'ai exercé en tant qu'infirmière scolaire, validant parallèlement le DE* d'infirmière. Durant toutes ces années, j'ai toujours continué à pratiquer les arts-plastiques et à suivre des cours amateurs à l'école des Beaux-arts. C'est ainsi que l'idée de pratiquer l'art-thérapie, en alliant le soin dans lequel j'avais un rôle certain et l'art qui a toujours été une évidence dans mon parcours, a émergé au cours des années. Toutefois, je me suis interdit bien longtemps de concrétiser ce projet probablement parce qu'il n'y avait pas d'homogénéisation nationale des formations proposées dans le domaine et que je doutais encore de mes capacités artistiques. C'est au cours de l'été 2018, que je me suis enfin autorisée à demander l'entrée en formation pour devenir art-thérapeute, prenant connaissance du DU* proposé par la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Poitiers. J'ai donc suivi la formation préparatoire à l'entrée du DU* d'Art-thérapie sur l'année 2018-2019. Parallèlement à cette année de formation, en décembre 2018, j'ai effectué un remplacement d'infirmière en pédopsychiatrie au Centre Hospitalier Henri Laborit (CHL*) de Poitiers pendant plusieurs mois. Cette expérience a suscité chez moi un vif intérêt concernant le domaine de la psychiatrie et notamment de la pédopsychiatrie. D'autre part, cela m'a permis d'obtenir l'accord pour la réalisation de mon stage d'année préparatoire en pédopsychiatrie. Lors de ce stage, j'ai découvert plusieurs services du Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent (PUPEA*). J'ai pu présenter aux équipes de soin la profession d'art-thérapeute et la formation suivie. Enfin, j'ai pu envisager le stage pour cette année de DU* d'Art-thérapie. Parmi les services découverts lors de ce stage et prêts à m'accueillir en stage pour l'année du DU*, «L'Arche», hôpital de jour à médiations animales, est celui qui m'a paru le plus favorable pour mettre en place une étude sur l'intérêt de l'art-thérapie auprès d'enfants présentant des troubles psychiques. Tout d'abord, l'équipe soignante, la cadre de santé et la pédopsychiatre responsable de la structure se sont montrées motivées pour accueillir une art-thérapeute stagiaire dans le service. Les conditions matérielles étaient favorables avec notamment

une salle dédiée aux arts-plastiques, le médium que j'ai choisi pour mettre en place des séances d'art-thérapie. Par ailleurs, les enfants accueillis dans cet Hôpital de jour ont une durée de prise en charge sur l'année scolaire. Cela me permettait de répartir les heures de stage pour suivre les enfants sur une plus longue période et ainsi de renforcer ma présence au sein de l'équipe et ma place de soignant auprès des enfants. Les groupes d'enfants accueillis par journée ou demi-journée sont de petits groupes, ce qui me permettait plus facilement de mettre en place des prises en soin art-thérapeutiques individuelles. La constitution des groupes est réfléchi en équipe avant le début de prise en charge sur le service. Les enfants d'Instituts Médico-Éducatifs (IME*) et les enfants suivis au Centre de Soins Ambulatoires (CESAM*) du PUPEA* ne sont pas accueillis en même temps, cela me facilitait le choix des patients pour l'étude. Il me semblait aussi intéressant de prendre connaissance d'une autre approche thérapeutique en psychiatrie, telle que l'art-thérapie peut le proposer, en réalisant ce stage dans cet Hôpital de jour qui pratique les médiations animales.

Ce mémoire est donc le fruit d'une étude conduite sur plusieurs mois au cours de mon expérience d'art-thérapeute stagiaire auprès d'enfants présentant des troubles psychiques au sein d'un Hôpital de jour de pédopsychiatrie. Je présenterai dans cette étude les troubles psychiques de l'enfance et leurs manifestations en lien avec les interactions précoces. J'exposerai par ailleurs mon opinion sur l'art-thérapie, son intérêt dans la prise en charge des troubles psychiques de l'enfance, le choix de la technique artistique pour les séances d'art-thérapie (les arts-plastiques) et les stratégies art-thérapeutiques utilisées au sein de la structure. Je présenterai deux études de cas pour illustrer cette étude en m'appuyant sur des échelles scientifiques, des grilles d'observation art-thérapeutiques, des grilles d'auto-évaluation et des bilans art-thérapeutiques. Les initiales des enfants choisis pour les études de cas ont été modifiées afin d'assurer l'anonymat le plus complet pour ces enfants et leurs familles. J'ai fait le choix, avec l'étayage de mon directeur de mémoire, pédopsychiatre de l'Arche, de proposer l'approche art-thérapeutique à deux enfants accueillis de façon hebdomadaire sur l'Arche, initialement adressés par le PUPEA*. Ce choix m'a permis de pouvoir plus facilement avoir accès aux dossiers patients (les enfants d'IME* étant suivis à l'extérieur du CHL*). J'ai ensuite choisi d'axer mon étude sur la question de l'intérêt de l'art-thérapie dans la revalorisation narcissique et la diminution de l'anxiété par les arts-plastiques chez les enfants présentant des troubles psychiques, car il s'avère que ces objectifs thérapeutiques sont très souvent inclus dans les projets de soins individualisés des enfants pris en charge sur l'unité. C'est autour des résultats de mon étude, de ses limites et de ses bénéfices, que la question de l'intérêt de l'art-thérapie auprès de ces enfants sera traitée. Ce travail d'étude est aussi l'occasion de faire part de cette expérience à travers un positionnement de futur art-thérapeute.

1ère Partie: Introduction

I- La pathologie: les troubles psychiques chez l'enfant

A- Quelques rappels théoriques sur la psychologie du développement

La psychologie du développement est l'étude scientifique des changements et des continuités qui marquent la vie d'une personne et des processus qui influencent ces changements et ces continuités.

1- Les stades du développement

L'enfant depuis sa conception intra-utérine jusqu'à l'âge adulte se développe simultanément et souvent en interdépendance dans différents domaines: développement postural et moteur, développement affectif, développement de l'intelligence et développement social. Ces champs de développement participent au développement global de l'enfant. Il est nécessaire de prendre en compte l'enfant dans sa globalité et donc aussi dans son environnement. Jean Piaget, Henri Wallon et Sigmund Freud sont les trois auteurs de référence lorsque l'on évoque la psychologie du développement. Ils s'accordent à voir le développement de l'enfant scandé par des moments obligés s'appuyant sur des moments antérieurs: les stades.

- La théorie de Jean Piaget (1896-1980):

Pour Jean Piaget, psychologue suisse, c'est en agissant sur son environnement que l'enfant construit ses premiers raisonnements. Les structures cognitives de l'enfant (Jean Piaget parle aussi de **schèmes de pensée**), au départ complètement différentes de celles de l'adulte, s'intériorisent progressivement pour devenir de plus en plus abstraites. C'est une théorie cognitivo-constructiviste. Le développement cognitif de l'être humain était selon lui un processus dont la motivation première provenait de l'intérieur de l'individu. Il y avait pour lui une continuité fonctionnelle dans le développement de l'intelligence avec une progression de l'intelligence liée aux mécanismes d'assimilation (incorporation des expériences nouvelles dans des structures existantes) et d'accommodation (modification des schèmes existants provoquée par des expériences nouvelles), ces deux mécanismes équilibrés permettant l'adaptation à l'environnement. Pour Jean Piaget, à chaque stade cognitif correspondent de nouvelles organisations affectives, l'affectivité ne pouvant pas s'exprimer si elle n'a pas les moyens fournis par l'intelligence elle-même.

Les 4 stades du développement de la théorie piagétienne sont: de la naissance à environ 2 ans: **le stade sensori-moteur**, de 2 ans à 6-7 ans: **la période pré-opératoire**, de 6-7 ans à 11-12 ans: **le stade des opérations concrètes**, à partir de 11-12 ans: **le stade des opérations formelles**.

- La théorie de Henri Wallon (1879-1962)

Henri Wallon, philosophe et médecin français, décrit une théorie du développement qui n'est pas centrée uniquement sur la genèse de la cognition humaine. C'est une théorie constructiviste et dialectique. Pour lui, l'individu est un être biologique et social dès sa naissance. Le développement de l'enfant est conçu comme résultant des interactions entre les contraintes neurobiologiques de maturation et d'adaptation d'une part et les conditions sociales de relation de l'autre part. L'enfant se construit dans différentes composantes de sa personne (motricité, affectivité, connaissance, construction de la personne) dans une succession de stades qui alternent dialectiquement: le passage d'un stade à l'autre est un remaniement, une transformation brusque impliquant conflit et choix entre un ancien et un nouveau type d'activité.

Les 7 stades du développement de la théorie wallonienne sont: de 0 à 3-6 mois: **le stade impulsif**, de 3 mois à 9-12 mois: **le stade émotionnel**, de 9 mois à 1 an: **le stade sensori-moteur**, de 1 an à 2 ans: **le stade projectif**, de 2 à 5 ans: **le stade du personnalisme**, de 6 à 11 ans: **le stade catégoriel (stade de la personnalité polyvalente)**, de 11 à 16 ans: **le stade de l'adolescence**

- La théorie de Sigmund Freud (1856-1939)

Pour Sigmund Freud, médecin viennois, le fonctionnement psychique de l'adulte est déterminé par les événements (souvent refoulés) vécus dans l'enfance. Il s'intéresse donc au développement psycho-affectif de l'enfant. Son concept des stades du développement est basé sur des phases psycho-sexuelles. Selon lui, les expériences pendant l'enfance et l'adolescence sont associées à la libido (pour S. Freud, la libido est l'«énergie motrice des instincts de vie.»), sous le primat d'une zone érogène et par la prédominance d'un mode particulier de relation d'objet. Ces stades de l'évolution libidinale de l'enfant sont les stades utilisés en psychanalyse. Les stades qui précèdent l'organisation du complexe d'Oedipe sont appelés les stades pré-génitaux.

Les 3 stades pré-génitaux du développement de la théorie freudienne sont : de 0 à 1 an: **le stade oral**, de 1 an à 3 ans: **le stade anal** et à partir de la 3ème année de vie: **le stade phallique**

Vient ensuite ce que Sigmund Freud appelle **la période de latence** entre 7 et 12 ans puis **la période de la puberté et de l'adolescence**.

Au vu de notre étude, il nous semble intéressant de parler de la notion de **narcissisme** introduite par Sigmund Freud. Il a tiré le nom de «narcissisme» du mythe grec de Narcisse. Le narcissisme est défini comme l'amour porté à l'image de soi grâce à l'intériorisation d'un ensemble de représentations. Tout enfant passe par une étape narcissique où se structurent sa personnalité et sa sexualité. Normalement, cet amour se porte ensuite sur un objet extérieur.

En psychanalyse, le narcissisme constitue une dimension importante et normale du développement de la personne. Traverser adéquatement les étapes de la constitution du narcissisme permet à l'individu d'acquiescer estime de soi, autonomie, assurance, capacité d'entreprendre et possibilité d'investir en confiance de nouveaux objets.

2- Les enjeux relationnels dans le développement

- La relation précoce mère-enfant selon Donald Woods Winnicott (1896-1971)

D.W. Winnicott, pédiatre et psychanalyste britannique, s'attache à comprendre l'influence de l'environnement dans le développement psychique de l'enfant et élabore de nombreux concepts. Il estime que le potentiel inné d'un enfant ne peut devenir un enfant que s'il est couplé à des soins maternels. Trois fonctions maternelles vont permettre à la mère de s'adapter aux besoins du bébé: l'«**object-presenting**» ou le mode de présentation de l'objet (en offrant le sein ou le biberon à peu près au bon moment, la mère donne au bébé l'illusion qu'il a lui-même créé l'objet dont il ressent confusément le besoin), le «**holding**» (c'est la façon dont l'enfant est porté avec la protection contre les expériences qui pourraient être angoissantes et les soins quotidiens que la mère apporte à son bébé mettant celui-ci en contact avec une réalité extérieure nécessaire pour son travail d'intégration dans le temps et l'espace), le «**handling**» (c'est la manière dont il est traité, manipulé, soigné. C'est tout ce que la mère met en œuvre pour le bien être de son nourrisson et qui va lui permettre de s'éprouver peu à peu vivant dans un corps.).

*D.W. Winnicott distingue deux périodes dans la vie du bébé: de la naissance à 6 mois: **la période de dépendance absolue** et de 6 mois à 2 ans environ: **la période de dépendance relative***

- La théorie de l'attachement de John Bowlby (1907- 1990)

Contrairement à Sigmund Freud qui soutenait que le nourrisson s'attache à sa mère parce qu'elle satisfaisait son besoin d'alimentation, John Bowlby, psychiatre et psychanalyste britannique, relie l'attachement au besoin de contacts sociaux. C'est en 1959 qu'il développera sa théorie de l'attachement, suite à une étude, dès les années 40, sur le comportement et le développement des enfants séparés de leurs familles. Selon lui, les bases relationnelles de tout individu se forment et sont déterminées par les relations vécues dans la toute petite enfance.

Pour qu'un jeune enfant puisse connaître un développement social et émotionnel équilibré, il doit pouvoir construire une relation d'attachement avec au moins une personne qui prend soin de lui, de façon cohérente et continue (ce qu'il nomme le «**caregiver**»: ensemble des comportements parentaux comprenant à la fois les soins physiques et affectifs donnés à l'enfant.).

Le système d'attachement 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. Quand le système d'attachement n'est plus activé, que l'enfant est rassuré 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. Au cours des années 1960 et 1970, la psychologue du développement Mary Ainsworth, collaboratrice de John Bowlby, étoffe la théorie de l'attachement.

- Les types d'attachement selon Mary Ainsworth (1913-1999)

M. Ainsworth met alors en avant, lors d'un dispositif expérimental pour évaluer de façon qualitative le type d'attachement de l'enfant, que ce qui apparaît essentiel est en fait la disponibilité de la figure d'attachement plus que sa présence immédiate réelle. La notion de disponibilité implique l'accessibilité de cette figure et son aptitude potentielle à répondre aux besoins de soins, de contacts et de relations à l'enfant. La figure d'attachement maternelle (ou substitut) fonctionne comme une base sécurisante, la qualité des relations mère-enfant aboutissant progressivement à la création d'un sentiment de confiance en soi. A l'inverse, le manque de disponibilité et la discontinuité de ces figures seraient prédictifs d'une relation d'attachement insécure, par exemple lorsque la mère traverse un épisode de dépression majeure ou lorsque l'enfant est victime de mauvais traitements.

Les 4 types d'attachement observés par M. Ainsworth sont: **l'attachement sécurisant (type B)** (le parent répond de façon constante et appropriée aux signaux de l'enfant, surtout de détresse. Il est disponible, cohérent, aimant. Le bébé apprend qu'en exprimant ses besoins, on va s'occuper de lui. Il réalise qu'il mérite de l'affection), **l'attachement insécure de type anxieux/évitant (type A)** (les demandes de l'enfant sont accueillies par de l'agressivité, du rejet ou de l'indifférence. Le bébé apprend qu'en montrant de la détresse, il n'y a que des conséquences négatives. Il conclut qu'il ne mérite ni amour ni affection), **l'attachement insécure de type anxieux/ambivalent (type C)** (l'enfant manifeste une très grande détresse lorsque la séparation survient. Les réactions parentales sont imprévisibles. Un même comportement de l'enfant peut être accueilli avec de l'enthousiasme une fois et de la colère une autre fois. Comme le parent est impossible à décoder, le bébé n'arrive pas à déterminer ce qu'il doit faire pour lui faire plaisir. Il conclut qu'il ne mérite ni amour, ni affection), **l'attachement insécure désorganisé (type D)** (l'enfant présente un mélange de comportement d'évitement et d'ambivalence. Ses comportements sont incomplets, non dirigés. Il est craintif, confus, sans stratégie cohérente. Le parent est désorganisé et peut maltraiter l'enfant. L'enfant ne sait pas quoi faire, puisqu'il ne sent pas en sécurité, ni lorsqu'il est loin du parent, ni lorsqu'il s'en approche. Il en résulte une image de soi non estimable).

B- Manifestation des troubles psychiques chez l'enfant

1-Des liens en souffrance aux troubles psychiques

Nous avons pu voir que dès la naissance, le bébé entre en interaction avec les personnes de son environnement et privilégie cette relation. Il suscite l'attention dont il a besoin pour survivre et se développer. Les réponses de la figure d'attachement aux besoins du bébé vont déterminer le type d'attachement. Le comportement d'attachement a une fonction de protection (sécurité apportée par l'adulte capable de défendre l'enfant vulnérable) et une fonction de socialisation (l'attachement se déplace de la mère aux proches puis à des groupes plus larges). C'est à travers ce comportement d'attachement que l'enfant va se construire un modèle interne constitué de représentations des relations sociales en général et de ce qu'il peut attendre d'un lien affectif en particulier. Le type d'attachement va donc influencer le modèle interne de l'enfant et déterminer ainsi des facteurs de protection ou des facteurs de risques de psycho-pathologies. La sécurité d'attachement est associée à un faible niveau d'anxiété, moins d'hostilité, une plus grande résilience du Moi et une meilleure capacité à réguler ses affects grâce à l'expérience de la relation avec autrui. L'attachement insécure semble être un facteur de risque fréquemment associé à certaines données caractéristiques telles qu'un degré plus important de dépression, d'angoisse, d'hostilité et de maladies psychosomatiques. Les mauvaises expériences de soins conduisent à des croyances négatives. Les autres sont vus comme non disponibles, menaçants et rejetants, et l'enfant se voit comme ne méritant pas d'amour ni de soutien (mauvaise estime de soi). L'absence d'attachement sécurisé crée une détresse considérable entraînant une vulnérabilité à une variété de problèmes physiques, émotionnels, sociaux et moraux. Les signes des troubles de l'attachement sont d'intensité variable suivant les enfants, leur passé et leur relation actuelle avec ceux qui les entourent.

2- La symptomatologie des troubles psychiques de l'enfant

Nous ne traiterons pas par choix, dans ce chapitre, les troubles du développement intellectuel, les troubles du spectre autistique et les troubles psychosomatiques.

Il nous paraît important de redonner une définition de l'enfance puisque nous nous intéressons particulièrement aux troubles psychiques de l'enfance pour cette étude. Le terme «enfant» désigne les membres d'une classe d'âge dont les critères de définition varient en fonction des attitudes, des époques et des âges. Ce terme vient du latin «infantia» ce qui veut dire le défaut d'éloquence. En psychanalyse, «infans» désigne celui qui ne parle pas en raison de son immaturité, celui à la place duquel on parle. Le critère âge s'est institué lentement comme l'élément essentiel de l'identité. Au sens strict, l'enfance couvre la période de la vie humaine qui va de la naissance à l'adolescence.

L'organisation des soins divise cette période de l'enfance en plusieurs classes d'âges.

L'enfance, pour les services de soins, est définie par la tranche d'âges entre 6 et 12 ans.

Nous définirons ensuite le trouble psychique, également désigné trouble psychiatrique ou trouble mental, comme l'ensemble des affections et de troubles d'origines très différentes entraînant des difficultés dans la vie d'un individu, des souffrances et des troubles du comportement. Ces troubles peuvent être chroniques ou permanents et se manifester de nombreuses façons et à différents âges. Selon l'OMS*, plus de la moitié des troubles psychiques de l'adulte apparaissent avant l'âge de 16 ans. Au cours de son développement, chaque enfant peut présenter des troubles du comportement. Cependant, lorsque ceux-ci deviennent persistants et répétitifs, ils peuvent s'avérer inquiétants et traduire des souffrances psychiques. On peut parler de troubles du comportement lorsque les modes d'expression dans la relation se traduisent par des tentatives de s'affirmer socialement inadéquates, allant de la simple gêne au danger pour celui qui les présente et pour autrui.

L'étude et le traitement des troubles psychiques relèvent de la psychiatrie. La pédopsychiatrie ou psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent est une branche de la psychiatrie qui s'intéresse à l'étude, à l'étiologie, à l'évaluation, au diagnostic, au traitement mais aussi à la prévention des troubles mentaux, émotionnels et comportementaux de l'enfant et de l'adolescent. La psychopathologie de l'enfant étudie les troubles affectifs, cognitifs et sociaux qui marquent le développement de l'enfant.

En psychopathologie de l'enfant, «le diagnostic médical et psychiatrique n'est utile que s'il est valide et fiable. La fiabilité diagnostique se réfère à sa cohérence. Elle évalue à quel point différents examinateurs donnent le même diagnostic pour un patient donné, et si ce patient continue à recevoir ce même diagnostic au cours de son évolution.»¹²

- Les troubles émotivo-affectifs

L'émotion correspond à un mouvement affectif soudain et intense, entraînant un débordement temporaire du contrôle réflexif sous l'effet d'une stimulation du milieu. L'affect correspond à l'ensemble des manifestations affectives caractérisées par leur nature agréable ou désagréable. En psychanalyse, l'affect est considéré comme le vécu émotionnel (qualitativement variable) exprimant la manifestation d'une pulsion quand elle n'est pas réprimée. Les troubles émotivo-affectifs ont des répercussions dans la relation à autrui, sur le développement intellectuel et dans les conduites.

a- La variabilité de l'humeur et des émotions: les troubles dépressifs sont caractérisés par une tristesse ou une irritabilité suffisamment sévères ou persistantes pour perturber le fonctionnement ou entraîner une souffrance considérable. Ils se produisent par vagues qui ont tendance à être liées à des pensées ou à des rappels de l'événement déclencheur, se résolvent lorsque les circonstances ou les événements s'améliorent, peuvent être entrecoupées de périodes d'émotion positive et d'humour, et ne sont pas accompagnées de sentiments omniprésents d'inutilité ou de dégoût de soi.

Les troubles dépressifs chez l'enfant comprennent: Le **trouble disruptif** avec dérégulation de l'humeur (irritabilité persistante, fréquents épisodes de comportements très incontrôlables, associés fréquemment à d'autres troubles comme le trouble oppositionnel avec provocation, le déficit d'attention / hyperactivité ou le trouble anxieux), le **trouble dépressif majeur** (épisode dépressif discret d'une durée supérieure à 2 semaines), le **trouble dépressif persistant** (ou **dysthymie**) (humeur dépressive ou irritable persistante, sur une grande partie de la journée, la plupart des jours, pendant plus d'1 an).

b- Le repli sur soi: cela peut se traduire par des **conduites d'évitement** (l'enfant dit «non» à tout, refuse d'obéir, détourne le regard pour ne pas croiser celui de l'adulte, refuse de toucher ou d'être touché et cherche un refuge. Il manque souvent d'attention et de concentration), une **attitude prostrée** (l'enfant ne s'intéresse plus à rien, ne se manifeste plus, son visage n'a plus d'expression. C'est l'atonie*), des **conduites de régression** (l'enfant peut recommencer à sucer son pouce ou se bercer d'avant en arrière, reparler «bébé» ou cesser de parler, régresser au niveau du contrôle des sphincters), une **automutilation** (l'enfant retourne l'agressivité qu'il développe, face à sa frustration, son sentiment d'incompréhension voire d'abandon, envers lui).

c- La perte du contact avec la réalité: le repli sur soi se prolonge et devient une habitude, l'enfant se réfugie dans l'imaginaire (il se crée un monde fantasmatique comme mécanisme de défense du monde adulte qui le blesse ou l'ignore) et se désocialise (complètement ou petit à petit). Ce terrain peut-être propice plus tard à un phénomène de déstructuration du moi (de dépersonnalisation).

La schizophrénie infantile (à début précoce): La schizophrénie chez les enfants pré-pubères se développent avant l'âge de 12 ans et est extrêmement rare. Les symptômes sont similaires à ceux de la forme de l'adolescent ou du jeune adulte, mais les idées délirantes et les hallucinations visuelles, qui peuvent être plus fréquentes chez l'enfant, peuvent être moins élaborées. L'apparition soudaine d'une psychose chez un jeune enfant doit toujours être traitée comme une urgence.

d- L'angoisse: l'angoisse est définie comme un sentiment pénible d'alerte psychique et de mobilisation somatique devant une menace ou un danger indéterminés et qui se manifeste par des symptômes neurovégétatifs caractéristiques (spasmes, sudation, dyspnée*, tachycardie*, vertiges...). L'anxiété, dans une certaine mesure, est un aspect normal du développement. Cependant, lorsque les manifestations d'anxiété deviennent si importantes que le fonctionnement est gravement affecté ou qu'elles provoquent une souffrance et/ou un évitement importants, l'éventualité d'un trouble anxieux doit être envisagée. Les troubles anxieux apparaissent souvent pendant l'enfance et l'adolescence. À un moment donné au cours de l'enfance, environ 10 à 15% des enfants souffriront d'un trouble anxieux. Les enfants atteints d'un trouble anxieux sont à risque accru de troubles dépressifs et anxieux ultérieurement.

Les troubles anxieux chez l'enfant comprennent: Le **trouble anxieux généralisé** (c'est un état persistant d'anxiété et d'appréhension profondes, caractérisé par des inquiétudes, des peurs et des terreurs excessives. Les enfants ont des préoccupations multiples et diffuses, exacerbées par le stress. Ils ont souvent des troubles de l'attention et peuvent être hyperactifs et agités), le **trouble panique** (c'est lorsqu'un enfant souffre de crises de panique récurrentes et fréquentes), le **trouble d'anxiété de séparation** (il est caractérisé par une peur persistante, intense et inappropriée de la séparation d'une des principales figures d'attachement), le **trouble d'anxiété social** (c'est une peur persistante du ridicule ou d'humiliation dans un contexte social).

Les troubles de stress aigu et de stress post-traumatique: Ce sont des troubles traumatiques liés au stress. Les événements souvent associés à ces troubles sont les agressions, les agressions sexuelles, les accidents de voiture, les attaques de chiens et les blessures (en particulier les brûlures). Chez les jeunes enfants, la violence domestique est la cause la plus fréquente de trouble de stress post-traumatique. Généralement, un enfant souffrant de trouble de stress aigu est "hébété" et semble dissocié de son environnement quotidien. Les enfants atteints de trouble de stress post-traumatique ont des souvenirs intrusifs qui les amènent à revivre l'événement traumatique.

e- le blocage émotionnel-affectif: pour ne plus avoir à souffrir, l'enfant apprend à ne rien ressentir et à ne rien laisser paraître. Il semble indifférent, perdu dans son imaginaire et ses pensées. Il ne parvient plus à identifier et exprimer ses ressentis, ses émotions et ignore ceux des autres, c'est l'**alexithymie***. Cela rend la socialisation difficile. Il y a des répercussions sur la relation à autrui avec des attitudes de méfiance, de retenue et des répercussions dans le développement **intellectuel** identifiables par des troubles des apprentissages.

L'inhibition: En psychiatrie, on définit l'inhibition comme étant un blocage, involontaire et souvent douloureux de l'activation émotionnelle, avec perte de réactions ou d'initiatives. Elle peut se présenter sous plusieurs formes: **l'inhibition intellectuelle** (inhibition qui a tendance à limiter l'imagination, le rêve et la créativité. Elle se répercute également dans les apprentissages scolaires de manière plus ou moins importante, donnant parfois une impression de déficience mentale et peut entraîner des difficultés scolaires et des retards d'acquisition importants. Chez l'enfant inhibé le problème n'est pas un désintérêt pour le savoir mais plutôt un désinvestissement. L'enfant est en proie à des conflits intrapsychiques qui peuvent l'empêcher de se concentrer et de travailler. Ces conflits, et la souffrance qu'ils peuvent générer, font renoncer l'enfant à l'exercice de ses capacités cognitives), **l'inhibition émotionnelle** (l'inhibition émotionnelle peut être utilisée par l'enfant comme un mécanisme de défense servant à lutter contre la prise de conscience d'émotions notamment négatives. Elle engendre des problèmes tant au niveau individuel qu'interpersonnel. Elle peut se présenter de différentes façons en affectant non seulement le ressenti émotionnel personnel

(aspect qualitatif,subjectif de l'émotion) mais également son expression. Au niveau du ressenti: le sujet peut soit tenter de masquer une émotion par une autre, soit il fait abstraction de l'émotion en tentant de la supprimer. Au niveau de l'expression émotionnelle: la personne communique peu ou pas ses affects, son vécu à autrui. L'inhibition émotionnelle peut également inhiber les sentiments de colère et d'agressivité et réfréner les affects positifs), **l'inhibition motrice** (elle traduit un trouble de l'exécution de la pensée. Elle entrave le mouvement non seulement dans son initiation mais également dans son déroulement (bradykinésie*, raideur, akinésie*, douleurs musculaires, pauvreté dans l'expression motrice et corporelle). Elle peut s'accompagner d'autres troubles comme la dyspraxie* ou la dysgraphie*. De part la maladresse qu'elle peut entraîner, l'inhibition motrice peut alors être source d'isolement pour l'enfant). Les sphères intellectuelles, émotionnelles et motrices étant en constante interaction, toutes ces inhibitions sont souvent associées.

– les désordres du comportement

a- Les troubles obsessionnels compulsifs (TOC): Les **troubles obsessionnels compulsifs** sont caractérisés par des obsessions et/ou des compulsions. Les obsessions sont généralement ressenties comme des inquiétudes ou des peurs de se blesser. Les compulsions sont des actes volontaires et délibérés accomplis habituellement afin de neutraliser ou soulager les peurs obsessionnelles, elles comprennent les comportements de vérification, le lavage excessif, le comptage, ou l'organisation. Si les enfants sont empêchés de s'acquitter de leurs compulsions, ils deviennent excessivement anxieux et préoccupés. Les obsessions et compulsions entraînent un grand désarroi et perturbent la vie scolaire ou sociale.

b- Le trouble du déficit de l'attention - hyperactivité (TDAH): Le **trouble du déficit de l'attention - hyperactivité** est un syndrome associant inattention, hyperactivité et impulsivité. Il est considéré comme un trouble neurodéveloppemental (trouble du développement neurologique qui apparaît tôt dans l'enfance, généralement avant l'entrée à l'école, et qui perturbe le développement du fonctionnement personnel, social et scolaire). On estime que ce trouble touche 8 à 11% des enfants en âge scolaire, avec une prédominance chez les garçons. Le début apparaît souvent avant l'âge de 4 ans et toujours avant l'âge de 12 ans. L'âge le plus fréquent du diagnostic se situe entre 8 et 10 ans. Les symptômes cardinaux du déficit de l'attention / hyperactivité sont: **l'inattention** (elle tend à apparaître lorsque l'enfant est confronté à des tâches nécessitant de la vigilance, un temps de réaction rapide, une recherche visuelle et perceptive systématique et une attention soutenue), **l'impulsivité** (elle correspond à des actions précipitées qui peuvent avoir des résultats négatifs (traverser une rue sans regarder par exemple), **l'hyperactivité** (elle concerne une activité motrice excessive. Les enfants, en particulier les plus jeunes, peuvent avoir du mal à rester assis).

L'inattention et l'impulsivité gênent le développement des aptitudes scolaires, des stratégies de réflexion et de raisonnement, la motivation scolaire et l'adaptation aux exigences sociales. On peut retrouver une faible tolérance aux frustrations, une tendance à l'opposition, des crises de colère, de l'agressivité, une sociabilité et des relations de camaraderie médiocres, des troubles du sommeil, de l'anxiété, une dysphorie*, une dépression et des sauts d'humeur.

c- Le trouble oppositionnel avec provocation: Le **trouble oppositionnel avec provocation** est un modèle récurrent ou persistant de comportements négatifs, provocants ou même hostiles envers les figures de l'autorité. Avant la puberté, le garçon est bien plus souvent atteint que la fille. Les caractéristiques principales de ce trouble sont l'irritabilité et la provocation. De nombreux enfants touchés ont des déficits des compétences sociales.

d- Le trouble des conduites: Le **trouble des conduites** est un modèle de comportement récurrent ou persistant dans lequel l'enfant bafoue les droits d'autrui ou les principales règles ou normes sociales liées à son âge. Les enfants souffrant de trouble des conduites manquent de sensibilité par rapport aux sentiments et au bien-être des autres; et parfois, ils perçoivent de façon erronée l'attitude des autres comme menaçante. Ces enfants peuvent s'adonner à la destruction de la propriété d'autrui, au mensonge et au vol. Ils tolèrent mal la frustration et sont souvent imprudents, violant les règles et interdictions parentales (fugue, absentéisme...).

3- La classification des troubles mentaux

En France, trois classifications sont principalement utilisées en psychopathologie de l'enfant. Elles sont toutes multi-axiales, permettant ainsi d'aborder un enfant sous différents éclairages : l'axe des événements de vie, celui des potentialités cognitives, ou celui des aspects psychosociaux.

- **La Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent (CFTMEA R2012)**

Cette 5ème version a pour originalité de mettre en valeur les spécificités de la pédopsychiatrie française mais aussi d'établir la correspondance avec la Classification internationale des maladies (CIM 10). Il s'agit d'un glossaire diagnostique qui s'appuie essentiellement sur l'expérience et le jugement du clinicien. Cette classification francophone, spécifique à l'enfant, est bi-axiale, avec un axe consacré aux catégories cliniques de base et un axe subdivisé en deux sous-axes, l'un pour les facteurs organiques, l'autre pour les facteurs et conditions d'environnement.

- **La Classification internationale des maladies (CIM 10)** de l'Organisation mondiale de la Santé

Le chapitre V de la 10^e Révision de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10) présente une classification détaillée de plus de 300 troubles mentaux et du comportement. C'est une classification statistique.

Elle distingue trois axes: l'axe du diagnostic psychiatrique, l'axe du diagnostic somatique et l'axe des aspects psychosociaux. La CIM-10 est la référence pour la cotation des actes dans les hôpitaux. La CIM-11 est en cours.

- [Le manuel statistique et diagnostic des troubles mentaux](#), version 5 (DSM 5)

Les troubles apparus dans l'enfance sont désormais pris en compte dans une perspective développementale et longitudinale, ce qui aboutit à un chapitre sur les troubles neurodéveloppementaux et à la définition d'un «trouble du spectre de l'autisme». Il y a un intérêt nouveau sur des dimensions spécifiques telles que l'impulsivité et l'agressivité, pour expliquer la survenue de symptômes et leur transformation tout au long de la vie. Le DSM-5 (et son prédécesseur le DSM-IV-TR) est préférentiellement utilisé pour la recherche en psychiatrie.

C- Attachement, estime de soi et anxiété

Lorsque les besoins fondamentaux d'attachement sécurisant n'ont pas trouvé de réponse adaptée, soit par négligence, incohérence éducative voire maltraitance, l'enfant traverse des expériences vécues comme traumatisantes. Ils passent alors par tout type d'émotions, telles que le désespoir, la peur de mourir ou de partir en morceaux, la colère...). Ces émotions déclenchent des états de tension et d'excitation dont l'intensité extrême a débordé les capacités de traitement de leur appareil psychique. Des recherches récentes en neurologie montrent que les troubles relationnels précoces et les expériences de stress répétées ont une incidence sur la constitution cérébrale responsables de la reconnaissance des perceptions corporelles, de la gestion des émotions et de l'impulsivité.

Pour faire face à ces situations traumatisantes, l'enfant se construit différemment pour pouvoir survivre psychiquement et pouvoir gérer ses états émotionnels. Outre le stress intense qu'il vit et l'anxiété que cela peut générer, la construction de l'estime de soi relationnelle et émotionnelle est elle aussi mise à mal.

1- Troubles relationnels précoces et estime de soi

Pour se sentir exister, chaque être humain doit être assuré d'une estime de lui-même suffisante. Cette estime de soi naît, se construit et se maintient dans le rapport à autrui, dans l'estime de l'Autre. Les modalités d'interactions précoces, la valeur donnée par l'entourage aux comportements et les modes de réponse qui en découlent, ont un rôle essentiel dans la construction et le maintien de l'estime de soi.

«L'estime de Soi est liée au Soi émotionnel: il s'agit de décrire la valeur qu'une personne se donne, à quel degré elle se voit, elle-même, comme précieuse, ayant de la valeur, comme quelqu'un qui en vaut la peine et qui mérite des efforts, comme une personne significative.

Pour se sentir une personne «significative», il faut d'abord s'être senti une personne importante aux yeux de ceux qui nous ont élevés»⁹. Lorsque l'enfant est en détresse et que les personnes qui l'élèvent répondent de manière adéquate à ses besoins d'attachement, il pourra développer deux «images mentales»: celle d'une image de l'autre comme digne de confiance, accessible et disponible et celle d'une image de soi digne d'intérêt, digne d'amour et ayant de la valeur même dans les situations de vulnérabilité. L'enfant développe parallèlement un sentiment d'efficacité personnelle puisque ses appels ont été pris en compte rapidement. Il va ainsi pouvoir avoir confiance en soi. Les capacités parentales à contenir, interpréter et résoudre les émotions négatives de l'enfant sont essentielles pour que l'enfant puisse être reconnu dans tous les registres émotionnels qu'il peut exprimer. Lorsque la réponse aux besoins d'attachement de l'enfant est inadéquate (pas de réponse de manière durable ou réponse effrayante), l'enfant développe un attachement désorganisé, véritable marqueur de vulnérabilité en particulier dans le domaine de l'estime de soi et de la régulation émotionnelle.

2- Troubles relationnels précoces et anxiété

Lorsque le «caregiver*» n'est pas suffisamment disponible aux besoins de l'enfant, besoins physiologiques (sommeil, nourriture, soins médicaux), besoin d'amour (tendresse, câlins, régulation face à la peur), besoin de sécurité (sentiment d'être protégé) et besoin d'appartenance (faire partie d'un groupe, se sentir important, avoir sa place), il y a une altération de la qualité de l'attachement.

S'installe alors une insécurité relationnelle responsable d'anxiété chez l'enfant.

Ces dernières années, des chercheurs en neurosciences ont montré l'impact des négligences et des abus sur les enfants et en particulier les conséquences de l'exposition au stress chronique. Dans la deuxième année de vie du bébé, le cerveau atteint sa première étape de maturation: toutes les expériences d'attachement sont alors enregistrées dans l'hémisphère droit, dans la mémoire implicite. Cet hémisphère droit a davantage de relations avec le corps, avec le système nerveux autonome et avec l'hypothalamus qui commande le système de stress dans le corps. Son développement dépend essentiellement de la capacité du caregiver à réguler les affects négatifs du bébé et encourager les affects positifs. Ainsi, lorsque l'attachement est insécure, l'hémisphère droit manque de maturation et n'atteint pas le niveau de complexité nécessaire pour évoluer en société de façon optimale. Un enfant qui subit de la négligence ou des abus développe très tôt un mode de fonctionnement dirigé par la menace, la peur et la survie. Cette insécurité amène à de la confusion et à un besoin vital de scanner l'environnement en permanence face à d'éventuelles menaces.

II- La nature et les caractéristiques de la technique artistique choisie: les arts-plastiques

A- La place de l'art dans l'humanité

1- La sensibilité de l'être humain

Le mot « sensible » apparaît au XIII^e siècle pour distinguer l'âme sensible de l'âme raisonnable. Dès le XVII^e siècle, « sensible » signifie « qui ressent une impression », puis « facilement ému », pour exprimer à partir du XVIII^e siècle « qui a des sentiments humains ». Un être sensible est un être doué de sensibilité. Aujourd'hui le dictionnaire Larousse définit la sensibilité comme l'aptitude d'un organisme à réagir à des excitations externes ou internes, l'aptitude à réagir plus ou moins vivement à quelque chose, l'aptitude à s'émouvoir, à éprouver des sentiments d'humanité, de compassion, de tendresse pour autrui ou encore comme une opinion, tendance ou courant politique. La sensibilité humaine est une disposition de l'esprit à percevoir le monde. Ce mécanisme d'impression de l'être humain va pouvoir se faire grâce aux sens dont il est pourvu, notamment à travers ses capteurs sensoriels (vue, ouïe, goût, odorat, toucher) mais aussi à travers ses capteurs internes (thermoception: la capacité à ressentir les températures , la nociception: capacité à ressentir la douleur , la proprioception (ou kinesthésie): capacité à localiser ses propres membres et l'équilibriception: capacité à maintenir son équilibre). C'est par ce mécanisme d'impression mais aussi d'expression (mécanisme permettant d'extérioriser des choses de son monde interne) que l'être humain va pouvoir s'adapter au monde et se développer.

2- l'expression de l'être humain par l'art

De l'époque préhistorique au XXI^e siècle, l'homme s'est toujours manifesté à travers l'art, sous toutes ses formes. Un des traits les plus caractéristiques de l'homme est son besoin d'art. L'art est avant tout le domaine qui regroupe toutes les oeuvres réalisées par l'Homme. Les définitions de l'art varient selon les époques et les lieux. Le mot «art» vient du latin «ars» lui-même dérivé du mot grec «technê», qui signifie à la fois la technique (l'art de), la création artistique ou même dans son sens le plus poussé, la recherche du beau (l'art pour l'art ...). Nous pourrions le définir comme une démarche créatrice d'un individu qui, par diverses techniques et sur différents supports, cherche à faire passer un message en appelant les émotions d'un public par la recherche de la beauté, de la provocation ou du détournement. De tous temps, l'homme a cherché à transmettre des sentiments ou des idées à travers l'art. L'art est le reflet de l'expression humaine. Il traduit nos pensées et nous permet d'entrevoir celles des autres. Ces pensées peuvent s'exprimer dans différents langages écrits ou non (théâtre, arts-plastiques, danse, chant, musique...). L'art est omniprésent dans notre monde et c'est un langage universel.

B- Les arts-plastiques: caractéristiques et impacts

1- La technique des arts-plastiques offre de nombreuses possibilités

Nous avons vu précédemment que l'art était l'expression d'une idée, d'un sentiment, d'un message, d'une émotion, d'une critique à travers un processus de création, de savoir faire.

Le plastique est un matériau qui peut se transformer, prendre toutes les formes, qui est malléable. Ce mot vient du grec « plastikos » qui veut dire donner la forme. Les arts-plastiques sont donc associés à tous les processus de création permettant d'exprimer la beauté, les sentiments à travers la création de formes abstraites ou palpables. . Ils comprennent de multiples formes d'expression telles que la peinture, la sculpture et le dessin pour les plus classiques, mais aussi la photographie, le photomontage, la vidéo, le collage, la gravure, l'assemblage... Les arts plastiques s'appuient sur le mécanisme d'impression qui est éveillé par une stimulation de la perception sensorielle. Ceci rend possible alors toutes sortes de manifestations d'expression (des gestes archaïques comme déchirer, plier, étaler..., différents types d'impression comme appuyer, effleurer..., des dessins figuratifs ou abstraits...). Cette diversité des techniques permet de pouvoir faire un choix en fonction de ses désirs de création. L'Art-thérapeute va pouvoir aussi adapter la technique en fonction des objectifs thérapeutiques.

2- Les arts-plastiques sont facilement accessibles

Les arts plastiques s'adressent à tous les esprits en quête de créativité et l'être humain est de nature créative. La créativité désigne la capacité de produire des œuvres nouvelles, d'user de comportements nouveaux et de trouver des solutions nouvelles à un problème.

Les arts-plastiques peuvent se pratiquer à tous les âges de la vie: La notion d'esthétique rentre en compte dès le plus jeune âge. De nature curieuse, le tout-petit aime découvrir son environnement, explorer par ses mains, gribouiller, toucher et patouiller. Dès 1 ou 2 ans, l'enfant s'exerce à regarder, à reproduire et surtout à interpréter le monde qui l'entoure. Il exprime ses idées par un autre langage que la parole. Il aime créer des choses, les imaginer, les voir se mettre en forme de ses propres mains. Cela se poursuivra de l'enfance à l'âge adulte jusqu'à la fin de vie.

Les arts plastiques peuvent s'adresser à toutes les personnes en souffrance: De part la diversité des techniques et outils possibles et de la liberté de création qu'ils offrent, les arts-plastiques sont facilement accessibles et peuvent s'adapter à toutes les personnes quelques que soient leurs difficultés: personnes en difficulté et/ou rupture sociale, personnes souffrant de troubles psychiatriques, personnes souffrant de handicap mental et /ou sensori-moteur, personnes souffrant de difficultés psychologiques et relationnelles, personnes atteintes de maladies somatiques, personnes en situation de détention ou encore personnes victimes de violences.

3- Les arts-plastiques, une empreinte dans le temps

Les œuvres d'art accompagnent l'histoire. Elles en remontent le cours, la commentent, l'interprètent, et en cristallisent certains événements. Les œuvres d'arts sont une certaine mémoire du monde. Les arts plastique sont efficaces car ce sont des empreintes que laissent aux générations futures les hommes du passé: leur manière de vivre, de penser, leurs rituels.... Ces empreintes matérialisent et fixent non seulement les intentions des hommes mais aussi leur état d'âme. Les arts plastiques reflètent, au moyen de ressources plastiques, le fruit de l' imagination ou d'une vision de la réalité à un moment donné. Il peut être intéressant de poser un nouveau regard sur une œuvre réalisée à un certain moment de son existence.

C- Les bénéfices des arts-plastiques sur la santé: de l'art à l'art-thérapie

Bien qu'étant un moyen d'expression, de matérialisation de la beauté, les arts-plastiques possèdent aussi des vertus bénéfiques au bien-être et au développement intrinsèque de l'homme. En effet, chaque œuvre d'art transmet une histoire, elle communique avec notre subconscient et nous affecte sans que l'on ne s'en rende compte. C'est la raison pour laquelle l'art est utilisé pour apaiser, guérir, et produire quelque chose de nouveau en l'homme.

1- La créativité dans les arts-plastiques en faveur de l'estime de soi et la confiance en soi

L'estime de soi et la confiance en soi sont deux concepts importants afin de faire face aux défis quotidiens de la vie. Le dictionnaire Larousse de la psychologie définit l'estime de soi comme l'attitude plus ou moins favorable envers soi-même, la manière dont on se considère, le respect que l'on se porte, l'appréciation de sa propre valeur dans tel ou tel domaine. L'estime de soi est en rapport avec des valeurs. La confiance en soi est la croyance qu'entretient une personne envers ses propres aptitudes, capacités et jugements, ou sa conviction qu'elle peut réussir à faire face aux défis et aux exigences de tous les jours. La confiance est en rapport avec des capacités (capacités à atteindre un objectif). Les arts-plastiques font appel à la créativité et créer c'est agir et devenir acteur selon ses désirs, ses goûts et ses valeurs. S'inscrire dans un projet créatif permet de retrouver des valeurs. Cela signifie être capable d'adhérer à une action artistique avec une intention, un début, une durée, une fin. Exprimer son «Moi» profond à travers le processus de création artistique, c'est croire d'une manière ou d'une autre en son potentiel et en ses capacités, c'est affirmer ses besoins et c'est trouver sa place parmi les autres.

2- Les arts-plastiques vecteurs d'expression et de transformation

Réaliser une création en art-plastique suppose impliquer tout le corps (réel et imaginaire) à travers l'action créatrice et les sensations qui s'y engagent, ainsi que les émotions et la pensée.

Pendant le processus de création se jouent des liens entre la production artistique, les émotions et les pensées correspondantes. «L'utilisation des arts plastiques comme la peinture, la terre, et les images (collages), le dessin, etc..., permet d'éveiller l'imaginaire, de donner une forme aux représentations et aux émotions, afin de mieux pouvoir les comprendre et ainsi favoriser un processus de transformation et de maturation. Ces matériaux créatifs vont devenir des sortes de médiateurs entre la personne et son univers sensitif, émotionnel et imaginaire»².

3- Les arts-plastiques facteurs d'apaisement

L'art en général a des vertus apaisantes et calmantes qui ne sont plus à prouver. La majorité du stress est causée par la rumination continuelle du passé ou de l'inquiétude à propos du futur. En ramenant l'attention sur le moment présent, au corps et aux cinq sens en pratiquant une activité artistique, cela peut aider à laisser aller les pensées anxiogènes. La pratique des arts-plastiques permet de se détourner des pensées parasites et négatives en se concentrant. Elle permet de voir les choses avec une nouvelle perspective. S'engager dans une démarche artistique permet d'obtenir un état quasi méditatif et donc un état de grande relaxation. Enfin, prendre du temps pour soi c'est aussi prendre soin de sa santé mentale et physique.

Des chercheurs de l'université de Drexel ont prouvé que pratiquer l'art sous différentes formes, même si les participants n'étaient pas familiers au processus artistique, permettait de faire baisser le niveau de cortisol (hormone responsable du stress). La peinture, le dessin, le collage et le modelage d'argile apparaissent comme les activités les plus relaxantes. L'étude a également prouvé que 45 minutes suffisent pour commencer à ressentir un effet positif.

III- L'Art-thérapie et son intérêt dans la prise en soin des enfants présentant des troubles psychiques

A- L'Art-thérapie: une pratique professionnelle au service du soin

1- Qu'est-ce que l'Art-thérapie?

L'art est défini comme un savoir-faire qui consiste en la création d'objets ou de mises en scène spécifiques destinées à produire chez l'homme un état particulier de sensibilité, plus ou moins lié au plaisir esthétique. En Art-thérapie, l'art est le domaine relatif à une technique artistique particulière (arts-plastiques, danse, musique...) choisie dans l'intention d'obtenir un ressenti spécifique. L'art se met au service du soin. L'art-thérapie utilise en vue d'un mieux-être, la capacité qu'a l'art de mettre en mouvement le corps et l'âme. L'esthétique dans l'art est utilisé dans le processus thérapeutique. La thérapie est un moyen de prévenir, traiter, soigner ou soulager une maladie.

L'art-thérapie est donc une pratique paramédicale qui consiste à accompagner les personnes dont la santé est affectée (sur le plan physique, mental ou social) en exploitant le potentiel artistique. L'art-thérapie se concentre sur le processus de création et, au besoin, sur les émotions, idées et sentiments qui émergent lors de ce processus, et non sur la qualité technique du résultat. Le processus de création implique un processus psychique et intellectuel, un processus de ressenti et de mise en mouvement de l'esprit et du corps. «Le processus créatif est cette faculté de l'individu à imaginer, construire, élaborer une idée, une œuvre, un objet, un scénario. La créativité réside dans la capacité de se servir des choses, des idées et des situations existantes et d'en faire une association originale (...). Le travail de création change, modifie ou transforme la perception que l'on a de son environnement et de son propre monde intérieur»¹⁴. «L'art-thérapie est un accompagnement de personnes en difficulté (psychologique, physique, sociale ou existentielle) à travers leurs productions artistiques: œuvres plastiques, sonores, théâtrales, littéraires, corporelles et dansées. Ce travail subtil qui prend nos vulnérabilités comme matériau, recherche moins à dévoiler les significations inconscientes des productions qu'à permettre au sujet de se re-crée lui-même, se créer de nouveau, dans un parcours symbolique de création en création. L'art-thérapie est ainsi l'art de se projeter dans une œuvre comme message énigmatique en mouvement et de travailler sur cette œuvre pour travailler sur soi-même. L'art-thérapie est un détour pour s'approcher de soi»¹¹.

La particularité de l'art-thérapie réside donc dans l'encouragement à la survenue du processus créatif permettant la transformation profonde du sujet créateur.

2- Art-thérapeute, un métier

Encourager la survenue du processus créatif en art-thérapie suppose que l'art-thérapeute soit spécialement formé. Il doit en ce sens avoir des compétences artistiques mais aussi des connaissances scientifiques (connaissances médicales, en psychologie humaine et sociale...) et des compétences art-thérapeutiques spécifiques à la profession. La formation à la profession d'art-thérapeute doit donc répondre à ces exigences.

L'art-thérapeute répond à un code de déontologie propre aux art-thérapeutes. Il peut exercer en profession libérale ou dans des établissements. Il peut travailler dans des secteurs très diversifiés (Hôpitaux public, EHPAD*, CMPP*, IME*, Foyers d'accueil, Maisons d'arrêt...). Il travaille alors en équipe pluridisciplinaire et / ou en réseau.

L'art-thérapeute propose une discipline paramédicale. Richard Forestier le justifiera ainsi: «Les protocoles thérapeutiques ainsi fondés permettent à l'art-thérapie moderne de revendiquer le statut de discipline paramédicale, originale dans ses fondements scientifiques, son esprit, sa finalité thérapeutique, avec des moyens artistiques et thérapeutiques spécifiques»⁸.

L'art-thérapeute est donc soumis aux mêmes règles que le personnel paramédical (ex : le secret professionnel). Il est sous l'autorité médicale dans le secteur sanitaire et sous l'autorité administrative de l'institution dans le secteur social. Pourtant, si l'art-thérapie est de plus en plus reconnue pour son efficacité et que l'OMS* (Organisation mondiale pour la santé) a mentionné dans un rapport récent, publié en Novembre 2019, les bénéfices de l'art pour la santé mentale et physique, le statut d'art-thérapeute reste encore aujourd'hui en France un statut à défendre.

B- Intérêts de l'art-thérapie pour des enfants présentant des troubles psychiques.

Nous savons depuis longtemps que l'art a une influence sur le psychisme. Dès l'Antiquité, l'art est utilisé pour soigner, et son concept en tant que thérapie pourrait être attribué à Aristote qui observe les effets bénéfiques de la tragédie grecque sur les spectateurs. Selon lui, la représentation théâtrale permettrait aux hommes d'entrer dans un processus de catharsis, c'est-à-dire de se décharger de leurs pulsions, angoisses ou fantasmes en s'identifiant aux personnages du drame.

En Europe, au début du XXème siècle, des psychiatres s'intéressent aux productions artistiques de leurs patients. Parmi les premiers, on peut citer M. Réja mais aussi JM. Charcot, S. Freud et CG Jung. Ce dernier a expérimenté notamment les bienfaits de l'expression par le dessin. En 1924, Jean Vinchon, psychiatre surréaliste français, propose l'activité artistique comme méthode thérapeutique dans les hôpitaux psychiatriques et publie «L'Art et la folie». Hans Prinzhorn, psychiatre et historien d'art allemand, étudie et constitue une importante collection d'art psychopathologique. Ses travaux, présentés dans son livre «Expressions de la Folie» en 1922, bouleversèrent le regard des artistes et de la société sur «l'art des fous » au XXe siècle. Ils furent une profonde source d'enthousiasme pour Paul Klee et influencèrent Max Ernst (et par son biais les Surréalistes). Ils inspirèrent également Jean Dubuffet qui, en 1949, crée la Compagnie de l'Art Brut . Elle assurera la diffusion et l'exposition des œuvres de l'Art Brut, regroupant des productions réalisées par des non-professionnels de l'art, sans culture artistique, œuvrant en dehors des normes esthétiques convenues (pensionnaires d'asiles psychiatriques, autodidactes isolés...). En 1950 a lieu la première exposition d'art psychopathologique à l'hôpital Saint Anne à Paris dans le cadre du 1er congrès mondial de psychiatrie. En 1954, le premier département d'art psychopathologique s'ouvre sous l'impulsion de Robert Volmat à la Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Paris). Dans les années 70, le psychanalyste et pédiatre D.W. Winnicott développe l'idée qu'en étant créatif, l'individu découvre le «soi». Par la suite, Mélanie Klein, psychanalyste, montre dans son travail avec les enfants que les jeux et la création peuvent servir de base.

Il faudra attendre ces années 70 pour que l'art-thérapie se détache de la «psychothérapie par l'art» pour élargir son champs d'action à d'autres pathologies que les maladies psychiatriques.

Toutefois, l'art-thérapie a encore aujourd'hui une grande place dans les services de psychiatrie et présente un grand intérêt dans la prise en charge des troubles psychiques de l'enfant.

1- L'art-thérapie pour mettre en forme des émotions et des ressentis

L'être humain est confronté de manière régulière à des émotions. Les émotions sont l'objet de ces dernières années d'un intérêt croissant en psychologie du développement et en psychopathologie. Les apports des neurosciences mettraient en avant des liens entre émotions, processus de pensée, comportement adaptatif et cognition. Il est en effet important de pouvoir exprimer ses émotions et de les reconnaître afin de les comprendre et de pouvoir les moduler en fonction du contexte. Cependant, tant que le cerveau n'a pas atteint sa pleine maturité (20 à 30 ans), les processus de gestion des émotions ne sont pas totalement fonctionnels. L'enfant a donc des difficultés à contrôler et maîtriser ses réactions émotionnelles. L'apprentissage du langage des émotions aura alors sur lui un impact sur son comportement social, et notamment sa capacité à surmonter le stress, à gérer son agressivité et à exprimer ses affects. Quand un enfant apprend à repérer ses émotions et à repérer le message envoyé par son corps, il arrive mieux à s'adapter et à comprendre ce qui compte pour lui mais aussi pour les autres. La plupart des troubles psychiques chez l'enfant peuvent être considérés comme des exagérations ou des déformations des émotions et des comportements normaux.

On considère que la pathologie survient lorsque l'émotion est dérégulée, que l'affect est réprimé, inaudible ou qu'il connaît des aléas qui empêchent son expression directe à l'autre (troubles émotionnels et troubles touchant à la reconnaissance ou à l'expression des émotions). L'art-thérapie en s'appuyant sur des outils artistiques et en sollicitant la créativité, l'intuition et l'imagination, va permettre à l'enfant d'exprimer sa pensée, ses ressentis et ses émotions mais aussi de découvrir de nouvelles émotions. «En s'appuyant sur le processus de création artistique, qui est par essence un processus émotionnel, l'art-thérapie s'est construite de manière à stimuler et mettre dans les meilleures conditions toute personne qui souhaite déposer ses émotions, les exprimer, les identifier, les comprendre et potentiellement les modifier»⁵. L'art-thérapie est une approche moins introspective, plus expérientielle, et plus subjective que les approches verbales classiques. Le langage artistique devient un élément d'expression lorsque le langage verbal bloque. La mise en forme des émotions et des ressentis par l'art-thérapie est donc une thérapie très intéressante dans la complémentarité de thérapies favorisant plutôt la mise en mots.

2- L'art-thérapie pour soutenir la continuité psychique

Le psychisme d'une personne est constitué de fonctions liées à la pensée, à l'agir et aux affects qui lui permettent de s'inscrire dans un environnement et d'y fonctionner. Il donne lieu au sentiment d'identité et plus globalement à ce qu'on appelle la personnalité.

Pour se construire psychologiquement, l'individu a besoin de continuité (donner du sens, anticiper, devenir acteur...). Les enfants présentant des troubles psychiques ont souvent besoin d'une soutenance pour maintenir ou restaurer la permanence du sentiment de la continuité d'exister.

L'art-thérapie est reconnue pour ses bienfaits auprès des personnes vulnérables dont les pénalités ont des répercussions sur le sentiment d'exister, d'avoir une valeur, sur l'affirmation de soi. L'art-thérapie va permettre à l'enfant de développer une écoute active et bienveillante vis à vis de lui-même mais aussi de son entourage, de stimuler ses cognitions et d'être dans l'anticipation et l'action. De part les protocoles art-thérapeutiques que l'art-thérapeute propose, l'enfant va pouvoir acquérir une certaine autonomie en prenant confiance en lui et en affirmant sa personnalité. Grâce à la continuité des séances, aux objectifs à atteindre, l'enfant va pouvoir «se raconter» dans le temps (ce qu'il a fait, ce qu'il fait et ce qu'il va faire). Tout cela participe au soutien de la continuité psychique.

3- L'Art-thérapie pour proposer une alliance thérapeutique sécurisante

Lorsque nous nous penchons sur l'histoire des enfants suivis en pédopsychiatrie, nous observons très souvent que l'existence de troubles psychiques chez ces enfants émanent de difficultés des interactions précoces. Lorsque les interactions précoces ne soutiennent pas notamment les processus d'individuation, de séparation et de socialisation, le risque de survenue de psychopathologie est important. Myriam David (1917-2004), pédopsychiatre française, met en avant l'intérêt pour ces enfants d'être suivis par des soignants référents qui tiennent compte de la spécificité de la situation des enfants et de leur entourage. Elle «garde une sorte de confiance inébranlable dans le soin à apporter à ces enfants pour qu'ils parviennent à s'enrichir de relations interpersonnelles et à poursuivre le chemin de leur individuation»²⁰. John Bowlby précise que le thérapeute «a un rôle de base de sécurité pour permettre au patient d'explorer son monde interne avec un sentiment de sécurité. Il encourage son patient à explorer le monde de ses idées, des sentiments, des actions présentes et passées»¹⁵. Par le biais de l'alliance thérapeutique, l'art thérapeute est garant de l'émergence du langage créatif en proposant un espace approprié aux enfants. Il est bienveillant et propose un cadre sécurisant.

4- L'art-thérapie pour revaloriser l'estime de soi et diminuer l'anxiété

Nous avons pu voir que l'enfant se construisait des modèles internes en fonction du type d'attachement. Ces modèles internes sont des représentations mentales, inconscientes et conscientes, des relations et de soi. Lorsque l'attachement n'est pas sécurisant, l'enfant peut développer une mauvaise estime de soi et une anxiété. Ces modèles internes peuvent persister jusqu'à l'adolescence, voire même à l'âge adulte. Il est donc primordial de restaurer ou améliorer l'estime de soi, souvent défaillante chez les enfants présentant des troubles psychiques, afin de consolider leur identité et leur personnalité.

Plusieurs expériences témoignent de l'impact positif de l'art-thérapie dans la valorisation de l'estime de soi. «Le développement de l'estime de soi ne peut se faire qu'en présence de ces sentiments: celui de sécurité, d'individualité et d'identité, d'appartenance, de capacité, d'avoir des buts, des responsabilités. Or, l'art-thérapie permet de tels sentiments. Elle peut aussi constituer une réserve d'estime de soi en ce qu'elle apporte une expérience favorisant le bien-être et le plaisir, donc perçue comme une expérience positive.»¹³. «La créativité est une façon pour l'adolescent de s'explorer, de se connaître, de devenir un individu. Lorsque la créativité s'exprime, l'estime de soi se développe et cela engage une transformation. C'est ce phénomène que nous avons pu observer durant le cheminement thérapeutique des adolescentes accueillies en atelier.»¹⁷. Nous pensons en effet que lorsque l'art-thérapeute porte de l'intérêt à l'enfant, l'amène à se lancer dans le processus créatif, à se faire plaisir et à arriver à un résultat esthétique de sa production, cela favorise l'estime de soi. C'est sur cette hypothèse que notre étude tentera de prouver l'efficacité de l'art-thérapie dans la revalorisation narcissique des enfants présentant des troubles psychiques au sein d'un hôpital de jour de pédopsychiatrie. La deuxième hypothèse portera sur l'intérêt de l'art-thérapie dans la diminution de l'anxiété chez ces enfants. De récentes études scientifiques témoignent de l'efficacité de l'art-thérapie dans la diminution de l'anxiété, influant notamment sur la diminution du cortisol. Plusieurs travaux de fin d'études d'art-thérapeutes traitent de la diminution de l'anxiété grâce à l'art-thérapie auprès de personnes souffrant de pathologies médicales (cancer, Alzheimer, Accident vasculaire cérébrale...). Nous trouvons notamment des travaux sur l'impact de la musicothérapie. En revanche, nous n'avons pas trouvé d'études portant sur la diminution de l'anxiété chez les enfants par des expériences art-thérapeutiques avec les arts-plastiques. Nous pensons pourtant que, de part le fait que l'art soit libérateur en lui-même, que l'art-thérapeute puisse amener l'enfant à «évacuer ses pensées négatives» en se plongeant dans le processus créatif, dans un cadre sécurisant et en relation privilégiée avec l'art-thérapeute, les enfants présentant des troubles psychiques pourraient voir leur niveau d'anxiété diminuer.

2ème Partie : Matériel et méthodes

I Matériels

[A- Présentation de «L'Arche», hôpital de jour de pédopsychiatrie à médiations animales](#)

L'Arche est une unité de soins de jour du PUPEA* du Centre Hospitalier Henri Laborit de Poitiers (86). Le PUPEA* est divisé en plusieurs cliniques d'activités. L'Arche fait partie de la clinique «Expertise Innovation et Soins des Troubles du neuro-développement (EXIST)». Cette unité a été créée en 2018.

1- Lieu d'accueil, équipe et population accueillie

L'Arche est basée dans une ancienne ferme sur la commune de Fontaine-le-Comte à quelques kilomètres de Poitiers. Elle dispose d'un parc animalier, d'une maison, d'une grange pour les animaux et d'une autre grange aménagée constituée de bureaux médicaux, d'une salle de motricité et d'une salle dédiée aux petits animaux au rez de chaussé et d'une salle d'activités à l'étage. Les animaux de l'Arche comprennent: chevaux, lama, chèvres, poules, lapins, cochons d'Inde, chien (de temps en temps). L'équipe est actuellement composée d'un médecin pédopsychiatre responsable de la structure, une cadre de santé, deux infirmiers, un éducateur, une psychologue et une secrétaire. Des étudiants infirmiers, éducateurs et prochainement étudiants en médecine peuvent être présents lors de stages sur la structure. C'est la première fois que la structure accueillait une stagiaire art-thérapeute.

L'Arche accueille des enfants et adolescents de 6 à 18 ans de 9h à 16h30 à la journée ou à la demi-journée. Les indications d'orientation à l'Arche sont évaluées par le médecin pédopsychiatre responsable de la structure et discutées en équipe et avec les partenaires extérieurs. Ces jeunes viennent soit de structures médico-sociales (IME*, IEM*, ULIS*...) et présentent des troubles du comportement importants dans le cadre des retards mentaux moyens et légers pour des prises en charge hebdomadaire (il s'agira de l'unité «Merens»), soit du PUPEA pour des prises en charge de demi-journées centrées sur la médiation animale (il s'agira de l'unité «Avaloosa»). Les pathologies rencontrées le plus souvent au sein de l'unité Merens sont des pathologies du lien avec carences affectives et/ou éducatives entravant le développement harmonieux de l'enfant ou de l'adolescent. Les troubles du comportement peuvent se manifester dans le cadre de distorsions graves des liens d'attachement, troubles envahissants du développement, schizophrénie ou encore maladies génétiques ou chromosomiques. Les pathologies rencontrées au sein de l'unité Avaloosa sont beaucoup plus diverses. Dans le cadre de notre étude, nous avons ciblé les enfants de l'unité Avaloosa, adressés par le centre de soin ambulatoires de l'enfance: le CESAM* (anciennement nommé CMPEA*) du PUPEA*. Ces enfants présentent essentiellement des troubles psychiques sans retards mentaux.

2- Le projet de soin

Le projet de soin de l'Arche est axé sur le désir de renforcer et de développer la médiation animale auprès des enfants et adolescents accueillis sur la structure dans l'objectif d'améliorer la prise en charge globale des patients partant du principe que la médiation animale est source d'apaisement sur le plan psychique et/ou de mobilisation des processus psychiques. Pour l'unité Merens, les 2 groupes constitués de 4 à 5 enfants ou adolescents sont accueillis les lundis et vendredis de 9h à 16h. Le projet de soin consiste à proposer une prise en charge individualisée en lien avec l'évaluation pluridisciplinaire de l'enfant, d'identifier et repérer les difficultés pour effectuer un diagnostic. Le travail d'observation et d'évaluation repose sur l'ensemble des modalités d'intervention des soignants, d'activités et des soins proposés par l'unité.

L'observation est centrée sur les capacités d'adaptation, de communication et d'ajustement relationnel. Les outils de soins proposés sont les temps quotidiens formalisés (accueil, promenade, repas thérapeutique, goûter...) et les activités thérapeutiques (médiation animale, ateliers de création artistique, ateliers socio-thérapeutiques, ateliers d'expression; en groupe ou en individuel). Pour l'unité Apaloosa, les 8 groupes constitués de 4 à 5 enfants sont accueillis à la demi-journée les mardis mercredis et jeudis (excepté le jeudi matin, réservé aux réunions de synthèse de la structure).

Le projet de soin est centrée sur la médiation animale. Un infirmier et la psychologue de la structure ont validé un Diplôme d'État Relation d'Aide par la Médiation Animale organisé par la Faculté de Médecine d'Auvergne. D'autres outils de soins sont proposés pour ces enfants: les activités quotidiennes, comme pour l'unité Merens, et les activités thérapeutiques autres que la médiation animale avec notamment une activité jardinage et une activité créativité. Cette activité créativité est menée par une infirmière de la structure. Nous verrons ultérieurement que ce temps thérapeutique à médiation artistique est différent de l'art-thérapie et que c'est pour cela que des séances d'art-thérapie ont pu être proposées en complément des prises en charge des enfant lors de notre stage.

B- Objectifs des prises en charge art-thérapeutiques

1- L'organisation des prises en charge

Nous avons fait le choix de répartir les 140 heures de stage sur 14 semaines à raison de 10 heures par semaine afin de pouvoir faire bénéficier aux enfants d'une prise en soin art-thérapeutique 1 fois par semaine sur une période suffisamment longue pour qu'ils puissent s'investir davantage dans la relation thérapeutique et le soin. Nous avons établi avec la cadre de santé un emploi du temps pour fixer notre temps de présence sur la structure (lundi matin, mardi et jeudi matin). Nous avons commencé ce stage par une semaine d'observation et d'entretiens individuels avec tous les enfants pour leur présenter l'art-thérapie et envisager ou non un suivi art-thérapeutique. Nous avons ensuite choisi les patients qui pourraient bénéficier des séances d'art-thérapie, en fonction de leur projet de soin global et de leur adhésion ou non à la proposition de suivi. Ce choix s'est fait en équipe et avec la validation du médecin. Nous avons créé un emploi du temps à afficher dans la pièce principale de la structure afin que les enfants et l'équipe puissent en prendre connaissance à n'importe quel moment ([annexe 1/p72](#)). Pour l'organisation des séances, nous participions toujours au petit temps d'accueil des enfants avec l'équipe. De manière générale, nous accompagnons ensuite l'enfant (ou les enfants) dans la salle dédiée à la créativité pour les séances d'art-thérapie et le (ou les) accompagnons en fin de séance vers l'équipe soignante. Nous avons géré les séances d'art-thérapie en autonomie avec la possibilité de faire appel à un membre de l'équipe si besoin. La durée moyenne des séances était d'une heure en séance groupale et de 45 minutes en séance individuelle.

2- Le choix des patients pour l'étude

Nous avons fait le choix pour cette étude de présenter les études de cas de deux enfants, F et K, suivis de manière hebdomadaire à l'Arche sur l'unité Apaloosa, le mardi de 13h30 à 16h30, pour l'année scolaire 2019-2020. Ces deux enfants ont été suivis plusieurs années sur le CESAM*enfance du PUPEA*avant d'être adressés à L'Arche en Septembre 2019. Ils présentent des troubles psychiques avec une symptomatologie très différente pour chacun.

Il nous semblait intéressant pour cette étude d'évaluer l'intérêt de l'art-thérapie par les arts-plastiques dans la revalorisation narcissique et la diminution de l'anxiété auprès de ces enfants mais aussi de montrer comment l'art-thérapie peut s'adapter à des symptomatologies très différentes pour atteindre ces mêmes objectifs.

3- Les stratégies thérapeutiques

a- projet art-thérapeutique intégré au projet de soin global

Dans un premier temps, nous nous sommes imprégnés du projet de service de l'Arche afin d'assimiler les objectifs thérapeutiques spécifiques à la structure pour l'ensemble des enfants accueillis. Nous nous sommes intéressés à chercher les raisons du choix d'orientation vers la médiation animale pour ces enfants. L'observation et les échanges avec l'équipe nous ont ensuite permis de comprendre que les enfants pris en charge sur cet hôpital de jour de pédopsychiatrie ont un réel besoin d'être valorisés. Ils présentent pour la plupart une certaine fragilité narcissique, émanant souvent de carences affectives et/ou éducatives. On observe aussi souvent chez ces enfants de l'anxiété, liée notamment à un sentiment d'insécurité. Nous nous sommes donc appuyés sur ce constat pour proposer un projet art-thérapeutique visant à revaloriser l'estime de soi et diminuer l'anxiété chez ces enfants grâce à l'art-thérapie. Nous nous sommes ensuite appuyés sur le projet de soin global de chaque enfant et sur notre premier entretien pour individualiser le projet art-thérapeutique (*fiche d'ouverture annexe 2/p73*). Le projet de soin global est mis en œuvre par l'équipe pluridisciplinaire, coordonné par le médecin psychiatre référent du patient. Il s'agit d'une prise en charge institutionnelle individualisée. Les séances d'art-thérapie ont pu donc s'intégrer au projet de soin global avec l'accord du médecin pédopsychiatre.

F est suivi au CESAM* enfance depuis plusieurs années. Il a été orienté sur le CESAM* pour d'importants troubles des apprentissages dans un contexte familial de carences de stimulation dès la petite enfance. Il bénéficie au CESAM* d'un suivi psychiatrique, d'une prise en charge en orthophonie et en psychomotricité arrêtée il y a quelques mois. La demande d'orientation à l'Arche a été faite afin que la médiation animale puisse le contenir et le stimuler, en s'appuyant sur le fait que la médiation animale dans un groupe de pairs pourrait être de nature à l'étayer et le valoriser, et pourrait favoriser la levée de l'inhibition, via le toucher et l'abord sensoriel notamment.

K est suivi au CESAM* enfance depuis quelques années aussi. Il a été orienté sur le CESAM*, par le psychiatre du CHL* qui suit ses parents, pour hyperactivité et grande anxiété dans un contexte familial compliqué (obligation de soins pour petits délits pour les parents). Il bénéficie au CESAM* d'un suivi psychiatrique, d'une prise en charge par une psychologue et une psychomotricienne. La demande d'orientation à L'Arche pour de la médiation animale a été faite avec pour objectif de favoriser l'apaisement de l'anxiété et des angoisses et d'expérimenter des relations sécurisantes autour du prendre soin dans une visée renarcissisante et enveloppante.

b- durée de la recherche et organisation des séances

Le stage a été réalisé sur 14 semaines du 21 Octobre 2019 au 28 Février 2020. Une première semaine a été consacrée à l'observation. Nous avons pu rencontrer F et K pour les entretiens individuels lors de la deuxième semaine de stage. Nous leur avons proposé, à la suite de ces entretiens, de s'engager pour 12 séances d'art-thérapie à raison d'une séance de 45 minutes par semaine sur les horaires suivants: de 14h à 14h45 pour F et de 14h45 à 15h30 pour K, le mardi après-midi à L'Arche, dans la salle dédiée à la créativité.

c- choix des items pour les grilles d'évaluation et choix des grilles scientifiques

Nous avons commencé les prises en soin art-thérapeutiques avec une *grille d'évaluation commune* pour F et K nous permettant d'évaluer :

- les capacités comportementales (accueil de l'art-thérapie, état émotionnel à l'arrivée, état émotionnel au départ, capacité à se lancer dans l'activité, fatigabilité, respect du cadre et/ou des consignes)
- les capacités cognitives (concentration, rythme de travail, dextérité motrice)
- les capacités psychiques (imagination, plaisir éprouvé, affirmation de soi, confiance en soi, estime de soi)
- les capacités relationnelles (qualité de la présence, relation avec l'art-thérapeute, autonomie, communication verbale, regards)
- les capacités artistiques (adaptation à la technique, autonomie dans le travail, mimesis/heuristique, avis esthétique, dynamique Art I (démarche intentionnelle) / Art II (démarche archaïque))

En fin de 4ème séance, nous avons ajouté certains items spécifiques et individualisé les grilles:

Pour F (grille d'observation annexe 3/p74): l'implication/ l'engagement lors des séances (dans les capacités comportementales), la compréhension des consignes, la mémorisation des consignes les nouveaux apprentissages (dans les capacités cognitives) et le nombre de prises de parole (dans les capacités relationnelles).

Pour K (grille d'observation annexe 4/p78): le nombre d'interventions pour le rappel du cadre et la caractéristique de la clôture de séance (dans les capacités comportementales) et la fluidité dans la motricité fine (pression sur le crayon) (dans les capacités cognitives).

Pour cette étude nous allons nous appuyer sur les items nous permettant d'évaluer l'impact de l'art-thérapie sur la revalorisation narcissique et la diminution de l'anxiété.

Nous avons donc choisi de prendre en considération *les items spécifiques* pour F et K (vus ci-dessus), ainsi que la *capacité à se lancer dans l'activité*, *l'imagination* et la *communication verbale* pour F et le *respect du cadre* et la *concentration* pour K.

Nous prendrons en considération commune les items suivants: *l'état émotionnel à l'arrivée et au départ*, *le plaisir éprouvé*, *l'affirmation de soi*, *la confiance en soi et l'estime de soi*, *la relation avec l'art-thérapeute*, *l'autonomie (dans la relation et dans les capacités artistiques)*, *les regards*, *l'avis esthétique* et *la dimension mimesis / heuristique*.

Nous nous appuyerons aussi sur une grille d'auto-évaluation que nous avons proposée aux enfants en début et fin de séance ([annexe 5/p82](#)).

Concernant les grilles scientifiques, nous avons choisi l'échelle d'estime de soi sociale de Rosenberg ([annexe 6/p83](#)) et l'échelle révisée d'anxiété manifeste pour l'enfant (R-CMAS) ([annexe 7/p84](#)).

L'échelle d'estime de soi de Rosenberg (RSE) est une des plus connues et des plus utilisées dans le domaine de l'évaluation de l'estime de soi. Publiée en 1965, elle n'a cessé d'être un outil de référence. Rosenberg voit l'estime de soi comme un indicateur d'acceptation, de tolérance et de satisfaction personnelle à l'égard de soi.

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

Le score s'obtient par addition des scores aux questions 1, 2, 4, 6 et 7.

Pour les questions 3, 5, 8, 9 et 10, la cotation est inversée. Le score est compris entre 10 et 40.

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

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

Pour l'évaluation de l'anxiété, nous avons choisi l'échelle révisée d'anxiété manifeste pour l'enfant (R-CMAS). La R-CMAS est un questionnaire d'auto-évaluation de l'anxiété comprenant 37 items.

Elle permet, à partir d'une mesure globale du niveau d'anxiété de l'enfant, une évaluation plus spécifique de l'anxiété dans ses multiples expressions: inquiétude / hypersensibilité, anxiété physiologique, préoccupations sociales / concentration.

A ces trois sous-échelles s'ajoute une échelle de mensonge permettant d'évaluer la validité des réponses.

- La sous-échelle d'anxiété physiologique explore notamment les manifestations somatiques de l'anxiété. Elle aide à l'élaboration d'hypothèses sur le ressenti de l'enfant et son comportement.
- La sous-échelle d'inquiétudes et d'hypersensibilité explore le sentiment de peur ainsi que la sensibilité aux pressions environnementales. Elle est associée à des préoccupations obsessionnelles vagues chez l'enfant, doublée de la crainte d'un isolement affectif ou d'être blessé.
- La sous-échelle de préoccupation sociale et concentration est très corrélée aux problèmes scolaires. Elle explore les peurs sociales sous-échelle (difficultés dans les relations interpersonnelles et les positionnement) dont le lien est établi avec des difficultés de concentration et d'attention, notamment dans les situations d'apprentissages scolaires.
- La sous-échelle de mensonge explore la falsification délibérée aux réponses, l'expression d'une désirabilité sociale ou la recherche de l'acquiescement de la personne qui fait passer le test à l'enfant. Les résultats doivent être interprétés avec prudence, notamment si $T > 60$, lorsque cette note dépasse 13. En effet, cette limite fait poser plusieurs hypothèses: celle d'une intention de l'enfant à vouloir faire plaisir au testeur, en présentant un comportement idéalisé favorisant sa désirabilité, celle d'une «faking good» (fausse image positive d'un soi idéalisé), celle d'un besoin impérieux d'acceptation sociale...

L'interprétation des résultats pour cette grille scientifique a nécessité l'étayage d'une psychologue.

d- partage de bilan avec l'équipe

Une réunion de synthèse de la structure est organisée de manière hebdomadaire le jeudi matin. Sont présents à cette réunion l'équipe soignante (infirmiers et éducateur), la cadre de santé, le médecin pédopsychiatre, la psychologue, les stagiaires de la structure et éventuellement d'autres partenaires du soin extérieurs à la structure. Les objectifs de cette synthèse sont de proposer une prise en charge individualisée en lien avec une évaluation pluridisciplinaire de l'enfant, d'identifier et repérer les difficultés de l'enfant pour effectuer un diagnostic, de définir des objectifs de soins, d'organiser et planifier la prise en charge globale de l'enfant, de réévaluer régulièrement et réajuster si besoin le projet de soin. C'est à cette occasion que nous pouvons faire part de nos observations sur l'évolution de la prise en soin art-thérapeutique et de signaler les événements particuliers si besoin.

En fin de prise en soin, nous transmettons un bilan écrit de fin de prise en soin art-thérapeutique ([fiche de bilan d'accompagnement annexe 8/p86](#)) qui sera conservé dans le dossier patient.

4- Les résultats attendus

Par notre participation à la prise en charge globale de F et K avec la prise en soin art-thérapeutique, nous espérons contribuer à la diminution des troubles psychiques impactant directement sur le développement cognitif, affectif et social de ces enfants.

Nous espérons notamment permettre la revalorisation narcissique et la diminution de l'anxiété chez ces enfants.

Nous espérons pour F favoriser la levée de l'inhibition en lui redonnant confiance en soi, en lui permettant de se valoriser et de s'affirmer et en diminuant son anxiété. Nous espérons, en favorisant l'expression, la communication et la relation, lui permettre d'atteindre un mieux-être et de restaurer ses capacités cognitives afin qu'il puisse s'épanouir dans les apprentissages.

Nous espérons pour K lui permettre de diminuer son anxiété en lui offrant notamment à travers les séances un temps pour prendre soin de lui dans une relation sécurisante. Nous espérons ainsi pouvoir réduire son agitation motrice et psychique semblant lui permettre de se protéger d'un effondrement dépressif. Nous souhaitons raviver sa qualité de vie, lui permettre de se faire plaisir et d'améliorer sa confiance en soi et son estime de soi grandement fragilisées par son vécu.

II Méthodes

A- Étude de cas de F

1- Anamnèse

Lorsque nous rencontrons F, il a 11 ans et est scolarisé en 6ème au collège. Il vit seul avec sa mère. Les parents se sont séparés lorsque F avait 2 ans. Les parents ne vivaient pas maritalement, il n'y a pas eu de passage devant le juge des affaires familiales. Le mode de garde n'a donc pas été fixé. F voyait son père environ 2 heures par mois jusqu'à ses 2 ans et demi puis de plus en plus rarement, 2 à 3 fois par an, puis plus du tout depuis 1 an. Sa mère retravaille depuis peu et son père est sans emploi. La grossesse pour F n'était pas désirée. La mère de F avait 14 ans et était scolarisée en CM2. Le père de F avait 17 ans et ne travaillait pas. La grossesse a été découverte à 3 mois. Le déroulement de la grossesse et l'accouchement se sont passés normalement. F est né à terme. Le père de F n'a pas reconnu F. La mère de F et F ont été hospitalisés en hôpital de jour de l'Unité Mère Bébé (UMB) pendant 5 mois. La mère de F a eu un suivi par la psychologue de l'UMB pendant 2 ans et demi. Elle a repris sa scolarité après l'hospitalisation et F a été gardé en crèche. Il était décrit comme un enfant calme jusqu'à ses 3 ans. Les moments de séparation pour la crèche étaient compliqués et se sont accentués lors du passage à l'école où F a pleuré les trois premiers mois de sa scolarité. En maternelle, les enseignants sollicitent le médecin scolaire pour des troubles des

apprentissages, qui prescrit un bilan orthophonique et un bilan psychomoteur. F est suivi en Grande Section par un enseignant spécialisé du Réseau d'Aides Spécialisées aux Élèves en Difficulté (RASED). Celui-ci décrit des difficultés de concentration (notamment en écriture et repérage dans l'espace), un manque de confiance, des troubles du comportement (bagarres dans la cour et détérioration du matériel) et remarque que F travaille mieux en petit groupe.

F bénéficie parallèlement d'une prise en charge orthophonique en libérale pendant 6 mois puis un relais de cette prise en charge se met en place au CESAM* enfance car la mère de F l'emmène en consultation sur les recommandations de l'école suite à d'importants troubles des apprentissages. F est alors scolarisé en CP. A l'école élémentaire, il est décrit toujours comme un enfant perturbateur et bagarreur, qui bouge beaucoup et a du mal à se concentrer. La mère de F dit avoir des difficultés à se faire respecter mais refuse l'aide éducative qui lui est proposée. L'interne qui assure son suivi passe le relais au pédopsychiatre. Celui-ci constate que la mère de F semble avoir des difficultés à répondre aux questions, à mentaliser ce qu'on lui demande et qu'elle présente un visage assez figé où il est difficile de pouvoir lire ses sentiments et ses émotions. Il constate que F présente un retard global dans un contexte familial de carences de stimulation. F bénéficie par la suite d'un bilan psychomoteur et aura une prise en charge en psychomotricité pendant plusieurs années. La psychologue scolaire lui fait faire un bilan cognitif (WISC IV) qui ne diagnostique pas de déficience intellectuelle. En janvier 2019, la psychomotricienne propose une demande d'orientation à l'Arche dans un contexte d'inhibition. F n'a pas de traitement médicamenteux.

2- Objectifs art-thérapeutiques

Les objectifs art-thérapeutiques généraux sont les objectifs que le patient doit pouvoir atteindre dans l'atelier d'art-thérapie. Ils s'inscrivent dans le projet de soin global et doivent favoriser des retentissements bénéfiques dans la vie quotidienne du patient et contribuer à améliorer sa santé.

Nous envisageons comme objectifs art-thérapeutiques généraux (OG) :*

OG1: lever l'inhibition en favorisant l'expression, la relation et en valorisant l'estime de soi

OG2: diminuer les troubles des apprentissages en améliorant la confiance en soi, l'affirmation de soi et en diminuant l'anxiété

Nous envisageons comme objectifs art-thérapeutiques intermédiaires (OI) pour l'OG1 :*

OI1: permettre l'alliance thérapeutique et favoriser la communication

OI2: stimuler la création et l'imagination

OI3: faire retrouver le plaisir sensoriel et esthétique

OI4: permettre de mener un projet jusqu'à son terme et vouloir l'exposer

Nous envisageons comme objectifs art-thérapeutiques intermédiaires (OI) pour l'OG2 :

OI1: permettre d'oser solliciter de l'aide tout en favorisant l'autonomie

OI2: faire affirmer ses goûts et faire prendre des initiatives

OI3: faire expérimenter pour oser se lancer dans de nouveaux apprentissages

3- Déroulement des séances

1er entretien: Nous découvrons un enfant de 11 ans très inhibé mais attentif à nos propos.

Nous avons choisi un support d'images pour montrer ce que nous pouvions faire en séances d'art-thérapie, en utilisant les arts-plastiques. Nous expliquons à F en quoi l'art-thérapie peut amener un mieux-être et le questionnons sur les objectifs que nous pourrions fixer ensemble. Nous l'interrogeons aussi sur ses appétences et ses loisirs sur lesquels nous pourrions nous appuyer. Nous lui proposons de s'engager pour 12 séances d'art-thérapie, tous les mardis où il est présent à l'Arche à compter de la semaine suivante, de 14h à 14h45, en salle de créativité. F accepte. Dans l'incapacité de travailler les objectifs art-thérapeutiques ensemble, au vu notamment de son inhibition, nous décidons de nous appuyer sur le projet de soin global et sur l'évaluation à venir au cours des premières séances. Nous lui présentons alors son dossier de suivi en art-thérapie, lui expliquons l'utilité des grilles d'observation et lui proposons d'illustrer la couverture de son dossier.

1ère séance: Nous proposons un dessin libre au drawing-gum (application au coton-tige) sur une feuille A3* (42 x 59.4 cm) et des encres aquarelles pour recouvrir la feuille (choix des couleurs). Cette technique facilement accessible permet le lâcher prise et donne un résultat valorisant. Il s'agit lors de cette première séance de favoriser l'alliance thérapeutique et d'évaluer les capacités de F. Lorsque nous venons le chercher sur le groupe, F est dans l'attente de sa première séance. Il écoute les consignes mais semble avoir des difficultés à les comprendre. Nous les reformulons afin de s'assurer qu'il les ait bien comprises. Il a besoin d'une assistance pour pouvoir démarrer et dit ne pas savoir quoi faire. Il y a très peu de verbalisation. F n'ose pas solliciter de l'aide même lorsqu'il est dans le besoin (difficultés à mettre sa blouse). L'imaginaire semble assez pauvre mais il est très concentré dans l'action et semble se faire plaisir. Il quitte la séance avec le sourire.

2ème séance: Nous proposons pour cette séance de réaliser dans un premier temps un dessin aléatoire au marqueur avec la main non-dominante et sans lever la main, puis de mettre en couleur un objet, un personnage ou un animal révélé par le dessin, en coloriant les espaces choisis pour le mettre en évidence. Un deuxième temps consiste à réaliser le dessin les yeux fermés. Cette activité ludique favorise notamment le lâcher-prise et stimule l'imagination. F a besoin que les consignes soient à nouveau reformulées pour se lancer dans l'activité. Nous observons qu'il est de plus en plus détendu et souriant au fil de la séance. Il a besoin d'être rassuré régulièrement.

Il semble avoir très peu confiance en lui. Il note être peu content de sa production mais semble s'être fait plaisir lors de cette séance et attend la prochaine séance avec impatience.

3ème séance: Nous proposons un atelier d'écriture et de dessin avec un «portrait chinois» à compléter et à illustrer. Nous espérons ainsi stimuler l'imagination et favoriser l'expression des émotions. Nous avons choisi de proposer un imprimé à compléter pour le portrait chinois afin d'alléger la tâche d'écriture au vu des difficultés d'apprentissage connues (annexe 9/p87). F accepte de remplir lui-même le «portrait chinois» mais nous sentons très rapidement qu'il se retrouve en difficulté avec l'écriture (difficultés d'ordre graphique et orthographique, difficultés de correspondance entre phonèmes et graphèmes). L'imagination semble à nouveau très pauvre et nous observons une lenteur importante. Par ailleurs, F sollicite à plusieurs reprises de l'aide pour des soucis d'incompréhension dans la lecture du portrait chinois. Il ne comprend pas ce que veut dire «un lieu», «un magicien», «une émotion». Nous nous questionnons alors sur des difficultés d'ordre cognitif. Nous apprendrons plus tard que F a bénéficié d'une prise en charge orthophonique pendant plusieurs années pour troubles du langage oral et retard important du langage écrit (profil de dyslexie*, dysorthographe* et suspicion de dysgraphie), qu'une orientation en SEGPA* (Section d'Enseignement Général à Professionnel Adapté) lui avait été proposée en CM2. Il a bénéficié d'une AVS* (Assistant de Vie Scolaire) à l'école élémentaire mais la demande de renouvellement pour l'entrée en 6ème n'a pas été reconduite. Pour l'illustration du portrait chinois, F se trouve de nouveau en difficulté. L'imagination est là aussi très pauvre et il a très peu confiance en lui. Nous sentons un grand besoin d'étayage et de réassurance. Il y a toujours très peu de verbalisation mais F ose plus facilement solliciter notre aide, l'alliance thérapeutique est en cours.

4ème séance: Nous proposons une création sur toile à la modeling paste avec peinture à la gouache. Nous proposons divers outils de modelage pour la modeling paste (rouleaux avec empreintes, couteaux et fourchettes en plastique, cure-dents en bois, spatules, paillettes, perles et petits miroirs de différentes formes à incruster). Cette technique favorise notamment la créativité

F a besoin à nouveau d'encouragements pour se lancer dans l'activité. Il se montre peu curieux face aux outils proposés. Nous observons une lenteur dans l'action. Il annonce pourtant très vite que sa production est terminée. Nous avons noté qu'il est de plus en plus confiant dans la relation et sollicite plus facilement de l'aide lorsqu'il en a besoin. Face à la rapidité de sa production, nous lui proposons finalement de continuer son «portrait chinois». Il accepte. Nous l'observons sourire et même rire lorsqu'il réalise son «super-héros», très concentré sur sa production. Il est très content de lui à l'issue de la séance et le signifiera sur son auto-évaluation.

Suite à cette séance, nous décidons d'ajouter les items spécifiques pour F.

5ème séance: Nous commençons cette séance par la passation des tests de Rosenberg et de RCMAS afin d'évaluer scientifiquement l'estime de soi et l'anxiété de F au vu de notre étude.

Les résultats seront commentés dans la IIIème partie de ce mémoire. Nous expliquons à F en quoi consistent ces tests, en le rassurant sur le sentiment d'évaluation que cette passation de tests peut procurer. La durée de la passation des tests est de 20 minutes au total. Nous proposons ensuite à F de mettre en couleur à la gouache sa création en modeling paste. Nous notons toujours des difficultés dans la mémorisation de la consigne. F ne sait plus où est-ce qu'il peut appliquer la peinture. Il ne sait pas quoi penser de sa production lorsque nous l'interrogeons à ce sujet mais notera être content de lui sur son auto-évaluation. Un apaisement est noté en fin de séance dans son auto-évaluation. Cela a été également observé dans notre grille d'évaluation.

6ème séance: F est absent pour maladie

7ème séance: Nous proposons à F d'imaginer sa planète à l'aide de techniques mixtes (découpage, collage, encres, peinture, feutres, crayons de couleur...) sur un format raisin* (50 x 65) où l'image d'une planète est collée. F a toujours besoin d'être rassuré et encouragé pour débiter. Sur notre proposition, il accepte d'utiliser d'autres techniques que le collage et les feutres pour mettre en couleur sa production. Il choisit les encres. Nous lui proposons d'y ajouter du gros sel pour expérimenter cette nouvelle technique. Il accepte. F est souvent dans l'acceptation des propositions mais ne prend jamais d'initiatives. Nous avons pourtant observé une nette amélioration des prises de parole depuis le début de la prise en soin. Il peut toutefois répondre encore aux questions juste par un sourire. C'est avec insistance qu'il arrive à exprimer son avis sur sa production: «Je trouve que c'est bien». Nous notons à nouveau un apaisement en fin de séance dans son auto-évaluation, également observé dans notre grille d'évaluation. Nous l'invitons à nouveau à exprimer des envies pour les séances à venir mais il n'a pas d'idées et préfère attendre que nous lui fassions des propositions.

8ème séance: Nous proposons de réaliser un autoportrait «rigolo» avec collage, découpage (divers yeux, nez, bouches proposés), feutres et encre soufflée à la paille pour faire les cheveux sur un support A4* (21 x 29,7 cm) avec un contour de visage imprimé. F arrive très enthousiaste à la séance. Il a besoin que les consignes lui soient reformulées et se lance après des encouragements. Il est plutôt satisfait de sa production mais préfère qu'elle soit gardée dans son dossier. Depuis le début de la prise en soin, il ne manifeste pas l'envie de montrer ses créations. Nous le questionnons ensuite sur l'expression de son portrait: «est-il en colère?». F ne sait pas quoi répondre. Nous lui demandons quelle serait son expression de visage si lui était en colère mais, toujours souriant, il dit ne pas savoir, ne pas s'en rendre compte. Nous envisageons alors une séance prochaine sur le thème des émotions, sentant F désormais plus confiant pour la mise en forme des ressentis et des émotions. Nous notons encore une prise de plaisir et un apaisement certain au cours de cette séance.

9ème séance: Nous proposons à F de réaliser sa roue des émotions sur un support A4 avec une impression de roue divisée en six quartiers. La consigne est de choisir trois émotions désagréables et trois émotions agréables «qui lui parlent» et de les illustrer par des dessins, formes ou couleurs selon ce que cela lui évoque avec les techniques de son choix (peinture, encres, feutres, pastels...). Il doit commencer par les émotions désagréables et finir par les émotions agréables. F arrive enthousiaste à la séance mais notera toutefois un «non» à l'apaisement à l'arrivée en mentionnant que c'est «comme d'habitude» mais ne saura pas l'expliquer. Nous lui annonçons que nous allons justement dédier cette séance d'art-thérapie à une activité sur les émotions et lui demandons s'il sait ce qu'est une émotion. F pourra dire qu'il connaît «la colère, la tristesse et la joie». Nous lui montrons plusieurs supports (photolangage et roue des émotions et sentiments avec smileys*) pour en parler. C'est seulement après cet échange que nous lui donnons les consignes. Il se lance avec hésitation dans l'activité. Il choisit pourtant très rapidement «Triste» pour sa première émotion désagréable et choisit de l'illustrer avec de l'encre bleue soufflée à la paille (il réutilise une technique découverte à la précédente séance). Il ne dira rien sur cette émotion. Il choisit ensuite «inquiet» mais ne sait pas comment l'illustrer. Nous le renvoyons alors à ce qui lui a fait penser à l'inquiétude. F nous dit «c'est dur» puis nous le rassurons et le mettons en confiance. Il nous dit alors «c'est maman». Nous lui demandons s'il est inquiet pour sa maman. Il répond «elle attend un bébé». F n'a osé poser aucune question à ce sujet à sa mère. Il ne sait pas qui est le père non plus. Il sait que ce bébé devrait naître dans six mois. Il nous demande alors de l'aide pour dessiner sa maman enceinte dans ce quartier de roue «inquiétude». Nous transmettons cette information à l'équipe après la séance. Pour la dernière émotion désagréable, F choisit «la colère». Je l'invite à se laisser aller. Il choisit l'éponge pour appliquer de la peinture rouge par à coup et pourra dire que «ça fait du bien» et sourire. Pour les émotions agréables, F a plus de mal à les trouver. Il choisit joyeux et décide de l'illustrer avec une «PS» (console de jeux «playstation[®]») car cela représente pour lui un moyen de vivre des moments joyeux. Il choisit ensuite «fier» mais nous notons que l'écriture est beaucoup plus petite, qu'il a malencontreusement déchiré sa feuille à cet endroit et qu'il a utilisé la même encre bleue que pour la tristesse (appliquée cependant à l'aide d'une carte plastique cette fois). Pour la dernière émotion agréable, F choisit «amusé» car il aime bien rire. Il l'illustrera par un smiley au feutre. Il est content de sa production et se sent apaisé en fin de séance.

10ème séance: Nous proposons à F d'appliquer des encres aquarelles sur un format A3 avec une impression de motifs inspirés des œuvres de Jean Dubuffet (artiste né en 1901 et décédé en 1985, initiateur de «l'art brut» en 1945). Le choix des couleurs est libre. F peut utiliser des pinceaux ou pinceaux à réservoir. Cette technique favorise l'apaisement et la revalorisation narcissique. Il faut lui reformuler la consigne de départ et le mettre en confiance pour qu'il se lance dans sa production. Il choisit le pinceau à réservoir et choisit les couleurs mises à sa disposition.

Il est concentré et appliqué. Nous observons une certaine lenteur et des hésitations. Il procède par étapes couleur après couleur puis il ne sait plus quoi faire. Il nous demande alors s'il peut mélanger les encres pour faire d'autres couleurs (consigne qui lui avait été donnée au départ). Il découvre alors un vert et pourra dire «qu'il préfère ce vert». Il va poursuivre ses expériences de fabrication de ses propres couleurs et y trouver un plaisir certain (sourires). Même s'il hésite régulièrement, craignant «qu'à la fin ce ne soit pas beau», F a pu oser expérimenter et affirmer ses goûts lors de cette séance. C'est une transformation positive remarquable depuis son début de prise en soin . De plus, nous le sentons beaucoup plus à l'aise dans la relation. Les sourires et les regards sont beaucoup plus fréquents. Il exprime un apaisement au cours de cette séance sur son autoévaluation et souhaite poursuivre sa production non terminée à la séance prochaine.

11ème séance: Nous proposons à F de continuer sa production. Nous lui rappelons les consignes et il se lance rapidement dans l'activité. Nous le sentons beaucoup plus à l'aise dans l'expérimentation. Il mélange les encres en cherchant à obtenir des couleurs qu'il aime. Il s'appuie parfois sur le cercle chromatique mis à sa disposition et teste ses couleurs sur une feuille fournie pour ces essais. Il prend le temps de choisir les endroits où appliquer ses couleurs. Il sourit régulièrement et communique de plus en plus. Il nous paraît plus confiant et est capable de réutiliser les conseils que nous lui donnons, notamment en matière d'ergonomie. Nous notons encore une certaine lenteur mais aussi des difficultés d'ordre pratique pour la tenue du pinceau à réservoir (qui ressemble à un crayon) et des difficultés à poser l'encre dans un espace fermé. Nous conseillons alors à F de poser son avant bras pour moins fatiguer et de faire pivoter son support si besoin. Il arrive à terminer sa production et est très content de lui mais n'ose toujours pas montrer sa production à ses proches. Pourtant, lorsque nous l'interrogeons, il pense que cela ferait plaisir à sa mère mais il dit «avoir honte». Nous le taquinons en le questionnant sur ce que l'on fait de son œuvre et en lui demandant si nous la mettons à la poubelle. F sourit alors et nous dit de l'exposer dans la salle de créativité.

12ème séance: absent (sans justification mais période de vacances scolaires)

La publication des œuvres de F ([annexe 10/p88](#)) a fait l'objet d'une demande d'autorisation de publication auprès des représentant légaux.

B- Étude de cas de K

1- Anamnèse

Lorsque nous rencontrons K, il a 9 ans et demi et est scolarisé en CM2. Il est placé depuis l'âge de 6 ans avec sa sœur dans une structure d'accueil. Ses parents ne sont pas séparés.

L'histoire familiale relate de nombreux conflits violents dans le couple en présence des enfants avec des épisodes de séparation ainsi que des actes de maltraitance notamment envers K, décrit comme

un enfant très agité et ne respectant pas les règles. Le père de K est suivi en psychiatrie pour schizophrénie. Les parents ont eu une obligation de soin pour petits délits.

Le père de K a été incarcéré pour violence et sa mère a un parcours de vie chaotique (sans domicile fixe à certaines périodes) avec des notions d'épisodes de toxicomanie. K est vu pour la première fois en consultation par un pédopsychiatre du CESAM* enfance après avoir été adressé par le psychiatre qui suit ses parents pour hyperactivité et grande anxiété. K présente alors des troubles émotionnels et des troubles du comportement en lien avec des interactions familiales perturbées. Il présente notamment une grande agitation motrice, des passages hétéro-agressifs et un besoin constant de réassurance. C'est l'école de K qui a fait le signalement suite à un acte de violence de la mère envers K dans la cour de l'école. Le juge des enfants a ordonné le placement immédiat de K et de sa sœur. Des temps de visite avec les parents, encadrés par des Techniciens de l'Intervention Sociale et Familiale (TISF), ont lieu 1 mercredi par mois en lieu neutre. Les veilles et retours de visite sont souvent compliqués pour K et sa sœur. La structure d'accueil constate une grande excitation et des tensions entre K et sa sœur. K a des difficultés à mettre en mots sa colère. Il a besoin d'être regardé, valorisé, de se dépasser. Il apparaît important à ce moment de lui laisser un espace propre. Les parents sont rencontrés régulièrement en consultation au CESAM* enfance. Le père de K se montre souvent impulsif, très opposé au placement de ses enfants. Il semble faire une projection sur K qui doit être performant et ne pas suivre les règles. Il y a de nombreuses tensions entre les parents et la structure d'accueil. Avec l'école aussi c'est compliqué mais les parents adhèrent plutôt au soin pour leurs enfants. K bénéficie d'une prise en charge en psychomotricité. Constatant un enfant en grande souffrance avec la présence d'agressivité, de refus des limites, de tensions internes importantes nécessitant des besoins de contenance et de grandes difficultés à investir la relation avec une verbalisation non opérante, la psychomotricienne demande une prise en charge complémentaire par une psychologue. En septembre 2019, la psychologue, constatant la persistance d'une insécurité interne très forte, générant de larges angoisses et une importante agitation motrice, propose une demande d'orientation à l'Arche. K n'a pas de traitement médicamenteux à ce moment.

2- Objectifs art-thérapeutiques

Nous envisageons comme objectifs art-thérapeutiques généraux (OG) :

OG1: diminuer les tensions internes et éviter l'effondrement dépressif en favorisant l'expression, la communication et en valorisant l'estime de soi, la confiance en soi et l'affirmation de soi

OG2: diminuer l'agitation motrice pour être plus disponible pour les apprentissages en améliorant la relation et en favorisant les émotions positives et l'apaisement

Nous envisageons comme objectifs art-thérapeutiques intermédiaires (OI) pour l'OG1 :

OI1: stimuler la création et l'imagination

OI2: faire retrouver le plaisir sensoriel et esthétique

OI3: faire affirmer ses goûts et faire prendre des initiatives

OI4: permettre de mener un projet jusqu'à son terme et vouloir l'exposer

Nous envisageons comme objectifs art-thérapeutiques intermédiaires (OI) pour l'OG2 :

OI1: permettre l'alliance thérapeutique en expérimentant une relation sécurisante

OI2: permettre le lâcher-prise et libérer les tensions physiques

OI3: favoriser la concentration et accepter le cadre

3- Déroulement des séances

1er entretien: Nous découvrons un enfant de 10 ans souriant et plutôt à l'aise dans le contact. Il se montre très intéressé à la présentation de l'art-thérapie. Nous avons choisi, comme pour F, un support d'images pour montrer ce que nous pouvions faire en séance d'art-thérapie en utilisant les arts-plastiques. Nous lui expliquons aussi avec des mots simples ce que l'art-thérapie pourrait lui apporter de bénéfique et le questionnons sur les objectifs que nous pourrions fixer ensemble ainsi que sur ses appétences et ses loirs. K nous dit très rapidement qu'il est triste car ce sont les gendarmes qui sont venus le chercher avec sa petite sœur pour les retirer de leurs parents. Il nous dit savoir lire et écrire, détester l'écriture et adorer les arts-plastiques. Nous lui proposons de s'engager pour 12 séances d'art-thérapie, tous les mardis où il est présent à l'Arche à compter de la semaine suivante, de 14h45 à 15h30, en salle de créativité. K accepte la prise en soin art-thérapeutique. Comme pour F, il est compliqué de travailler les objectifs art-thérapeutiques ensemble car il lui est difficile d'identifier et de verbaliser ses pénalités. Nous décidons donc de nous appuyer sur le projet de soin global et sur l'évaluation à venir au cours des premières séances proposées. Nous lui présentons alors son dossier de suivi en art-thérapie, lui expliquons l'utilité des grilles d'observation et lui proposons d'illustrer la couverture de son dossier.

1ère séance: Comme pour F, nous proposons pour cette première séance la technique du drawing-gum pour une création sur feuille A3. La consigne donnée, K se lance rapidement dans l'activité. La consigne est bien comprise. Nous observons une importante agitation psycho-motrice en début de séance. K s'arrête souvent lors de sa production car il se lève régulièrement de sa chaise, a besoin de bouger et d'expérimenter avec le matériel. Le rappel au cadre est souvent nécessaire. K est par ailleurs très logorrhéique. Il dit être «un expert en dessin» et commente ce qu'il est en train de dessiner. Il cherche pourtant une validation de son dessin en nous questionnant: «Tu penses bien

que c'est un loup? Il est beau mon soleil?». Nous observons une diminution de l'agitation pendant la production. K semble concentré dans l'action. Il se montre très enthousiaste à la découverte d'une nouvelle technique, semble prendre beaucoup de plaisir et est content de sa production. Il n'hésite pas dans le choix des couleurs et cherche à produire du beau. Nous notons par contre des difficultés à accepter la fin de la séance. Il met tout en place pour tenter de prolonger le temps de la séance (il fait durer le lavage des mains, joue avec le matériel...).

2ème séance: Nous proposons pour cette deuxième séance, comme pour F, la réalisation d'un dessin aléatoire au marqueur avec la main non-dominante puis les yeux fermés. K arrive très enthousiaste sur la séance et se lance à nouveau très vite dans l'activité. Il ne respecte pas la consigne de départ car il veut se rapprocher le plus possible d'un dessin réaliste en cherchant à faire un aigle. Lorsque nous lui faisons remarquer qu'il ne suit pas la consigne, il nous dit «Oui mais il est beau mon aigle, hein? Tu ne trouves pas qu'il est bien réussi?». Nous comprenons que K cherche la validation d'un «dessin juste», pensant que c'est ce que l'on attend de lui. Nous lui demandons ce que lui en pense et lui signifions l'importance de son opinion personnelle et du plaisir qu'il prend en créant plutôt que la recherche de l'opinion de l'autre. Nous lui rappelons que nous n'attendons pas de résultat particulier au cours des séances d'art-thérapie. Il ne respectera pas pour autant la consigne pour la deuxième situation les yeux fermés. Nous comprenons que le lâcher prise est compliqué pour lui et qu'il faudra lui proposer des séances pour lui permettre d'améliorer ce point. Nous observons par ailleurs qu'il est très agité et excité, très logorrhéique et que la concentration est compliquée lors de cette séance. Un rappel au cadre est souvent nécessaire. Il s'avère que K a eu cette même excitation lors d'autres activités sur la structure ce jour. L'équipe expliquera cette excitation par la visite de ses parents le lendemain. K est content de lui et note un apaisement dans son auto-évaluation. Nous observons toujours des difficultés à accepter la fin de la séance.

3ème séance: Nous proposons pour cette séance le «portrait chinois» et son illustration. K arrive très excité à la séance. Il faut reposer le cadre avant même de lui donner les consignes. Il ne souhaite pas écrire lui-même car il «déteste ça». Il accepte que nous écrivions à sa place ce qu'il nous dicte. La concentration est très perturbée. Il semble très fatigué et parfois submergé par ses pensées. Il baille à plusieurs reprises. Lorsque nous l'interrogeons sur sa fatigue et la qualité de son sommeil, il nous dit dormir très mal, faire de nombreux cauchemars et se réveiller souvent la nuit. Nous apprendrons plus tard qu'il s'agissaient de terreurs nocturnes et qu'un traitement par **Atarax**[®] au moment du coucher a été mis en place en décembre. Nous n'avons pas d'indication sur la posologie puisque la prescription et l'administration ont eu lieu à l'extérieur de la structure. L'Atarax[®] est un anxiolytique. Ce médicament est préconisé dans les manifestations mineures d'anxiété, en prémédication avant anesthésie générale, dans l'urticaire, ainsi que dans le traitement de certaines insomnies chez l'enfant de plus de 3 ans. Dans les insomnies d'endormissement chez

l'enfant de plus de 3 ans, la posologie proposée à titre indicatif est de 1 mg/kg/j en sirop. L'Atarax[®] est susceptible d'avoir des effets indésirables à prendre en considération tels que: Somnolence, céphalées, fatigue, confusion, excitation, hallucinations, désorientation, insomnie / Convulsions, tremblements, mouvements anormaux, vertiges / Eruptions cutanées avec ou sans démangeaisons / Manifestations allergiques / Troubles visuels (troubles de l'accommodation) / Accélération du pouls, chute de la pression artérielle, trouble sévère du rythme cardiaque / Constipation, rétention d'urine, hépatite, augmentation des enzymes du foie. Nous proposons à K de s'installer au sol pour poursuivre l'activité mais il préfère être debout à la table. Il cherche toujours la validation de ce qu'il produit et commente ce qu'il dessine. Il dit que sa production est «bien réussie». Il veut vérifier les couleurs des feutres et des pastels gras avant leur utilisation. Il est rapide dans l'exécution et dit avoir des «techniques pour être rapide» en dessin comme pour le coloriage. Il ne termine pourtant pas sa production. La clôture de la séance est toujours compliquée. L'auto-évaluation est toujours très positive. Nous nous interrogeons sur l'objectivité de son auto-évaluation.

4ème séance: Nous proposons la création en modeling paste sur toile cartonnée. K arrive très excité à la séance. Il nous parle de bagarres à l'école avec d'autres enfants qui «l'embêtent». Il nous informe aussi avoir réutilisé le «dessin aléatoire» sur son agenda d'école. Les consignes données, il se lance avec moins de rapidité que d'habitude sur l'activité. Après avoir exploré tout le matériel mis à disposition, il ne sait pas comment aborder cette nouvelle technique. Nous le rassurons pour qu'il puisse se lancer. Il veut dessiner avec précision dans la modeling paste à l'aide d'un cure-dents en bois, le dessin étant une technique qu'il maîtrise plutôt bien. Il n'arrive pas à obtenir ce qu'il veut et demande régulièrement si nous pouvons relisser la modeling paste. Il décide finalement de recommencer depuis le début. Il est content de sa production malgré les difficultés qu'il a pu rencontrer avec cette technique (difficulté notamment à lâcher prise). Il nous semble que cette séance lui ait fait mobiliser beaucoup d'énergie. C'est au cours du lavage des mains, que K fait durer pour prolonger la séance, qu'il nous dira qu'il n'a pas fini sa production parce qu'il «est trop dispersé». Il ajoute aussi «que c'est parce qu'il pense à beaucoup de choses à la fois». Nous convenons alors ensemble de travailler sur sa concentration au cours de sa prise en soin.

5ème séance: Nous commençons cette séance par la passation des tests de Rosenberg et de RCMAS. Nous expliquons à K en quoi consistent ces tests, en le rassurant sur le sentiment d'évaluation que cette passation de tests peut procurer, comme pour F. Il nous semble malgré tout que la passation des tests ait été un moment angoissant pour K. Nous pensons qu'il ait perçu ces tests comme des évaluations qu'il devait réussir. De plus, nous pensions proposer la mise en couleur de sa création en modeling paste après ces tests mais nous n'avons pas pu récupérer sa toile, conservée dans un bureau occupé à ce moment là.

Nous lui avons donc proposé de réaliser une nouvelle création favorisant l'expression, la consigne donnée étant de tracer 4 cercles les uns dans les autres dans lesquels seraient illustrés les thèmes donnés (K à l'école / K à l'Arche / K sur son lieu de vie / K avec sa famille), en allant de l'extérieur à l'intérieur, à la manière d'un mandala.

La technique proposée est mixte (dessin, peinture, encres, découpage et collage...). K se lance rapidement dans l'activité en commençant par le cercle extérieur où il choisit de mettre en forme K à l'école. Il commente toujours ce qu'il dessine. Nous observons aussi depuis quelques séances qu'il appuie très fortement sur les crayons avec parfois des tremblements sous la force qu'il exerce pour dessiner ou colorier. Lors de cette séance la pression est très intense. Nous notons beaucoup de colère envers son enseignant et l'école à travers sa production. Nous demandons à K ce qu'il en est des récréations à l'école. Il nous dit alors être puni de récréation pendant une semaine, se replie sur lui et souhaite arrêter sa production. Cette séance a été très compliquée, mise à mal par la passation des tests et l'impossibilité de poursuivre la création de la dernière séance. De plus, K est arrivé avec trois quart d'heure de retard sur la structure, le taxi s'étant perdu. Cela a généré beaucoup d'angoisse chez lui. La proposition de création avec les cercles lui a demandé de mobiliser ses ressentis dans un contexte de stress non favorable. Nous nous sommes alors beaucoup interrogés sur notre rôle d'art-thérapeute stagiaire, questionnant notamment les méthodes utilisées pour atteindre les objectifs thérapeutiques visés. Fallait-il poursuivre cet atelier visant à mettre en forme des ressentis et des émotions au risque de mettre à mal K ou fallait-il favoriser plutôt des activités plus ludiques lui permettant l'apaisement et la revalorisation narcissique que nous ciblions? La question de poursuivre cette activité devait, nous semble-t-il, de toute façon se reposer dans le temps.

Nous retrouvons sur l'auto-évaluation de K une augmentation de l'anxiété après la séance, une prise de plaisir et une auto-appréciation modérées («un peu»).

Suite à cette séance, nous décidons d'ajouter certains items spécifiques pour K.

6ème séance: Nous proposons à K la mise en couleur de sa création en modeling paste.

K arrive plus détendu sur la séance. Nous notons qu'il n'est pas arrivé en taxi ce jour, c'est un éducateur du lieu de vie qui l'a accompagné. La concentration est pourtant toujours très perturbée. Il est toujours logorrhéique et s'arrête fréquemment dans sa production pour verbaliser ce qu'il a à l'esprit sans qu'il y ait de continuité dans son discours. Il nous questionne sur la normalité de forcer quelqu'un à manger quelque chose qu'il n'aime pas. Nous notons la pression qu'il exerce sur son pinceau lorsqu'il parle de cela. Nous apprendrons plus tard qu'il a subi des sévices avant d'être placé et qu'il a été attaché à une chaise par son père pour le forcer à écrire. Nous montrons à K comment appliquer la peinture en douceur avec le pinceau. Il suit cette consigne quelques temps puis exerce à nouveau beaucoup de pression sur son pinceau. Il est par ailleurs très appliqué, la motricité fine est très bonne. Nous notons une légère amélioration du cadre. K est très content de sa production et

souhaite l'exposer dans la salle pour «nous faire une surprise». La clôture de la séance est toujours compliquée, elle doit être motivée par nos interventions mais déborde sur l'horaire prévu. Nous notons par ailleurs un apaisement.

7ème séance: Nous devons aller récupérer K en sortie à l'extérieur de l'Arche. Nous commençons la séance avec une demi-heure de retard et K est dans un grand état d'excitation. Il éructe de nombreuses fois, joue avec le matériel de la salle et met longtemps avant de se lancer dans la poursuite de sa création des «4 cercles». Nous pensons que cet état d'excitation peut être en lien avec la crise clastique* d'un autre enfant accueilli sur la structure. Cela est arrivé au moment de l'accueil des enfants. Malgré la mise en place d'un isolement contenant pour cet enfant, les autres enfants pouvaient entendre la crise. K s'agitait sur sa chaise, grimaçait et a manifesté l'envie de démarrer les activités au plus vite. Il reprend sa création avec le cercle dédié à l'école et décharge encore beaucoup de colère sur son maître d'école. Il passe ensuite au cercle central, ne respectant pas la consigne d'aller de l'extérieur à l'intérieur pour représenter «K et sa famille». La psychologue de la structure, qui le suit tous les mardis après sa séance d'art-thérapie, nous propose d'assister à la fin de la séance plutôt que de le voir en entretien ce jour, au vu des décalages dans les horaires de prise en charge suite à la gestion de la crise clastique. Nous acceptons d'un commun d'accord. K lui explique ce qu'il est en train de faire et revient au deuxième cercle pour représenter le lieu de vie. K termine sa production et nous le félicitons d'avoir été au bout. Il dit spontanément avoir été très excité ce jour. La fin de séance est toujours compliquée malgré la collaboration de la psychologue qui nous informe d'une réunion d'ESS* (Équipe de Suivi de Scolarisation) pour K cette semaine au vu de ses troubles du comportement à l'école.

8ème séance: Nous proposons à K une création libre en acrylique sur format raisin avec possibilité de se servir de différents outils. Il arrive enthousiaste sur la séance et réagit vite aux consignes. Il commente toujours son dessin en cherchant encore une validation: «Tu ne trouves pas que c'est beau?». En nous voyant prendre des notes, il nous demande si nous aimons écrire et nous dit alors ne pas aimer écrire car cela lui fait mal au poignet car il est crispé. Lorsque nous le questionnons, il nous dit se crispé quand il se concentre. Il reprend sa production et revient sur l'école. K nous dit être «souvent dans les nuages à l'école» après avoir dessiné un nuage. Il dit qu'il va s'énerver très fort un jour et casser le mur de l'école avec son poing. Il nous dit qu'il n'aime pas l'école «comme beaucoup d'enfants». Nous apprendrons au cours d'un échange avec la psychologue, présente à l'ESS de K, qu'il bénéficie actuellement d'une AVS mutualisée, qu'une proposition de mise en place de l'outil informatique pour lever le blocage du passage à l'écrit devrait lui être proposé et que par ailleurs, le maître d'école suspecterait un TDAH* (Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité). L'école serait plutôt adaptative au comportement de K mais elle souhaiterait avancer

sur sa situation pour proposer d'éventuels aménagements avant son entrée au collège à la rentrée prochaine, craignant que K ne vive un certain nombre d'exclusions au vu de son comportement. C'est au cours de la réunion de synthèse de la semaine qu'une demande de bilan attentionnel par une neuropsychologue sera suggéré pour K par le médecin pédopsychiatre. Depuis le début de sa prise en soin, K fait ses séances d'art-thérapie debout à la table car c'est la position qui lui convient le mieux pour pouvoir bouger et moins se crispier. K a utilisé finalement peu d'outils mis à sa disposition (deux brosse) lors de cette séance mais il a terminé sa production. Il est content de lui et veut l'exposer dans la salle et demande si l'on peut faire une copie plus petite pour la ramener au lieu de vie. Nous observons lors de cette séance un progrès certain dans le respect du cadre et la clôture de la séance qui doit être motivée mais arrive à être ponctuelle. K a également exercé moins de pression sur les pinceaux pour peindre. Il ne notera pourtant pas d'apaisement total sur son auto-évaluation. Nous savons par ailleurs qu'il a sa visite mensuelle avec ses parents le lendemain.

9ème séance: Nous proposons à K une composition sur format raisin noir avec collage de papiers déchirés (feuille A3 préalablement encrée par K et autres papiers mis à sa disposition) et selon l'envie peinture ou encre en complément. K arrive content et apaisé à la séance. Il vient de bénéficier d'une séance de médiation animale où il a tenu un bébé lapin sur lui pendant quelques temps. Il pourra dire que c'est pour cela qu'il est calme. Il se lance rapidement dans l'activité. Nous notons qu'il encre sa feuille A3 de manière rapide avec une certaine pression sur les rouleaux. Contrairement à ce que nous pensions, il accepte sans difficulté le principe du déchirage. Il lâche prise, colle les morceaux de papier de manière aléatoire et semble prendre beaucoup de plaisir. Il est dans l'action toujours avec une grande rapidité, ce qui rend le collage compliqué car K veut aller trop vite et ne prend pas le temps d'encoller correctement les morceaux de papier. Il accepte cependant de recommencer sous nos conseils. Il choisit surtout des morceaux de sa feuille A3 encrée mais y ajoute du papier métallisé et du papier en fibre naturelle. Il ajoute des traces de peinture au rouleau en détournant plus ou moins les morceaux de papier. Nous le trouvons plus concentré lors de cette séance et le rappel au cadre est moins nécessaire que d'habitude. K semble aussi moins logorrhéique et plus à l'écoute. Il mentionnera au cours d'un échange la déception de ne pas avoir eu la visite de ses parents la semaine dernière, faute de train. K est content de sa production. La séance se clôture à l'heure et il semble très apaisé.

10ème séance: Nous proposons à K une composition semi-dirigée sur un format A3 avec un dessin au marqueur noir et une application d'encres aquarelles avec du gros sel. Il arrive très excité à la séance. Face à une telle agitation, nous lui proposons de prendre le temps avant de démarrer de faire quelques respirations abdominales. Il accepte et cela lui permet de se calmer. Il pourra même exceptionnellement s'asseoir lors de cette séance et le rappel au cadre sera beaucoup moins fréquent qu'en début de prise en soin. Il est très à l'aise dans la production.

Nous observons beaucoup moins de pression sur le marqueur (uniquement lorsqu'il écrit) et les pinceaux. Il a toujours des difficultés à lâcher prise. Il veut être précis, ne veut pas «déborder», ne veut pas «se tromper dans les couleurs». Il cherche toujours à être rassuré sur ses compétences. Nous devons lui rappeler la consigne sur la technique d'utilisation du gros sel et des encres qu'il est sensé utiliser. Il répond souvent «ne t'inquiète pas, tu vas voir...». Il arrive à terminer sa production et à accepter dans les temps la clôture de la séance. La séance terminée, K est à nouveau dans un état d'excitation important. Il ne notera pas d'apaisement sur son autoévaluation contrairement à ce que nous avons pu constater au cours de cette séance.

11ème séance: Nous proposons à K une création à l'encre, sur une feuille A3, avec une première phase en position verticale pour l'utilisation de vaporisateurs puis une seconde phase en position horizontale pour l'utilisation des pipettes. Le choix des couleurs est libre. Nous sentons K très tendu dès son arrivée à la séance. Il faut très vite le rappeler au cadre avant de se lancer dans l'activité. Ses gestes sont très brusques dès la première phase d'application des encres aux vaporisateurs. Il appuie fortement dessus sans forcément avoir d'intention esthétique. De la même manière, lors de la phase d'application à la pipette, il semble jeter l'encre pour se défouler. Il utilise beaucoup de rouge vermillon en disant que cela lui fait penser à du sang. Nous lui proposons par la suite d'utiliser le support de protection de sa production (format raisin) pour créer autre chose. Il s'en empare tout de suite pour réaliser aux feutres un dessin avec un chat blessé par un renard. Il y ajoute un dialogue où le renard dit au chat : «Bien fait pour toi. Tu m'énervais trop». Puis K n'arrive pas à s'arrêter lorsque nous lui demandons. Il continuera jusqu'à en «gribouiller» son chat puis le regrettera ensuite. Il a peu verbalisé au cours de cette séance et la concentration a été très perturbée. Face aux progrès que nous avons constatés au cours des dernières séances, nous nous interrogeons sur un événement particulier ou sur l'impact de la rupture dans les séances d'art-thérapie la semaine dernière (absence pour module de formation), ou l'arrivée proche de la fin de prise en soin. Nous en informons la psychologue qui le suit. Nous apprendrons ultérieurement lors de la réunion de synthèse, qu'il y a eu une altercation entre K et un autre enfant de la structure juste avant cette séance d'art-thérapie. K a évoqué se sentir rejeté par le groupe et a aussi reparlé des corrections que lui infligeait son père. Il semblerait que les relations avec ses pairs soient compliquées pour lui.

12ème séance: absent pour incompréhension du lieu de vie du planning de l'Arche pour les vacances scolaires.

La publication des œuvres de K a fait aussi l'objet d'une demande d'autorisation de publication auprès des représentant légaux, mais il n'y a jamais eu de retour.

3ème Partie: Résultats

I- Résultats pour F

1- Résultats et analyse des échelles scientifiques

Lorsque nous faisons passer le test de Rosenberg ([annexe 6 p83](#)) à F, en début de 5ème séance d'art-thérapie, celui-ci obtient un résultat de **28**, soit une estime de soi considérée comme faible. Nous savons que le développement de l'estime de soi chez l'enfant dépend de son développement physique, émotionnel et psychologique. L'estime de soi repose sur trois piliers: la confiance en soi, la vision de soi et l'amour de soi. L'estime de soi se construit sur le besoin d'être aimé et celui d'être compétent. Nous supposons que les interactions précoces perturbées (le contexte de la naissance avec une mère jeune hospitalisée en unité mère-bébé, un père absent et des carences de stimulations) et les difficultés d'apprentissage ont pu contribuer à cette faible estime de soi chez F. La faible estime de soi peut provoquer des mécanismes de défense par peur de l'échec. «Cette crainte de l'échec va se manifester globalement par une attitude sociale prudente et réservée, voire précautionneuse: ne pas trop se mettre en avant pour ne pas risquer la critique ou le rejet»¹.

En ce qui concerne l'évaluation de l'anxiété par l'échelle R-CMAS ([annexe 7 p84](#)), celle-ci montre des résultats qui ne sont ni supérieurs ni inférieurs à 2 écart-types (la note totale d'anxiété, notée T, est comprise entre 30 et 70), ce qui nécessiterait des compléments d'exploration. Néanmoins, on peut considérer que T est proche d'1 écart type avec une note totale de **41** pour F. Les hypothèses d'interprétations sont donc recevables, avec la précaution nécessaire car F a une échelle de mensonges élevée. Cela montre donc qu' F a voulu nous faire plaisir lors de la passation du test. L'interprétation doit donc encore plus tenir compte des éléments cliniques. Pour la sous-échelle d'anxiété physiologique, les résultats supposent que les somatisations sont peu nombreuses chez F mais néanmoins, ses capacités décisionnelles sont impactées et il présente des difficultés d'endormissement. Pour la sous-échelle d'inquiétude et d'hypersensibilité, l'anxiété est réelle mais il ne semble pas qu'il fasse le lien avec des difficultés relationnelles ou une quelconque appréhension ou pression sociale. Pour la sous-échelle préoccupation sociale et concentration, bien que dans la norme, l'exploration par items montre une certaine sensibilité aux attentes des personnes qui sont importantes. Les difficultés que rencontrent F entraînent des problèmes de concentration. Il apparaît aussi que F a un fort sentiment d'infériorité par rapport aux autres. Pour la sous-échelle de mensonge, le résultat est élevé. Il montre que F a une image assez imprécise de soi et l'hypothèse, compte tenu de son histoire globale, peut être celle d'un besoin élevé de désirabilité sociale en rapport avec ses difficultés relationnelles.

Ce résultat invite donc à la prudence pour l'ensemble de l'interprétation de l'échelle R-CMAS.

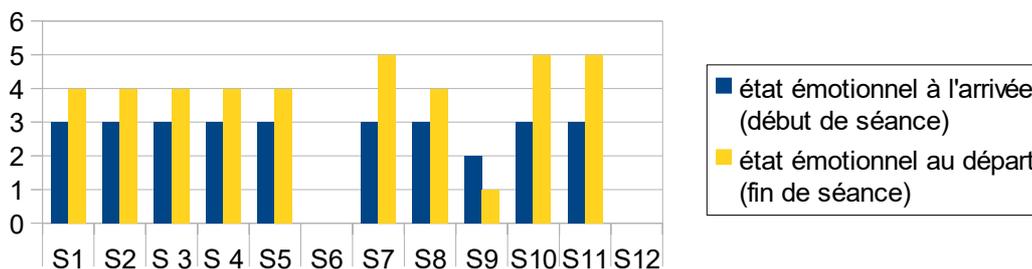
En effet, il est possible que l'idéalisation de sa perception de lui-même ait poussé F à optimiser ses réponses afin de minimiser le résultat global de l'échelle, inconsciemment bien entendu. L'ensemble des résultats de ce test peuvent nous amener à l'hypothèse suivante pour F: malgré son désir apparent de présenter une image idéalisée de lui-même, il a sans doute un niveau d'anxiété impactant certaines de ses capacités (attention, concentration, relations), en lien avec une image négative de lui-même (sentiment d'infériorité, groupe vécu comme hostile). Sa perception est néanmoins suffisante pour qu'il recherche, consciemment ou non, à s'attirer la sympathie de l'adulte lors de la passation du test initial.

Les résultats de ces deux échelles scientifiques valident le choix de notre étude sur les objectifs art-thérapeutiques visant à améliorer l'estime de soi et à diminuer l'anxiété chez F.

2- Résultats et analyse des grilles d'observation

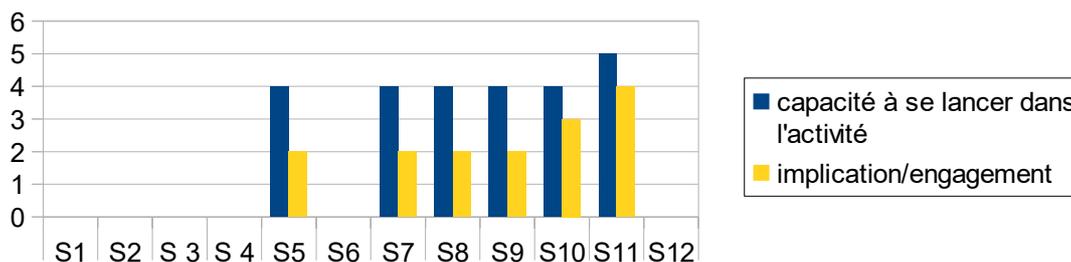
Les items d'observation sont majoritairement évalués qualitativement. Le nombre de prise de parole est évalué quantitativement mais aussi sur une échelle de 1 à 5 (cf grille d'observation .annexe 4).

- *Les capacités comportementales*



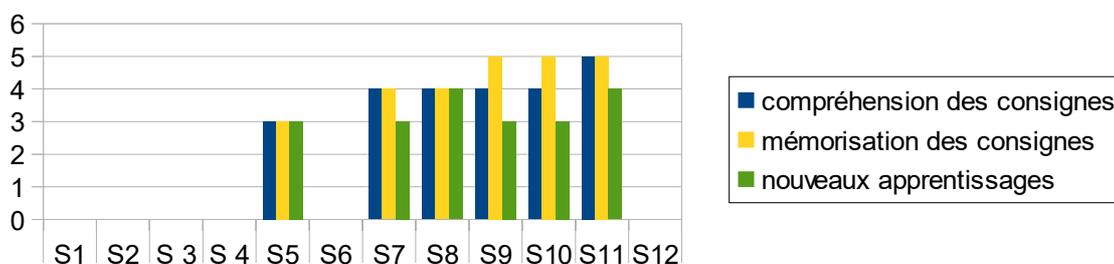
Nous pouvons constater l'évolution positive des séances sur l'état émotionnel de F. Il arrive toujours avec un peu d'anxiété sur les séances mais repart apaisé et souriant.

Nous notons toutefois que la 9ème séance proposant une activité axée sur les émotions a pu mettre à mal F. Cela a été néanmoins l'occasion d'évoquer ses inquiétudes (la grossesse de sa mère) que nous avons pu aborder à nouveau à la séance suivante.



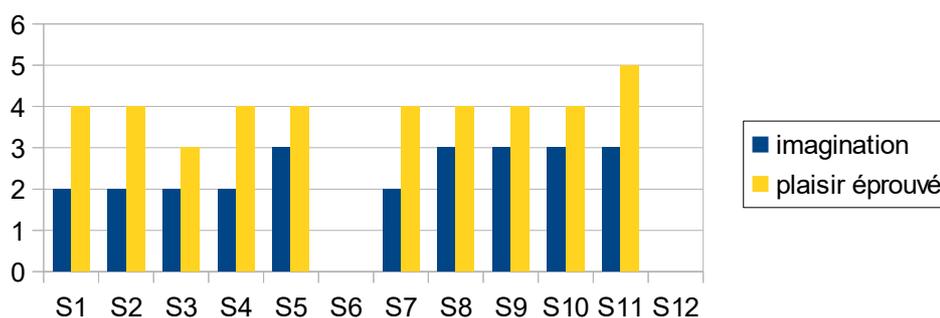
Nous constatons aussi une évolution positive sur la capacité à se lancer dans l'activité sans besoin d'assistance ou d'encouragement et l'implication de F dans le processus créatif. Nous pouvons suggérer que cette évolution est en lien avec un gain de confiance dans la relation thérapeutique mais aussi dans la confiance en soi.

- *Les capacités cognitives*



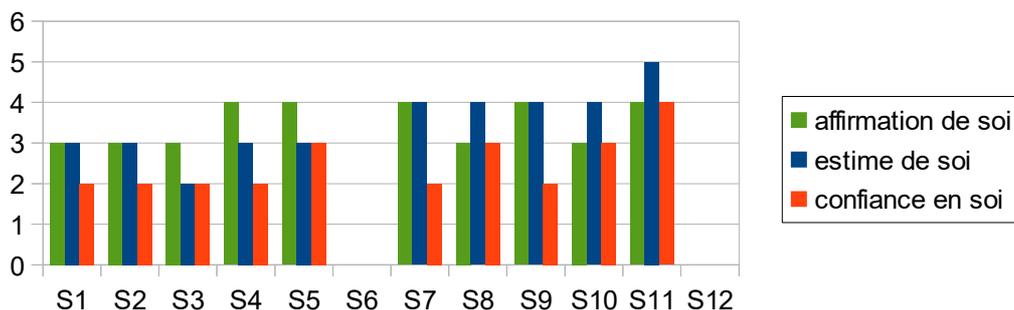
En début de prise en soin, F semble vraiment impacté par ses troubles de l'apprentissage. Nous constatons des difficultés orthophoniques et praxiques mais surtout un grand manque de confiance en lui susceptible de surajouter un frein dans les apprentissages. Il semblerait que les séances individuelles aient été profitables à F car au fil des séances, il a gagné en confiance et en apaisement et s'est rendu plus disponible cognitivement. Il a pu se saisir de nouveaux apprentissages et de conseils et les réinvestir par la suite. D'autre part, nous n'avons pas constaté de troubles de la concentration, c'est pour cela que nous n'avons pas pris en compte cet item d'observation.

- *Les capacités psychiques*



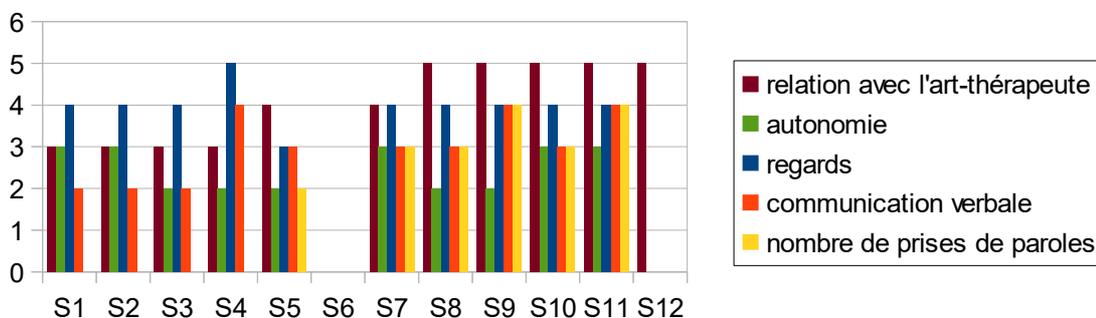
F a réellement apprécié la création par les arts-plastiques. L'enseignement des arts-plastiques au collège est sa matière préférée. Au vu de ses difficultés en lecture et en écriture, F peut être plus facilement valorisé dans la création artistique. Il a apprécié expérimenter de nouvelles techniques et a pu profiter pleinement du bien-être que cela lui a procuré sans craindre de ne pas répondre à une attente. Toutefois, le manque d'imagination a été souvent un frein à la création.

Nous rappelons que F a vécu des carences de stimulations et que c'est un enfant inhibé. Nous sentons pourtant qu'une stimulation sur la durée permettrait à F d'évoluer positivement à ce sujet.



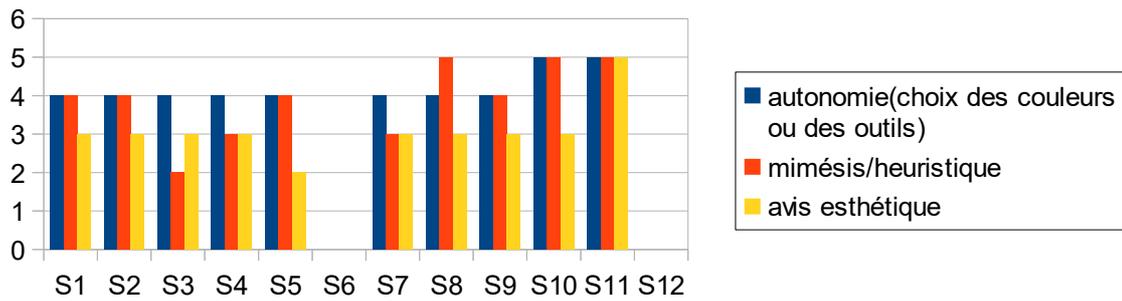
Nous constatons des résultats assez variables pour ces observations avec toutefois un progrès sensible pour la confiance en soi et l'estime de soi. Même si les prises d'initiatives restent timides, F a pu au fil des séances exprimer ses goûts, faire des choix esthétiques, aller jusqu'au bout de ses créations et en reconnaître leur juste valeur jusqu'à vouloir en exposer certaines dans la salle de créativité de l'Arche. Nous pourrions corrélérer les résultats d'évaluation de l'estime de soi avec les résultats d'auto-satisfaction de la grille d'auto-évaluation.

- *Les capacités relationnelles*



L'alliance thérapeutique s'est très bien installée après quelques séances. Nous supposons que cela ait pu participer au réel progrès de communication verbale (confirmée par le nombre de prise de paroles croissant au fil des séances). En début de prise en soin, F répondait uniquement aux questions que nous lui posions, puis petit à petit, il a pris la parole pour solliciter de l'aide et enfin pour partager des choses.

- *Les capacités artistiques*

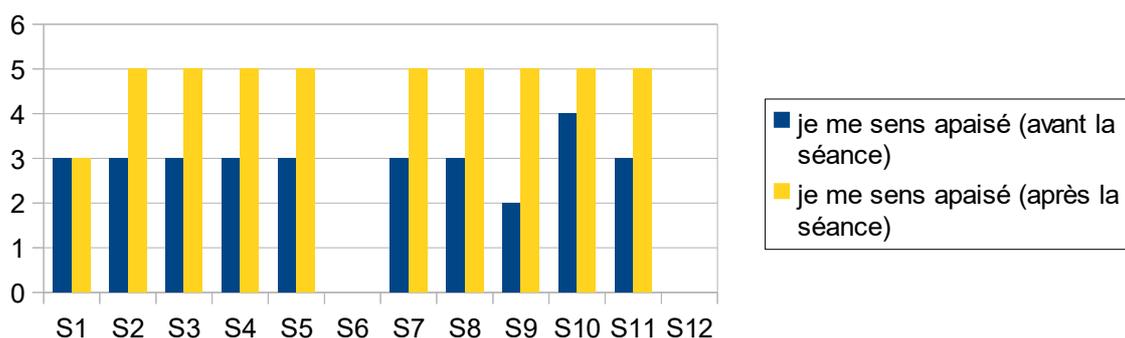


Au fil des séances, F a pris confiance en ses capacités et a pu pleinement s'épanouir dans la création. Il a affirmé ses goûts esthétiques et a cherché à produire du beau en acceptant d'expérimenter de nouvelles techniques. La 11ème séance reflète l'aboutissement de ce cheminement, de cette transformation.

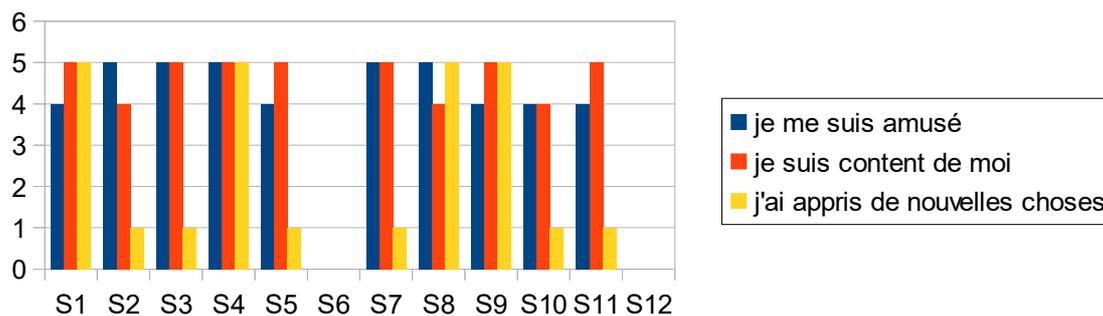
3- Résultats des grilles d'auto-évaluation

Pour l'interprétation des grilles d'auto-évaluation, nous avons choisi l'échelle suivante:

Smileys					
	Pas du tout	Non	Un peu	Oui	Beaucoup
Échelle	1	2	3	4	5



Cette grille d'auto-évaluation nous permet de confirmer l'existence d'une certaine anxiété chez F mais aussi de nous montrer nettement l'effet d'apaisement que peut lui procurer les séances d'art-thérapie.



Nous observons ici une grande hétérogénéité des résultats concernant les nouveaux apprentissages. F ne prend en compte dans cette évaluation que l'apprentissage de nouvelles techniques en arts-plastiques. Le développement des capacités cognitives et des capacités motrices ne sont sans doute pas impliqués dans ce champs. Nous constatons par ailleurs qu'il a pu bénéficier d'expériences valorisantes et qu'il a pu se faire plaisir sur l'ensemble des séances.

4- Bilan

En proposant un cadre thérapeutique sécurisant, nous avons favorisé l'alliance thérapeutique. Celle-ci s'est révélée très bonne au bout de quelques séances.

Au fil de sa prise en soin art-thérapeutique, F a nettement progressé en matière d'expression et de communication. Les arts-plastiques lui ont permis de prendre de l'assurance notamment en affirmant ses choix, ses goûts et en osant expérimenter. Les prises d'initiatives restent encore très timides mais F a pu dépasser sa crainte de l'échec à travers ce médium artistique et être valorisé. Il s'est fait plaisir au cours de ses créations et a signifié clairement l'apaisement que cela lui procurait. Si l'imaginaire est toujours pauvre, il nous semble qu'en le stimulant, F pourrait être plus créatif. Lorsqu'il est en confiance, il accepte l'étayage pour se lancer dans de nouveaux apprentissages. Il nous semble qu'au vu de ses troubles des apprentissages au Collège (sans poursuite des aménagements mis en place à l'école) venant alimenter un sentiment d'échec chez F et de la situation familiale avec la nouvelle grossesse de sa mère, la poursuite d'un accompagnement individuel serait profitable à la diminution de l'anxiété et à la revalorisation narcissique, dans un objectif de levée de l'inhibition. La prise en soin art-thérapeutique aurait pu continuer pour F mais la fin de notre stage suppose l'arrêt de l'art-thérapie dans son projet de soin global actuel.

II- Résultats pour K

1- Résultats et analyse des échelles scientifiques

Lorsque nous faisons passer le test de Rosenberg ([annexe p83](#)) à K, en début de 5ème séance d'art-thérapie, celui-ci obtient un résultat de **32**, soit une estime de soi considérée comme dans la moyenne. Nous rappelons cependant que jusqu'à 31, l'estime de soi est considérée comme faible et que l'évaluation clinique pluridisciplinaire a permis de dégager l'indication d'expériences relationnelles sécurisantes autour du prendre soin dans une visée renarcissisante pour K.

En ce qui concerne l'évaluation de l'anxiété par l'échelle R-CMAS ([annexe 7 p84](#)), celle-ci montre une note totale de **59** pour K avec des hypothèses d'interprétations recevables comme pour F. Pour la sous-échelle d'anxiété physiologique, le résultat montre que K est débordé par ses tentatives de soulagement de son anxiété. Cette inefficacité engendre des manifestations physiques, une altération des capacités à prendre des décisions, des débordements émotionnels et des difficultés d'endormissement. Pour la sous-échelle d'inquiétudes et d'hypersensibilité, bien que dans la norme, les items montrent des variations qui dénotent des peurs dont il ne semble pas comprendre les leviers ni les implications sociales et relationnelles. Il ressort donc de cette sous-échelle que K a besoin d'apprendre à reconnaître les situations sociales et les émotions qui y sont associées et aussi à exprimer ses émotions. Pour la sous-échelle préoccupation et concentration, bien que dans la norme, l'exploration par items montre une certaine sensibilité aux attentes des personnes qui sont importantes comme pour F. Les difficultés qu'il rencontre entraînent des problèmes de concentration. Le résultat traduit aussi sa peur d'être isolé socialement, dans un groupe social qu'il vit globalement comme hostile. Pour la sous-échelle de mensonge, les résultats montrent qu'il a une conscience assez juste et adaptative de lui même, qu'il est capable de porter un regard honnête sur ses comportements qu'il a pu partager avec l'art-thérapeute stagiaire qui a fait passer le test.

Au total, on peut dire que la passation de la R-CMAS amène les hypothèses suivantes pour K: la perception de lui-même semble objectivable. La note totale d'anxiété montre un niveau d'anxiété assez élevée, en lien avec des difficultés relationnelles avec le groupe qu'il perçoit comme hostile, chez un enfant n'ayant pas une grande conscience de certains codes sociaux et dont il ne comprend pas les tenants et aboutissants, alors même qu'il est en difficulté avec la reconnaissance et l'expression de ses émotions. Le débordement émotionnel anxieux prend la forme de somatisations multiples, avec des difficultés d'endormissement, et des répercussions comportementales (crises de colère), une réduction des capacités décisionnelles, attentionnelles et de concentration. On peut faire l'hypothèse d'une embolisation possible de l'énergie psychique par les émotions.

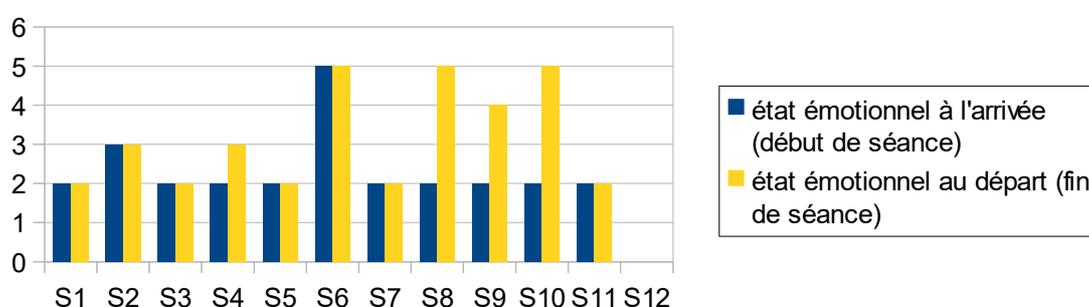
Même si K semble avoir une estime de soi dans la moyenne d'après le test de Rosenberg, celle-ci reste fragile au vu de sa situation. La revalorisation narcissique est donc tout à fait préconisée pour lui. Quant à l'anxiété, il s'avère qu'elle a un impact important sur son quotidien.

Nous pouvons donc estimer que ces résultats valident aussi le choix de notre étude sur les objectifs art-thérapeutiques visant à améliorer l'estime de soi et à diminuer l'anxiété chez K.

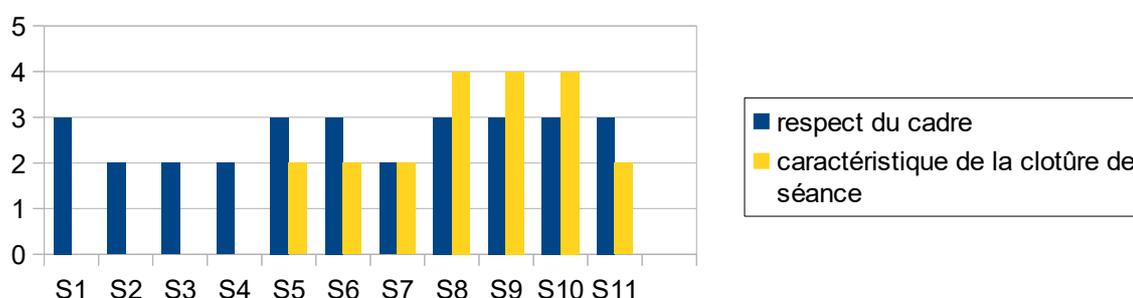
2- Résultats et analyse des grilles d'observation

Les items d'observation sont majoritairement évalués qualitativement. Seul le nombre d'interventions pour le rappel au cadre est évalué quantitativement (cf grille d'observation annexe 5).

- Les capacités comportementales



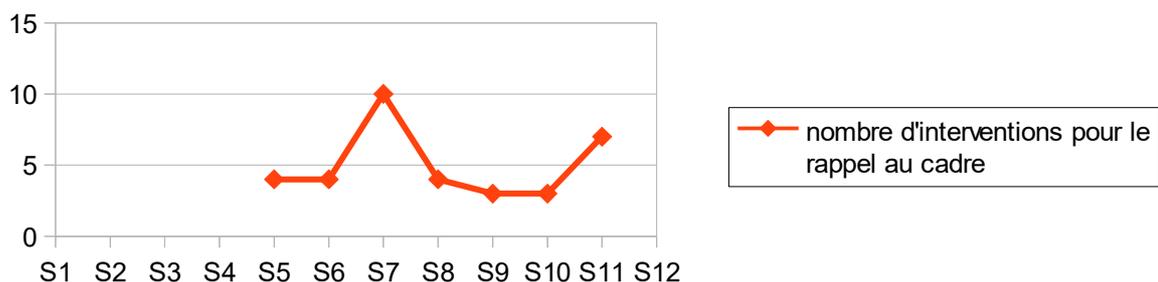
Ces items d'observation relatent l'état d'excitation quasi permanent de K à l'arrivée sur les séances d'art-thérapie. Nous notons toutefois une exception pour la séance 6 où K a été emmené sur la structure par un éducateur de son lieu de vie plutôt que le taxi habituel. Il est intéressant de noter la disparition de l'agitation psycho-motrice après les séances 6, 8 9 et 10 mais nous constatons la fragilité de ce que nous pensions évoluer positivement puisqu'il y a une nette régression à la séance 11. Cela pourrait être expliqué par le conflit avec ses pairs précédent la séance d'art-thérapie. La séance n'a pas suffi pour apaiser le débordement émotionnel de K.



Nous constatons une légère amélioration de K dans le respect du cadre à partir de la 5ème séance. La baisse constatée à la 7ème séance peut être corrélée avec le retard de K à l'arrivée sur la séance.

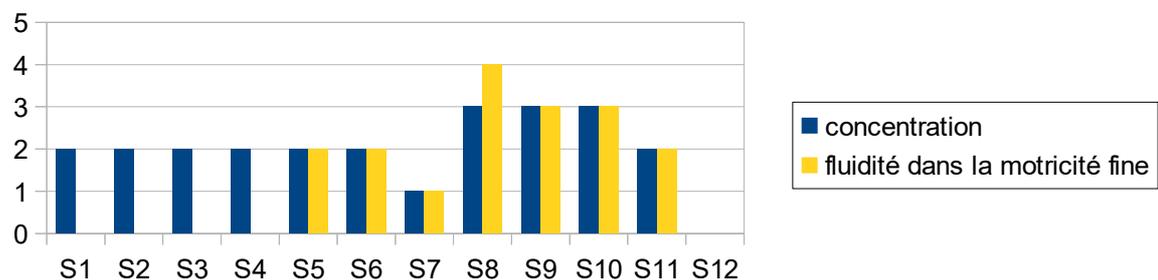
Il y a eu une crise clastique chez un enfant de la structure ce jour là et nous avons dû aller chercher K en sortie à l'extérieur avec le groupe pour le ramener dans la salle où les séances d'art-thérapie ont lieu. Même si nous avons posé un cadre contenant pour les séances d'art-thérapie, nous voyons l'importance de l'organisation de «l'avant» et de «l'après» pour K.

Pour la caractéristique de la clôture de la séance, nous constatons une nette amélioration aux séances 8, 9 et 10 où le départ a été motivé par l'art-thérapeute mais s'est fait à l'heure prévue. La régression pour la 11ème séance est probablement en lien avec l'évènement de cette journée (conflit avec ses pairs) ou l'arrivée de la fin de prise en soin à la prochaine séance.



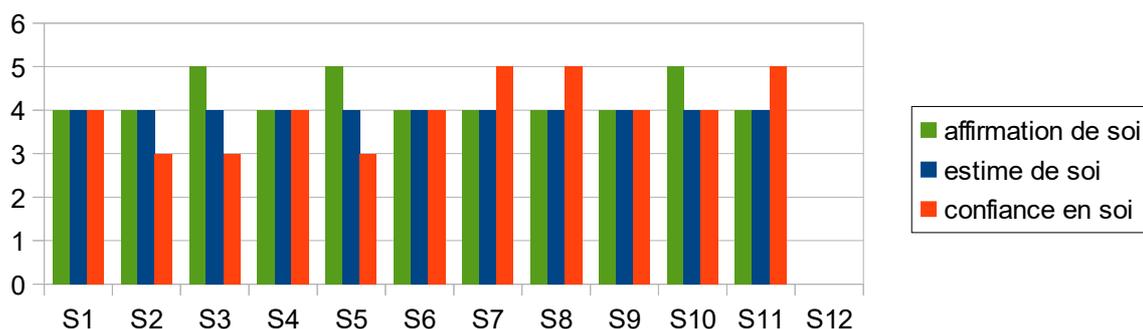
Nous retrouvons ici aussi l'influence de l'environnement pour K avec une augmentation de l'agitation psycho-motrice lors des séances 7 et 11 expliquant un nombre de rappels au cadre plus important. K semble très sensible aux perturbations extérieures et paraît mettre en place cette agitation pour palier à ses angoisses. Il semblerait que malgré les séances d'art-thérapie, le débordement émotionnel soit encore ingérable pour lui.

– *Les capacités cognitives*



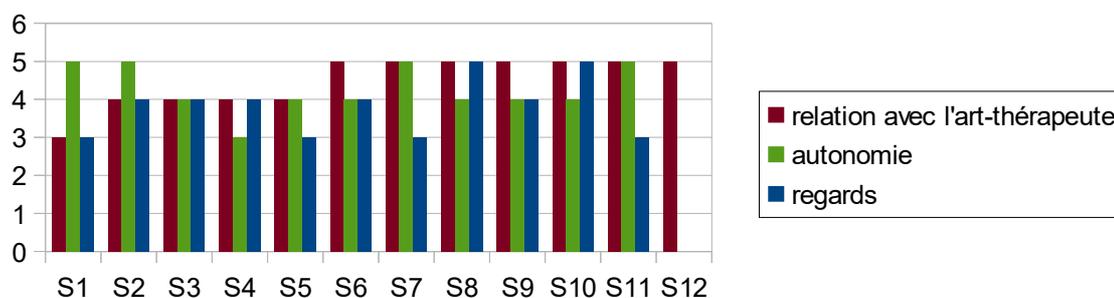
Malgré une légère amélioration (séances 8, 9 et 10), K reste très impacté par des troubles de la concentration. Nous notons en revanche une amélioration au niveau de la fluidité de ses gestes dans la motricité fine. K est moins crispé au fil des séances.

– *Les capacités psychiques*



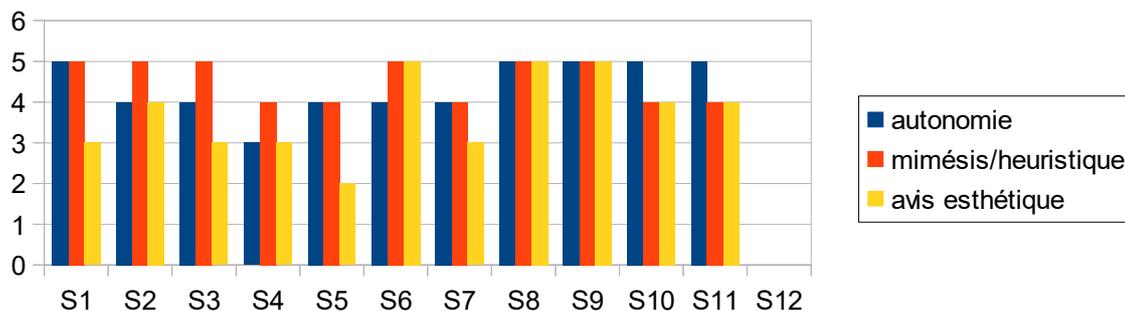
Nous observons des items particulièrement hauts pour K avec une confiance en soi qui s'est améliorée au fil des séances.

– *Les capacités relationnelles*



L'alliance thérapeutique s'est très bien installée après quelques séances comme pour F. K est très autonome. Il est aussi très présent dans la relation avec l'art-thérapeute, souvent dans la communication verbale, dans la recherche de regards. Nous sentons un grand besoin d'attention, une recherche de figure d'attachement pour cet enfant qui a été placé en lieu de vie.

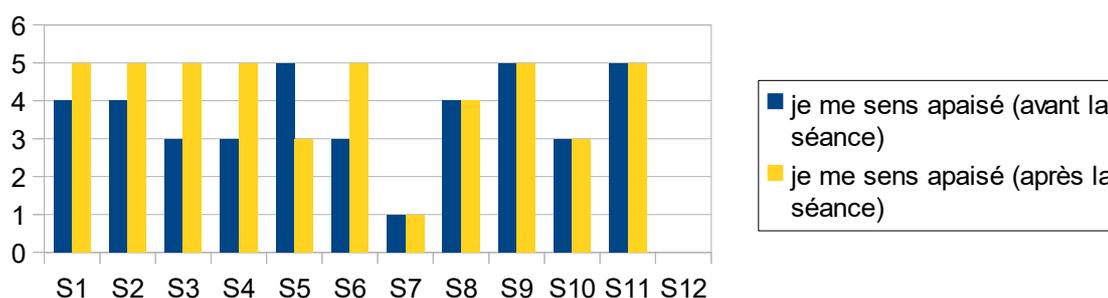
– *Les capacités artistiques*



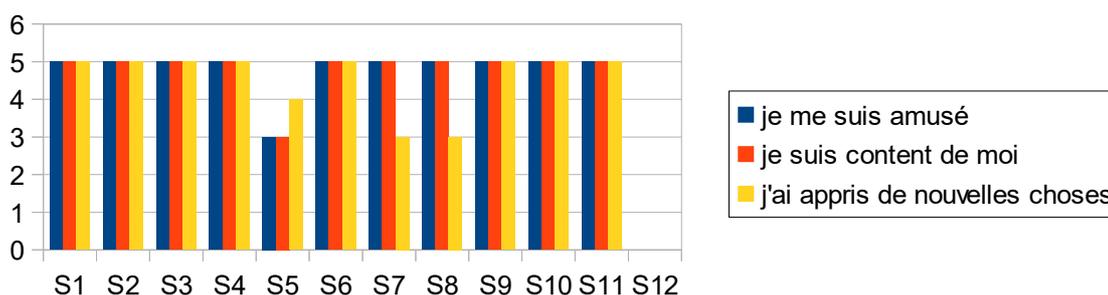
K est très à l'aise dans la création. Il a beaucoup d'imagination et cherche intensément à produire du beau. Il a en revanche plus de mal à lâcher prise et aime bien maîtriser ce qu'il fait. Nous avons pu le constater lors de créations plus abstraites. Lors de la création des «4 cercles» en séance 5 puis 7, K a privilégié la mise en forme de ses émotions sans chercher à produire du beau. C'est la seule création pour laquelle il s'est montré complètement indifférent.

3- Résultats des grilles d'auto-évaluation

Pour l'interprétation des grilles d'auto-évaluation, nous avons choisi la même échelle que pour F.



Les résultats sont ici très hétérogènes et difficilement interprétables. En dehors des premières séances, il semblerait que les séances d'art-thérapie n'aient pas d'impact positif sur l'apaisement pour K. Nous pouvons toutefois nous questionner sur son auto-évaluation très positive avant certaines séances alors que nous n'avons pas pu faire ce même constat. K attendant impatientement chaque séance, nous pouvons supposer que l'arrivée sur les séances engendraient déjà chez lui un apaisement. La séance 7 peut refléter l'impact émotionnel sur K d'une crise clastique d'un autre enfant sur la structure ce jour là.



Cette auto-évaluation nous confirme que K a très apprécié les séances d'art-thérapie. Cela lui a permis de vivre des moments de plaisir et de revalorisation narcissique.

4- Bilan

Ainsi que pour F, en proposant un cadre thérapeutique sécurisant, nous avons favorisé l'alliance thérapeutique. Celle-ci s'est révélée très bonne au bout de quelques séances.

K a nettement progressé au cours de sa prise en soin art-thérapeutique. Au fil des séances, le rappel au cadre était de moins en moins nécessaire et la concentration de plus en plus efficace. Lorsque K se lance dans le processus artistique, l'agitation psycho-motrice diminue. Il reste cependant des crispations motrices (tenue des crayons ou des pinceaux crispée, appui avec force...) qu'il peut corriger si on lui permet d'en prendre conscience et qu'on le rassure. La dernière séance a été compliquée suite à un conflit avec son groupe de pairs, K se sentant rejeté par le groupe. Malgré l'expérience d'une relation sécurisante en art-thérapie, il semblerait que la relation soit encore difficile pour lui. Améliorer la relation pourrait être un objectif art-thérapeutique à travailler dans la continuité du soin. K est sinon très à l'aise avec la technique des arts-plastiques mais il est aussi souvent dans la maîtrise. Lui proposer plus d'activités axés sur le lâcher-prise serait intéressant. D'autre part, K semble encore être dans une grande insécurité interne et l'art-thérapie n'a pas eu l'effet espéré sur l'anxiété, même s'il y avait un apaisement au cours de certaines séances. Il a pu toutefois se faire plaisir et être valorisé au cours de sa prise en soin art-thérapeutique. Malheureusement, dans un contexte où la séparation doit être travaillée, K était absent pour la dernière séance d'art-thérapie programmée. La clôture de la prise en soin n'a donc pas pu se faire clairement même si elle avait été préparée en amont. Au regard de l'évolution positive, il aurait été intéressant de poursuivre la prise en charge en art-thérapie avec K. La fin de notre stage marquant l'arrêt de la prise en soin, nous avons proposé à l'équipe de l'Arche (compte-rendu de bilan) pour K de maintenir un temps individuel qui pourrait s'articuler autour d'un moment de relaxation.

4ème Partie: Discussion

I- Limites de l'étude

1- La question de l'utilisation des tests de Rosenberg ([annexe 6 p83](#)) et R-CMAS ([annexe 7 p84](#))

Les grilles scientifiques sur lesquelles nous nous sommes appuyées pour évaluer l'estime de soi et l'anxiété de F et K ont été utiles pour valider notre choix d'étude sur l'intérêt de l'art-thérapie dans la revalorisation narcissique et la diminution de l'anxiété chez des enfants présentant des troubles psychiques. Nous nous sommes toutefois questionnés sur le résultat de K pour le test de Rosenberg puisque son estime de soi était considérée comme dans la moyenne. Nous avons donc aussi pris en considération les éléments d'évaluation clinique pour justifier les objectifs art-thérapeutiques.

L'interprétation du test de R-CMAS a nécessité l'étayage d'une psychologue mais a permis de mettre en avant un certain nombre de pénalités qui n'ont pas pu être verbalisées par les enfants, qui ont aussi des difficultés à identifier ce qui peut générer de l'angoisse chez eux.

Par ailleurs, la passation des tests a été faite seulement à la 5ème séance. Nous nous sommes posés la question d'une nouvelle passation des tests à la dernière séance pour évaluer l'impact de la prise en soin art-thérapeutique, mais la période entre la 5ème et 12ème séance nous semblait un peu courte et surtout la passation des tests chez ces enfants a été compliquée à vivre pour eux.

F et K ayant une scolarité «douloureuse», la passation des tests a été vécue comme une évaluation stressante leur rappelant l'école. Nous avons donc choisi de nous appuyer sur les résultats de nos grilles d'observation art-thérapeutique et de nos grilles d'auto-évaluation pour valider notre hypothèse. Nous avons notamment choisi des items pour permettre d'évaluer l'apaisement et la revalorisation narcissique au cours de la prise en soin art-thérapeutique.

2- La question de l'objectivité des grilles d'auto-évaluation

Pour chaque remplissage des grilles d'auto-évaluation, nous spécifions aux enfants qu'il ne s'agissait pas de nous faire plaisir et qu'il fallait remplir cette grille en fonction de leurs réels ressentis.

F et K souhaitant toutefois, l'un comme l'autre, répondre aux attentes des adultes, la question de l'authenticité des réponses s'est posée. Pourtant nous considérons que ce qu'ils ont exprimé sur ces grilles d'auto-évaluation sont à prendre en considération tel quel. Cela reflète malgré tout l'expression d'un ressenti ou d'un désir à un moment donné. La variation des résultats nous prouve aussi que les enfants sont capables d'évaluer objectivement le plaisir, la valorisation (à travers leurs productions et l'acquisition de nouveaux apprentissages) et l'apaisement qu'ils ont pu ressentir à travers la séance d'art-thérapie.

3- Les contraintes organisationnelles au sein de la structure

Si les conditions de stage ont été très favorables, il n'a pas été toujours facile de respecter les horaires de prise en soin art-thérapeutique des enfants. Ces changements pouvaient être dûs à des situations particulières (opposition, crise clastique, fugue) concernant les enfants, même vécues passivement, ou à des sorties de groupe en médiations animales nécessitant d'aller récupérer l'enfant en sortie à l'extérieur de l'Arche. Nous avons pu constater que les conditions d'arrivée et de départ aux séances d'art-thérapie, notamment pour K, avaient une influence importante sur le déroulement des séances. Les moments qui précèdent et succèdent les séances d'art-thérapie sont donc à prendre en considération pour ces enfants qui ont besoin de cadres différenciés et sécurisants en fonction des prises en charge spécifiques qui leur sont proposées sur la structure. Nous avons pu revoir l'organisation des conditions d'arrivée et de départ aux séances d'art-thérapie avec l'équipe.

Il arrivait aussi parfois de devoir partager la salle de créativité avec un soignant et un enfant en médiation artistique. La présence d'autres personnes dans la salle, créant une stimulation visuelle et sonore, pouvait générer une retenue dans le processus créatif et déconcentrer l'enfant.

Toutefois, nous avons pu accueillir des stagiaires infirmiers sur quelques séances pour leur faire connaître l'art-thérapie sans perturber les enfants puisque cela avait été préparé en amont et accepté par l'enfant. D'autre part, les enfants accueillis sur l'unité Apaloosa présentant des troubles psychiques très divers et constituant un petit groupe le mardi après-midi, nous n'avons pas pu proposer de séances groupales pour travailler la relation. Cela aurait pourtant pu être bénéfique pour F et K.

Enfin, la fermeture de l'Arche pendant certaines périodes des vacances scolaires n'étant pas toujours bien intégrée par les familles ou les institutions, les enfants pouvaient être absents sur leur créneau prévu à l'hôpital de jour pendant les vacances. Ainsi, F et K ont été absents à leurs dernières séances d'art-thérapie. La fin de prise en soin art-thérapeutique n'a donc pas pu se faire correctement. Nous aurions voulu profiter de cette dernière séance prévue pour faire un bilan de la prise en soin avec les enfants et évaluer avec eux leurs besoins sur la nécessité de poursuivre l'art-thérapie.

II- Bénéfices de l'étude

1- L'efficacité de l'art-thérapie dans la revalorisation de l'estime de soi

Pouvoir exprimer ses sentiments et ses émotions face à quelqu'un capable de les entendre participe à la santé psychique et au bien-être de la personne. «L'art-thérapie est ce lieu où on peut exprimer ses émotions qui nous bouleversent, nous accablent. La créativité, soutenue par l'art-thérapeute, contribue à cette réparation narcissique, au sentiment de se sentir (re)vivre.»⁷. «Pour le docteur en psychologie et artiste M. Csikszentmihalyi, l'art fait partie des expériences recherchées par l'homme, qui donne un sens non seulement à la vie mais à l'évolution de l'espèce. L'Art thérapie, pour sa part, utilise ce potentiel dans une activité gratifiante pour la personne qui souffre d'une mauvaise estime d'elle-même. Sans être artiste, celle-ci reçoit le plaisir sensoriel de l'acte artistique et son émotion immédiate. L'art permet de retrouver les sens avec une justesse de l'utilisation du corps et de la pensée.»¹⁶. Nous savons que F et K n'ont pas pu bénéficier du sentiment de sécurité affective dans leur petite enfance, un préalable pourtant indispensable au développement d'une image de soi positive. C'est en favorisant le plaisir sensoriel et esthétique, l'expression des émotions et des sentiments, à travers la création, sans jugement ni attente de résultats particuliers, que les séances d'art-thérapie ont permis à F et K de transformer leur vision de soi, d'accroître leur confiance en soi et leur estime de soi. Notre rôle d'art-thérapeute a été de veiller aux meilleurs conditions pour que cela puisse se faire, en favorisant notamment l'alliance thérapeutique, la diversité des propositions d'ateliers, en prenant en compte les appétences de chacun et en proposant un cadre sécurisant. Nous avons favoriser la confiance en soi et leur avons permis de porter un autre

regard sur eux-mêmes lors des séances en valorisant notamment leur potentiel. Le choix de la technique des arts plastiques leur a permis de pouvoir être valorisés autrement qu'à travers les apprentissages scolaires. Ils ont pu vivre des expériences positives venant compenser le sentiment d'échec qu'ils peuvent avoir à l'école au vu de leurs troubles des apprentissages. Nous pouvons confirmer à travers les résultats de nos deux études de cas que F et K ont pu être gratifiés au cours de leurs prises en soin art-thérapeutiques, avec une nette progression pour F en ce qui concerne l'affirmation de soi, l'estime de soi et la confiance en soi. D'autre part, les résultats des grilles d'auto-évaluation mettent en avant un lien certain entre le plaisir (je me suis amusé) et l'estime de soi (je suis content de moi) avec des résultats quasi constants sur l'ensemble des séances (entre 4 et 5 sur une échelle de 1 à 5). En effet, le plaisir est un puissant générateur de confiance et d'estime de soi. Se faire plaisir est le début d'une attitude positive face à soi-même. Toutefois, nous savons que pour F et K l'estime de soi est une valeur fragile. F a accepté difficilement de monter ses productions et a pu verbaliser un sentiment de honte qui l'empêchait de partager ses réussites. Malgré une évolution encourageante vers la levée de l'inhibition au cours de sa prise en charge pluridisciplinaire en pédopsychiatrie, il faut considérer l'environnement familial et scolaire de F comme des facteurs déterminants dans la transformation positive de son image de soi sur le long terme. En ce qui concerne K, nous pensons que l'estime de soi n'est pas encore assez solide pour lui permettre d'être habile dans ses relations. Si l'école se mobilise pour permettre à K d'accéder plus facilement aux apprentissages en s'adaptant à ses difficultés, il semblerait que K soit encore dans une grande insécurité interne, en lien notamment avec sa situation de placement. Une étude sur le lien entre attachement et estime de soi chez des adolescents placés en famille d'accueil ou en institution met en avant de plus grandes difficultés pour les enfants placés en institution à reconstruire leur image de soi en comparaison avec les enfants placés en famille d'accueil. Il est aussi nécessaire pour cette reconstruction que ces enfants puissent identifier les défaillances parentales dont ils ont été l'objet: «Les résultats ont confirmé que les participants placés en famille d'accueil avaient des représentations plus positives de leur figure d'attachement secondaire comparativement à ceux placés en institution: ils se sentaient plus en sécurité, plus en confiance et ressentaient moins de sentiments négatifs relatifs à l'abandon(...). Les études suggèrent que l'enfant doit être capable d'identifier les défaillances parentales dont il a été l'objet; en effet, un enfant maltraité par ses parents construit une représentation de soi négative puisqu'il était indigne d'être aimé, de recevoir de l'attention ou de l'aide de leur part (Miljkovitch, 2009). Les résultats de cette étude suggèrent que ce processus pourrait davantage être facilité par le placement en famille d'accueil»¹⁸. Nous pouvons donc constater que si l'art-thérapie contribue à améliorer l'estime de soi, elle ne peut être envisagée comme la seule prise en soin possible pour revaloriser narcissiquement ces enfants.

Elle a toute sa place pour collaborer à l'amélioration de la santé psychique des enfants en pédopsychiatrie mais s'inscrit bien dans un projet de soin global.

2- L'efficacité de l'art-thérapie dans la diminution de l'anxiété

Lors des séances d'art-thérapie, nous avons pu aider F et K à vivre des expériences particulièrement absorbantes et agréables. L'activité créatrice peut ainsi aider à réduire le stress et l'intrusion de pensées négatives et de croyances limitantes. C'est en profitant des moments présents en séances d'art-thérapie, en accédant au plaisir, que l'anxiété a pu diminuer chez F et K. Toutefois, l'effet de l'art-thérapie sur la diminution de l'anxiété n'a pas eu l'impact espéré pour K sur le long terme. Nous pensons qu'une poursuite de la prise en soin art-thérapeutique aurait été utile. Nous aurions pu inclure de manière régulière des moments de relaxation en début de séances, par un temps d'écoute musicale par exemple. Nous leur avons aussi permis de vivre des relations sécurisantes. F et K ont pu réaliser des productions sans craindre de décevoir l'art-thérapeute. «Dans nos ateliers d'art-thérapie, la méfiance se traduit par des peurs: peur du jugement de l'autre, peur du ridicule, peur de déplaire à l'art-thérapeute et de déplaire à soi-même(...). Or l'art-thérapie offre justement un espace où le client peut se réapproprier sa tendance à oser. Le local d'art-thérapie devient alors ce laboratoire, cet espace sécurisant où il se permet d'être»¹⁰. C'est en trouvant la bonne distance pour soutenir l'enfant et l'encourager dans son autonomie que l'art-thérapeute permet à l'enfant d'avoir une meilleure compréhension de lui-même et de sa manière d'appréhender ses relations aux autres. Le premier critère d'une relation thérapeutique est la confiance. Cela est basé sur les notions de respect d'autrui, d'écoute et sur la certitude qu'aura progressivement l'enfant que l'art-thérapeute sera présent lorsque cela sera nécessaire. Il faut pouvoir donner du temps à l'enfant pour exprimer son ressenti, ses contenus psychiques, ses sentiments. Pour faciliter cela, l'art-thérapeute doit faire preuve d'empathie. L'empathie désigne la tentative de compréhension de l'autre, dans ses sentiments, ses ressentis, ses émotions, ses croyances. L'art-thérapeute doit aussi poser un cadre sécurisant. Les enfants étaient très rassurés de la permanence dans le déroulement des séances (même lieu, même jour de la semaine et mêmes horaires, même disposition de la salle, même rituel de remplissage de la grille d'auto-évaluation en début et fin de séance). Nous avons pu constater que les changements imprévus pouvaient générer une augmentation de l'anxiété notamment chez K. Nous pensons que la durée du stage s'échelonnant sur une période suffisamment longue pour que les enfants nous identifient comme une personne faisant partie de l'équipe soignante a favorisé l'alliance thérapeutique et la relation sécurisante.

Celle-ci a pu être renforcée par notre participation sur des temps informels auprès des enfants avec l'équipe (temps d'accueil, temps de médiations animales...). Nous regrettons en revanche que la fin

de prise en soin ait eu lieu sur une absence des deux enfants pour la dernière séance, en raison d'une incompréhension de planning de la structure au moment des vacances scolaires par les responsables légaux. La fin de la prise en soin pour fin de stage aurait pu être vécue différemment pour ces enfants qui ont souffert de troubles de l'attachement et pour qui la séparation doit être préparée pour être mieux vécue. Enfin, nous voyons l'art-thérapie comme un soin facilitateur de régulation émotionnelle. C'est une discipline en lien direct avec le processus émotionnelle puisqu'elle permet de déposer, d'exprimer, de mettre en forme ses émotions. L'anxiété est une émotion vague et déplaisante qui traduit de l'appréhension, de la détresse, une crainte diffuse et sans objet. Chez l'enfant, encore plus que chez l'adulte, l'origine de l'anxiété n'est pas facilement identifiable par lui-même. Il peut être compliqué à l'enfant de mettre des mots sur ses peurs. Nous rappelons que F est un enfant inhibé et que l'agitation psycho-motrice de K traduit sans doute son incapacité à élaborer ses angoisses. Lors des séances d'art-thérapie, F et K ont pu déposer leurs craintes à travers leurs créations et ainsi accéder au processus de changement. Nous avons pu les aider à identifier leurs émotions avec l'utilisation parfois de supports mais aussi à identifier leurs ressources.

3- L'impact de l'art-thérapie sur les apprentissages

L'Art thérapie s'adresse à l'enfant dans sa globalité, car elle permet de stimuler les capacités physiques, cognitives, émotionnelles, psychomotrices et relationnelles de l'enfant. «Bien que la créativité implique des qualités différentes en fonction du contexte où elle doit s'exprimer (...), la plupart des modèles théoriques insistent sur l'interaction entre deux dimensions: une dimension cognitive (processus perceptifs, attentionnels et exécutifs, mnésiques...) qui permet à la personne de traiter, manipuler et comparer des informations, et une dimension affective (sensibilité, émotions, traits de personnalité...) qui permet notamment à l'individu de juger de la valeur personnelle d'une situation et ainsi de ressentir l'excitation propre au degré de nouveauté, d'originalité des hypothèses qu'il génère»³. L'art-thérapie sollicite les capacités présentes en chacun vers la restauration d'une confiance en soi et l'amélioration de ses modalités relationnelles. L'enfant est accueilli dans son entièreté, les difficultés avérées qui le caractérisent peuvent s'y exprimer au même titre que ses qualités et compétences. L'enfant est invité à s'exprimer de façon singulière, à son rythme et selon son propre cheminement, sans obligation d'un résultat attendu ou déterminé au préalable. Il est engagé dans une action qui passe par le faire et le regarder, motivant une qualité de présence et de concentration. La technique est présente non comme moteur mais comme point d'appui au fur et à mesure de ses besoins. L'expression est encouragée, accueillie, reconnue et participe par la même à la démarche de soins chez des enfants dont la confiance et l'estime de soi sont souvent fragilisées. Les CHU* de Grenoble et de Tours ont publié une étude comparative de 4 expériences intégrant l'art thérapie comme soins complémentaires auprès d'enfants souffrant de troubles de l'apprentissage

en 2016: troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, troubles dyslexiques, enfants surdoués. Les résultats ont encouragé les équipes à maintenir les prises en charge. «D'après les résultats, 72% des enfants disent éprouver de la fierté, 78% avoir repris confiance leurs capacités, 68% envie de continuer la prise en charge et 50 % ont amélioré leurs facultés relationnelles. L'étude conjointe menée au CHU* de Grenoble et au CHU* de Tours a concerné 22 enfants au total. D'après les différentes expérimentations, les médecins concluent que l'art-thérapie a contribué à aider les enfants à mieux exprimer leur ressenti et restaurer l'estime d'eux-mêmes.»²¹. Les séances d'art-thérapie ont permis à F et K de prendre confiance en eux à travers la reconnaissance de leurs capacités à pouvoir acquérir de nouveaux apprentissages ou à améliorer certaines capacités cognitives et motrices de façon ludique et créative. F a progressé dans la compréhension et la mémorisation des consignes. Il s'est impliqué de plus en plus au fil des séances et a pris confiance en ses capacités. K a progressé en concentration, a diminué son agitation psycho-motrice entravant les apprentissages et sa motricité fine est devenue plus fluide. «En effet, si l'appareil psychique de l'enfant reçoit trop de stimulations et que l'enfant se trouve débordé dans ses capacités à les assimiler, soit que son rythme propre n'ait pas été respecté et que l'enfant ait éventuellement été soumis à un forçage (Flagey D., 2002), soit que d'autres facteurs interviennent dans le processus déficitaire (familiaux ou sociaux par exemple) pour expliquer que l'enfant ne dispose pas de support narcissique nécessaire pour servir d'appui aux mécanismes de pensée, l'enfant va manifester un retard d'organisation du raisonnement, des troubles instrumentaux ou d'autres dysfonctionnements (Flagey D., 2002 ; Verdier-Gibello M.-L., 2003). Dans notre clinique, nous observons chez certains enfants une rigidité de la pensée liée à ces difficultés, comme si le plaisir de l'apprentissage était remplacé par une obligation scolaire sans que l'enfant développe suffisamment ses capacités créatives et puisse véritablement introjecter toutes les potentialités ludiques des apprentissages. Je ne peux que souligner la nécessité de développer chez l'enfant le plaisir de jouer avec les pensées, la créativité et la curiosité dans les apprentissages.»¹⁹. D'autre part, les neuroscientifiques ont clairement montré que le cerveau dispose d'une grande capacité d'adaptation aux demandes de son environnement: la plasticité. Des connexions neuronales sont créées ou renforcées, d'autres sont affaiblies ou éliminées, selon les besoins. Les études menées dans le cadre des neurosciences affectives et sociales ont permis de mettre en lumière que l'intelligence de l'être humain ne dépendait pas seulement de facultés intellectuelles mais également que toutes rencontres, toutes expériences émotionnelles transformaient en profondeur, et de façon globale, le cerveau affectif et intellectuel. Les neurosciences cognitives, affectives et sociales ont aussi mis en avant les mécanismes favorisant les apprentissages: la plasticité cérébrale, les fonctions exécutives et l'étayage bienveillant de l'entourage.

Les fonctions exécutives sont des habilités du cerveau permettant l'adaptation à des situations nouvelles. Elles regroupent: l'élaboration de stratégies, la planification des tâches à accomplir (anticipation et réalisation logique), le maintien de l'attention et la surveillance de l'avancement des tâches jusqu'à la réalisation du plan, la flexibilité mentale (adaptation aux imprévus, correction des erreurs, passage d'une tâche à l'autre) et le contrôle de l'inhibition (capacité à résister aux informations non pertinentes, et aux comportements inadaptés ou automatiques). Les neurosciences ont aussi démontré les effets néfastes du stress provoqué par certaines émotions et les effets bénéfiques de la bienveillance, et de l'empathie de l'adulte sur le développement du cerveau de l'enfant. Le stress vécu par l'enfant peut très aisément rendre difficiles les apprentissages ou même les altérer de manière durable s'il est trop souvent présent dans l'environnement du jeune enfant. Aider l'enfant à diminuer son stress lui permet de mieux gérer ses émotions mais également de développer son cortex préfrontal qui est le siège des fonctions exécutives. Les émotions d'intérêt, de plaisir, de relaxation, de joie, d'espoir, de fierté, de gratitude et de soulagement, lorsqu'elles sont en relation avec le processus d'apprentissage lui-même, ont un potentiel particulièrement fort de le faciliter. Nous comprenons donc que l'art-thérapie, au delà de la stimulation des capacités cognitives et motrices impliquées dans le processus créatif, peut favoriser les apprentissages grâce à l'accompagnement bienveillant de l'art-thérapeute mais aussi à l'apaisement qu'elle procure, la valorisation de l'enfant et le développement de son intelligence émotionnelle. Elle permet aussi de favoriser la motivation chez l'enfant, ce qui influera évidemment sur sa motivation à vouloir apprendre. Une expérience en art-thérapie dans la prise en charge de la souffrance psychique d'enfants hospitalisés en pédopsychiatrie menée au CHU* de Grenoble a montré que «Par une pratique artistique adaptée, nous favorisons l'émergence des compétences, et d'autres compétences se génèrent créant ainsi de la motivation. Or la motivation engendre la motivation et la motivation favorise les compétences... De février à octobre 2016, 16 jeunes ont bénéficié d'art-thérapie (...). Nous observons que la mise en place de cette boucle positive peut permettre: une régulation émotionnelle avec la diminution du stress et de l'impulsivité, une meilleure gestion de la colère / une amélioration des capacités d'attention, de concentration et d'apprentissage.»⁴.

4- L'art-thérapie adaptée à deux symptomatologies très différentes des troubles psychiques

F et K sont suivis en pédopsychiatrie pour des troubles neurodéveloppementaux. Les troubles du neuro-développement se caractérisent par une perturbation du développement cognitif ou affectif de l'enfant qui entraîne un retentissement important sur le fonctionnement adaptatif scolaire, social et familial. Ces troubles apparaissent le plus souvent précocement dans l'enfance, les premiers signes étant visibles avant la fin de l'école maternelle et se modifient jusque dans l'adolescence.

Ils présentent des degrés très variables de sévérité et sont fréquemment associés entre eux, constituant alors un trouble multiple du neurodéveloppement. Ces troubles peuvent être internalisés ou externalisés. Les troubles internalisés de l'enfant se manifestent par des symptômes anxieux ou dépressifs mais également par des difficultés de régulation émotionnelle. Les troubles externalisés ou troubles du comportement sont caractérisés par des symptômes d'opposition, des comportements hétéro-agressifs, des transgressions des règles sociales. Nous pouvons dire que F présente plutôt des troubles internalisés et K des troubles externalisés. Il est donc évident que si nous avons travaillé sur les deux mêmes objectifs art-thérapeutiques de revalorisation narcissique et de diminution de l'anxiété pour F et K, les moyens de les atteindre ont dû être adaptés à chaque enfant. F présente une inhibition intellectuelle avec des difficultés à penser, à mémoriser et à se concentrer. Il présente une inhibition affective avec des difficultés à extérioriser ses émotions, mais aussi une inhibition verbale. Des objectifs art-thérapeutiques spécifiques ont donc été définis en fonction de sa symptomatologie (communication verbale, compréhension et mémorisation des consignes, implication...). K présente une instabilité psychomotrice qui se traduit par un excès de mouvement et une impossibilité de demeurer immobile. Il présente des troubles de l'attention et a du mal à rester fixé sur une tâche jusqu'à son accomplissement, il est distrait et a du mal à terminer ce qu'il commence. Il présente aussi une impatience motrice qui caractérise l'impulsivité. Il peut agir sans prendre le temps de recevoir et d'analyser les différentes données. Des objectifs art-thérapeutiques ont donc été aussi définis en fonction de sa symptomatologie propre (respect du cadre, concentration, fluidité dans la motricité fine...). L'art-thérapeute, tout en distinguant la personnalité de chaque enfant de ce qui correspond à ses troubles, adapte et oriente les séances d'art-thérapie vers le soin grâce aux observations les plus précises et objectives possibles faites au cours de la prise en soin. C'est pour cela que nous avons observé F et K pendant plusieurs séances avant de faire évoluer nos grilles d'observations pour prendre en compte la spécificité de leurs troubles. Les différents ateliers d'art-thérapie ont été réfléchis en fonction du profil de chaque enfant. Les différentes techniques d'arts-plastiques ont été proposées en fonction de leurs besoins et de leurs évolutions au cours de la prise en soin, dans un objectif d'apaisement et de revalorisation narcissique mais aussi de leurs propres objectifs sanitaires.

Nous nous sommes confrontés cependant à quelques difficultés. Certaines activités ont été choisies afin de privilégier l'expression des émotions et des ressentis mais ont pu être perçues comme trop invasives peut-être par les enfants, ou déstabilisantes. Nous avons perçu dès lors la difficulté à trouver l'équilibre entre mettre en place des stratégies art-thérapeutiques pour cibler les objectifs à atteindre pour ces enfants et rester dans des activités ludiques valorisantes et apaisantes.

III- L'Art-thérapie, une pratique intéressante en pédopsychiatrie

1- L'art-thérapie et la médiation artistique, deux approches différentes

L'atelier «créativité» de l'Arche s'est poursuivi, parallèlement aux séances d'art-thérapie mises en place lors de notre stage, pour les enfants qui ne bénéficiaient pas d'art-thérapie. L'utilisation de l'art en psychiatrie recouvre actuellement une multitude de pratiques. Si l'art-thérapie et la médiation artistique peuvent coexister en institution, il nous semble toutefois important de clarifier la différence entre ces deux approches. Les ateliers de médiation artistique peuvent être nommés de différentes façons: atelier de médiation artistique à visée thérapeutique, atelier créatif... En pédopsychiatrie, le médiateur peut-être un intervenant extérieur (professeur des beaux-arts par exemple) mais aussi un infirmier du service (comme à l'Arche). C'est déjà en cela que le cadre spécifique de l'art-thérapeute se distingue de celui du médiateur lorsque celui-ci est déjà soignant dans le service où il propose les ateliers. « Par ailleurs, comment imaginer qu'un soignant en institution (...) puisse endosser des rôles différents avec les mêmes enfants dont il a la charge, dans des cadres différents avec des missions différentes. Non seulement cet intervenant aura du mal à instituer des règles différentes dans des lieux distincts, mais encore les enfants eux-mêmes ne sauront plus à qui ils auront réellement affaire.»⁶ L'atelier d'art-thérapie propose un espace de liberté propre avec un cadre bien défini. D'autre part, en médiation artistique, la réalisation artistique est utilisée comme médiateur dans le groupe et sert de support notamment pour faciliter l'expression verbale. Les médiations désignent ce qui a fonction de tiers, qui permet de créer un espace de communication entre deux personnes, généralement un soignant et son patient dans le cas de la médiation thérapeutique. En médiation, l'animateur d'atelier donne une consigne et attend que la personne réalise un objet. C'est la relation à l'objet qui est prépondérante. En art-thérapie, il n'y a pas de progression avec un début et une fin qui aboutiraient à un objet final en fin de séance, même si amener un projet à terme peut parfois être un objectif en soi dans un but de revalorisation. L'art-thérapie est centrée sur le patient plutôt que sur l'objet. Il n'y a pas d'attente de résultats ni d'analyse des productions. C'est la rencontre et la relation entre le patient et l'art thérapeute qui sont au cœur du processus de soin. La communication hors-verbale et la relation sont aussi exploitées que la communication verbale. L'art-thérapie met l'accent sur le processus créatif qui permet la transformation du patient. Pour que ce processus créatif soit thérapeutique, la mise en place d'un cadre spécifique est nécessaire et l'art-thérapeute en est le garant. Il oriente son travail sur l'état de base et les capacités résiduelles du patient plutôt que sur les causes de ces troubles. Cela nécessite qu'il ait reçu une formation spécifique, qu'il ait acquis des connaissances sur les pathologies rencontrées et qu'il maîtrise les techniques artistiques utilisées.

C'est ce qui fait de l'art-thérapie une approche spécifique, se distinguant des médiations artistiques et pouvant ainsi s'associer à d'autres approches thérapeutiques proposées habituellement en pédopsychiatrie pour apporter aux enfants suivis des bénéfices supplémentaires.

2- L'art-thérapie et la médiation animale, deux approches complémentaires

Les médiations animales permettent la mobilisation psychique des patients par le biais de régression aux relations précoces. Ces régressions sont induites par l'animal qui stimule le système d'attachement de l'enfant en étant à la fois donneur et receveur de soins et par le cadre bienveillant et sécurisant garanti par les thérapeutes. Les qualités sensorielles de l'animal (chaleur, douceur, odeur, grandeur) permettent une régression à l'objet maternel, figure d'attachement primaire, renforcée par une dimension de dépendance retrouvée dans «le prendre soin de» (nourrissage, soins aux animaux). Les grands animaux induisent également la dimension de portage, de bercement, non sans rappeler la dyade mère-enfant. Les contacts de peau à peau entre le patient et l'animal permettent un retour à un état fusionnel par le prolongement des deux corps. La médiation animale met également l'accent sur la valeur non verbale de la communication avec l'animal. L'attention est portée sur les ressentis corporels en deçà du langage parlé souvent source de difficultés face aux tensions internes difficiles à élaborer et verbaliser. Ainsi, les thérapeutes ont pour fonction de mettre en mots ce qui se joue entre le patient et l'animal. Ils doivent ainsi avoir recours à une observation minutieuse et peuvent s'appuyer sur des grilles d'évaluation (questionnaire issu de la grille de Vineland par exemple ([annexe 11/p89](#))).

Par les interactions qu'il suscite auprès de l'enfant, l'animal contribue à façonner le monde émotionnel, affectif, relationnel et social. C'est un vecteur de relations sociales mais il permet aussi à l'enfant de trouver un apaisement psychique. C'est en cela que la médiation animale et l'art-thérapie peuvent-être deux approches complémentaires. L'art-thérapie vise à améliorer l'expression, la communication et la relation en permettant d'accéder à une meilleure confiance en soi, affirmation de soi et estime de soi. Les séances d'art-thérapie peuvent permettre également à l'enfant de trouver un apaisement psychique. Nous avons pu remarquer au cours de notre stage que les enfants qui venaient de bénéficier de médiations animales avant les séances d'art-thérapie arrivaient plus disponibles pour leur séance. D'autre part, nous pouvions nous appuyer sur les émotions ressenties au cours des médiations animales pour initier le processus créatif et travailler sur les émotions. De même, les progrès acquis en séances d'art-thérapie ont pu être réinvestis pour la médiation animale. Le gain de confiance a notamment permis aux enfants d'approcher plus facilement les animaux. Les enfants ont été plus à même d'identifier les émotions ressenties au cours des médiations animales et de les exprimer.

IV- L'Art-thérapeute, un soignant à part entière

1- L'art-thérapeute au sein d'une équipe médicale et paramédicale

A l'hôpital, l'art-thérapeute fait parti de l'équipe paramédicale, exerce sous l'autorité du médecin responsable du service dans un cadre sanitaire avec ses compétences propres d'art-thérapeute. Il peut proposer des prises en soin individuelles ou groupales dans un cadre thérapeutique contenant. Les séances sont prescrites par l'équipe médicale (À l'Arche c'est le médecin pédopsychiatre de la structure) et l'art-thérapeute, propose ensuite des stratégies thérapeutiques en accord avec la prise en charge globale du patient. L'art-thérapeute rencontre le patient lors d'un premier entretien pour une présentation de l'art-thérapie (et de l'art-thérapeute) et pour évaluer les pénalités et ressources du patient mais aussi ses goûts, ses envies artistiques et son engagement dans la prise en soin. Il constitue ainsi son dossier de suivi art-thérapeutique et conçoit un protocole art-thérapeutique. Ce protocole consiste à préparer et à mettre en œuvre des séances d'art-thérapie en utilisant des outils d'observation et d'analyse des séances dans le but d'accompagner le patient vers l'atteinte de ses objectifs thérapeutiques, vers un mieux-être. Ce protocole définit notamment les objectifs art-thérapeutiques, les paramètres spatio-temporels des séances (dates, horaires, lieu, périodicité, durée...), les techniques artistiques envisagées et le cadre thérapeutique. Lors des séances, l'art-thérapeute exploite et adapte des activités artistiques en accord avec le protocole thérapeutique. Il évalue les séances en s'appuyant sur ses grilles d'observations, qu'il peut être amené à modifier au cours des séances en fonction de spécificités repérées. En cours de prise en soin, il échange avec l'équipe médicale et paramédicale et participe aux «Synthèses d'équipe». En fin de prise en soin, il rédige des bilans art-thérapeutiques et fait part de ses résultats au médecin du service et à l'équipe soignante. Il pourra enfin évaluer sa prise en charge.

2- Notre posture en tant que futur art-thérapeute

Lors de notre stage à l'Arche, nous avons pu être déjà considérée comme future art-thérapeute. Nous avons fait partie de l'équipe paramédicale d'Octobre 2019 à Février 2020, reconnue comme art-thérapeute stagiaire par l'équipe de la structure mais aussi par les enfants accueillis sur la structure. Le médecin pédopsychiatre a validé les prises en soin art-thérapeutiques pour les enfants que nous allions suivre. Nous avons élaboré nos protocoles, en avons fait part à l'équipe et avons mené nos séances d'art-thérapie en autonomie, dans de bonnes conditions et avec la confiance de l'équipe. Nous avons pu proposer des prises en soin individuelles et groupales. Nous avons élaboré et rempli nos grilles d'observation et mis en place des grilles d'auto-évaluation pour évaluer la progression de nos patients au cours des séances d'art-thérapie. Nous avons partagé des moments informels avec l'équipe afin de faciliter notre intégration dans la structure mais aussi des moments plus formels

comme la réunion de synthèse hebdomadaire. Nous avons pu exprimer lors de ces réunions nos observations de prises en soin art-thérapeutiques et avons pu faire évoluer nos stratégies en fonction des besoins. Par ailleurs, nous avons pu enrichir nos connaissances en psychopathologies de l'enfant et de l'adolescent. En fin de stage, nous avons remis à la structure, pour chaque enfant ayant bénéficié de séances d'art-thérapie, un bilan de prise en soin art-thérapeutique avec une photocopie des productions réalisées au cours des séances. Nous avons pu notifier sur ces bilans d'éventuelles recommandations à évaluer et valider par le médecin pédopsychiatre pour la suite de notre départ. Si notre expérience a été très positive, l'équipe et les enfants accueillis à l'Arche ont pu aussi nous faire ce retour. L'équipe a pu notamment nous signifier qu'elle avait beaucoup appris sur ce qu'était l'art-thérapie. Les enfants auraient souhaité que nous restions encore à l'Arche pour que les prises en soin art-thérapeutiques continuent. Ce stage nous a permis de nous positionner en tant que professionnel. Il nous a permis aussi de prendre confiance en nos capacités de future art-thérapeute et nous a donné l'élan de poursuivre notre voie professionnelle avec passion.

Conclusion

Nous avons pu constater lors de cette étude l'apport positif de l'art-thérapie par la technique des arts plastiques sur la revalorisation narcissique des enfants présentant des troubles psychiques. Les séances d'art-thérapie ont permis à ces enfants de prendre confiance en leurs capacités, de s'affirmer et de vivre des expériences sécurisantes agréables et valorisantes. L'assise narcissique reste toutefois très fragile pour ces enfants vivant dans un contexte social et familial compliqué. Si l'art-thérapie vient compléter une prise en charge globale pluridisciplinaire indispensable, nous regrettons que la durée des prises en soin art-thérapeutiques aient été trop courtes pour ces enfants compte tenu de la durée de notre stage. Une poursuite des séances d'art-thérapie sur une plus longue période aurait permis aux enfants de continuer à progresser, tant sur le plan cognitif qu'affectif. Si les résultats de l'étude concernant la diminution de l'anxiété montrent une disparité entre F et K, L'atelier d'art-thérapie a cependant offert à ces enfants un espace d'apaisement certain. Pour K, chez qui l'efficacité de l'art-thérapie par les arts-plastiques sur la diminution de l'anxiété n'a pas été évidente, il nous semblerait intéressant d'évaluer l'impact avec un autre médium artistique. Nous pourrions aussi faire évoluer les prises en soin individuelles sur des prise en soin groupales afin d'améliorer la relation pour ces enfants. Cette étude nous permet aussi de justifier que l'art-thérapeute soit reconnu comme un professionnel paramédical méritant une reconnaissance de statut à part entière. Cette expérience d'art-thérapeute stagiaire a été très riche et est venue nous confortée dans notre choix professionnel.

Bibliographie

- 1 ANDRÉ Christophe, LELORD François, *L'estime de soi- s'aimer pour mieux vivre avec les autres*, édition Odile Jacob, p234, France, 2002
- 2 ANZULES Christina, MULLER-PINGET Solange, GOLAY Alain, *L'Art-thérapie: l'expression de soi autrement*, In Revue médicale, p 239-241, n° 8 Suisse, 2012
- 3 CHARDON Fabrice, *Art-thérapie pratiques cliniques, évaluations et recherches*, Presses universitaires François Rabelais, p25, France, 2018
- 4 CHARDON Fabrice, *Art-thérapie pratiques cliniques, évaluations et recherches*, Presses universitaires François Rabelais, p65-66, France, 2018
- 5 DIKANN Alain, *Développez votre intelligence émotionnelle avec l'art-thérapie*, éditions Grancher, p 55, France, 2018
- 6 DUBOIS Anne-Marie et MONTCHANIN Corinne, *Art-thérapie et enfance contextes, principes et dispositifs*, Elsevier Masson, p 85, France, 2015
- 7 EVERS Angela, *Le grand livre de l'art-thérapie*, édition Eyrolles, p48, France, 2015
- 8 FORESTIER Richard, *Le métier d'art-thérapeute*, édition Favre, p 340, France, 2014
- 9 GUEDENEY Nicole, *Les racines de l'estime de soi: apports de la théorie de l'attachement*, In Devenir, p 129-44, n° 23, France, 2011
- 10 HAMEL Johanne et LABRÈCHE Jocelyne, *Art-thérapie mettre des mots sur les maux et des couleurs sur les douleurs*, Larousse Poche, p 265, France, 2019
- 11 KLEIN Jean-Pierre, *L'art-thérapie*, In Cahiers de Gestalt-thérapie, p 55-62, n° 20, France, 2007
- 12 MARCELLI Daniel et COHEN David, *Enfance et psychopathologie*, 10ème édition Elsevier Masson, p17, France, 2016
- 13 NASTORG Marjorie, *L'art-thérapie auprès de jeunes âgés de 7 à 15 ans, présentant des troubles du comportement*, Mémoire de fin d'études du Diplôme universitaire d'Art-thérapie de Poitiers, p 73, France, 2016
- 14 ROY Isabelle, *L'art-thérapie et les mondes virtuels*, In Enfances & Psy, p89-94, n°55, France, 2012
- 15 SALOMON-HAQUETTE Constance, *Les apports de la théorie de l'attachement dans la clinique et l'accompagnement des enfants pris en charge en hôpital de jour à l'EMPE de Poitiers*, Thèse pour le Diplôme d'État de Docteur en Médecine, France, 2015
- 16 SASSE Kristine, *L'art-thérapie et la restauration de l'estime de soi*, In L'observatoire-L' Art peut-il être utile au Social?, n°70, France, 2012
- 17 THUL-GODIN Odile, *Restaurer l'estime de soi par le développement de la créativité chez l'adolescent via les médias artistiques plastiques*, Mémoire de fin d'études du Diplôme universitaire d'Art-thérapie de Poitiers, p 56, France, 2017

Webographie

- 18 DEBORDE Anne-Sophie, DANNER-TOUATI Camille, HERRERO Laura et TOUATI Abdelmonaim, *Lien entre attachement et estime de soi chez des adolescents placés en famille d'accueil ou en institution: contribution respective de la mère biologique et de la figure d'attachement secondaire*, In L'Année psychologique 116, p391-418, n° 3, France, 2016.
<https://www.cairn.info/revue-l-annee-psychologique1-2016-3-page-391.htm>
- 19 FRISCH-DESMAREZ Christine, *Troubles narcissiques liés aux difficultés d'apprentissage chez l'enfant*, In Enfances & Psy, p. 87-97, n°28, France, 2005.
<https://www.cairn.info/revue-enfances-et-psy-2005-3-page-87.htm>
- 20 KONICHEKIS Alberto, *Troubles psychiques liés aux interactions précoces*, In Spirale, p 149-60, n° 25, France, 2003, <https://www.cairn.info/revue-spirale-2003-1page149.htm>
- 21 *Les pédopsychiatres plébiscitent l'art-thérapie pour les enfants souffrant de troubles des apprentissages*, <https://www.ladepeche.fr/article/2016/11/29/2468450-pedopsychiatres-plebiscitent-art-therapie-enfants-souffrant-troubles-apprentissage.html>

Glossaire

A3 : format de papier de 42 x 59.4 cm (équivalent à deux feuilles A4).

A4 : format de papier, le plus fréquemment utilisé, de 21 x 29,7 cm

Akinésie : Trouble caractérisé par une raréfaction des mouvements spontanés du corps et une lenteur des mouvements volontaires, dans leur préparation ou durant leur exécution, indépendantes de toute lésion de la voie motrice principale

Alexithymie : Déficit de verbalisation des émotions

Atonie : Diminution de la tonicité normale d'un organe contractile

AVS : Assistant de Vie Scolaire

Bradykinésie : Lenteur du mouvement volontaire

Caregiver (terme anglais) : personne donnant des soins (traduction française)

CESAM : Centre de Soins AMbulatoires

CHL : Centre Hospitalier Henri Laborit

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

Clastique : Crise coléreuse caractérisée par la violence avec destruction sans intention précise

CMP : Centre Médico-Psychologique

CMPEA : Centre Médico-Psychologique de l'Enfance et de l'Adolescence

CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique

DE : Diplôme d'État

DU : Diplôme Universitaire

Dysgraphie : Trouble graphique s'exprimant au niveau des composantes spatiales de l'écriture sans atteintes des structures morphosyntaxiques

Dyslexie : Difficulté d'apprentissage de la lecture et de l'orthographe, en dehors de toute déficience intellectuelle et sensorielle, et de tout trouble psychiatrique

Dysorthographe : Difficulté spécifique d'apprentissage de l'orthographe chez un enfant qui ne présente pas par ailleurs de déficit intellectuel, sensoriel ou de trouble majeur de la personnalité et qui est normalement scolarisé

Dysphorie : Trouble psychique caractérisé par une humeur oscillant entre tristesse et excitation

Dyspnée : Difficulté à respirer, s'accompagnant d'une sensation de gêne ou d'oppression / essoufflement.

Dyspraxie : Trouble de la réalisation de gestes concrets (manipulation d'objets) ou symboliques indépendant de toute atteinte des fonctions motrices et sensitives et de tout trouble de la compréhension

EHPAD : Établissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

ESS : Équipe de Suivi de Scolarisation

Format raisin : format de papier de 50 x 65cm

IDEF : Institut Départemental pour la protection de l'Enfance et l'accompagnement des Familles

IEM : Institut d'Éducation Motrice

IME : Institut Médico-Éducatif

OG : Objectifs généraux

OI : Objectifs intermédiaires

OMS : Organisation Mondiale pour la Santé

PUPEA : Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent

RASED : Réseau d'Aides Spécialisée aux Élèves en Difficulté

SEGPA : Section d'Enseignement Général et Professionnel Adapté

Smiley (terme anglais) : Le terme smiley est un anglicisme qui signifie "souriant". Un smiley est une représentation graphique d'un visage souriant. Par extension, le smiley désigne toutes les représentations graphiques d'expressions du visage traduisant un sentiment, une émotion...

C'est une émoticône. Dans un message électronique, l'émoticône est une représentation typographique (par combinaison de caractères) ou graphique (image fixe ou animée) figurant une émotion. L'émoticône la plus connue est celle symbolisant un sourire.

Tachycardie : Élévation excessive du rythme cardiaque

TDAH : Trouble du Déficit de l'Attention avec ou sans Hyperactivité

TISF : Techniciens de l'Intervention Sociale et Familiale

ULIS : Unité Localisée pour l'Inclusion Scolaire

UMB : Unité Mère Bébé

Planning des séances d'art-thérapie avec Leila
(stagiaire art-thérapeute)



	LUNDI	MARDI
9H30-10H30	B et E	A et I
10H30-11H15	D	S
11H15-12H	L	
14H-14H45		F
14H45-15H30		K

FICHE D'OUVERTURE ART-THERAPIE

Date (1er entretien) :

Prénom NOM :
Groupe/ Individuel:
Référent :
Droitier/ Gaucher :

Age:
DDN:
Date d'entrée :

Coordonnées famille :

Médecin traitant :

Autres professionnels :

Anamnèse (E/B) :

Passions/ Loisirs/ Intérêts (Goûts) :

Attentes :

Objectifs thérapeutiques envisagés :

Objectif général (ou objectifs généraux) :

Objectifs intermédiaires :

Techniques artistiques envisagées :

Nombres de séances prévues :

Lieu :

Durée des séances et horaires :

Leila Bajon (stagiaire art-thérapeute)- DU d'Art-thérapie Faculté de Médecine Université de Poitiers

FICHE D'OBSERVATION ART-THERAPIE

Prénom NOM :
 Droitier/ Gaucher :
 Groupe/ Individuel:
 Séance n° :

Date:
 Horaires :

Rappel des objectifs généraux :

Rappel des objectifs intermédiaires :

Objectif artistique :

Techniques artistiques utilisées :

peinture pastels crayons de couleur feutres encre aquarelle découpage/ collage
 autre

Méthode :

situation jeu exercice
 dirigé semi-dirigé libre

Situation proposée :

Grille d'évaluation :

Capacités comportementales

Accueil de l'art-thérapie	Etat émotionnel à l'arrivée	Capacités à se lancer dans l'activité
5- chaleureux	5- de bonne humeur, souriant	5- réagit aux consignes
4- enthousiaste	4- apaisé	4- a besoin que les consignes soient reformulées
3- attendu	3- neutre (semble ni bien, ni mal)	3- a besoin d'une assistance pour pouvoir démarrer puis prend la suite
2- indifférent	2- anxieux	2- a besoin d'une assistance puis d'être encouragé
1- opposé	1- agité, inhibé	1- a besoin qu'on le laisse faire seul, ne veut pas être regardé

Implication/ Engagement	Fatigabilité	Respect du cadre / des consignes
5- Investi, Moteur	5- dynamique	5- très appliqué
4- Impliqué, prend des initiatives	4- peu tonique	4- appliqué
3- A l'aise dans la production	3- fatigué	3- rappel du cadre ou des consignes parfois nécessaire
2- Timide, se laisse guider	2- très fatigué	2- rappel du cadre ou des consignes souvent nécessaire
1- Inhibé	1- endormi	1- dans l'opposition

Capacités cognitives

Manifeste une intention: Oui Non

Cohérence avec l'intention exprimée: Oui Non

Compréhension de la consigne	Mémorisation de la consigne	Concentration
5- très bonne	5- complète	5- attention fixe
4- bonne	4- quasi complète	4- mémorisation
3- confuse	3- partielle	3- concentration fluctuante
2- très partielle	2- difficile	2- concentration dispersée ou perturbée
1- incompréhension	1- aucune mémorisation	1- inattention

Dextérité motrice	Rythme de travail	Nouveaux apprentissages
5- fine	5- très rapide	5- maîtrisés et recherchés
4- bonne	4- rapide	4- bien maîtrisés
3- normale	3- soutenu	3- est capable de les intégrer
2- maladroite	2- lent	2- utilisés avec difficulté
1- grossière	1- très lent	1- non perçus

Capacités psychiques

Imagination	Plaisir éprouvé
5- forte	5- plaisir rayonnant
4- certaine	4- plaisir apparent
3- perceptible	3- peu de plaisir
2- faible, besoin de stimulation	2- indifférent
1- non perçue	1- déplaisir

Affirmation de soi	Estime de soi	Confiance en soi
5- déterminé, argumente avec assurance	5- valorisation	5- assurée, prise d'initiatives
4- reconnaît son travail à sa juste valeur	4- réassurance	4- bonne
3- surélévation des défauts	3- se sanctionne	3- modérée
2- évaluation négative	2- position d'échec	2- peu
1- jugement non-objectif	1- dévalorisation	1- pas

Capacités relationnelles

Qualité de la présence	Relation avec l'art-thérapeute	Autonomie
5- très présent	5- très bonne alliance thérapeutique	5- entièrement autonome
4- présent	4- alliance thérapeutique instaurée	4- cherche le regard de l'art-thérapeute
3- alternance de présence et d'absence	3- alliance thérapeutique en cours	3- a besoin d'être encouragé parfois
2- fuyant	2- alliance thérapeutique non amorcée	2- sollicite de l'aide
1- absent	1- dans l'opposition, rejet de l'art-thérapeute	1- dépendance totale

Communication verbale	Nombre de prises de parole	Regards
5- très présente	5- supérieur à 10	5- fréquents
4- recherchée	4- 6 à 8 fois	4- réguliers
3- peu présente	3- 3 à 5 fois	3- ponctuels
2- réponds uniquement aux questions	2- 1 à 2 fois	2- rares
1- indifférence	1- 0 fois	1- absents

Capacités artistiques

Adaptation à la technique (utilisation des outils)	Autonomie dans le travail (choix des couleurs)	Mimesis / Heuristique
5- très aisée	5- réalise soi-même les couleurs qu'il choisit d'utiliser	5- cherche à produire du beau
4- aisée	4- choix effectué seul	4- invente
3- normal	3- choix réalisé avec l'aide de l'art-thérapeute	3- reproduit
2- difficile/ utilise toujours les mêmes outils	2- choix provoqué par l'art-thérapeute	2- a des difficultés à reproduire
1- très difficile	1- ne peut pas faire de choix	1- ne fait pas

Avis esthétique
5- veut exposer sa production (au public)
4- satisfait de sa production, veut la montrer à ses proches
3- satisfait de sa production/ production gardée dans le dossier patient
2- indifférent à sa production
1- veut détruire sa production

Dynamique Art I / Art II :

- 3- puise dans les 2
- 2- Art II (démarche intentionnelle)
- 1- Art I (mécanisme et plaisir archaïque)

Analyse et Bilan de la séance :

Etat émotionnel au départ
5- de bonne humeur, souriant
4- apaisé
3- neutre (semble ni bien, ni mal)
2- agité, anxieux
1- énervé, en colère

FICHE D'OBSERVATION ART-THERAPIE

Prénom NOM :
Droitier/ Gaucher :
Groupe/ Individuel:
Séance n° :

Date:
Horaires :

Rappel des objectifs généraux :

Rappel des objectifs intermédiaires :

Objectif artistique :

Techniques artistiques utilisées :

peinture pastels crayons de couleur feutres encre aquarelle découpage/ collage
 autre

Méthode :

situation jeu exercice
 dirigé semi-dirigé libre

Situation proposée :

Grille d'évaluation :

Capacités comportementales

Accueil de l'art-thérapie	Etat émotionnel à l'arrivée	Capacités à se lancer dans l'activité
5- chaleureux	5- de bonne humeur, souriant	5- réagit aux consignes
4- enthousiaste	4- apaisé	4- a besoin que les consignes soient reformulées
3- attendu	3- neutre (semble ni bien, ni mal)	3- a besoin d'une assistance pour pouvoir démarrer puis prend la suite
2- indifférent	2- agité, anxieux	2- a besoin d'une assistance puis d'être encouragé
1- opposé	1- énervé, en colère	1- a besoin qu'on le laisse faire seul, ne veut pas être regardé

Fatigabilité	Respect du cadre / des consignes
5- dynamique	5- très appliqué
4- peu tonique	4- appliqué
3- fatigué	3- rappel du cadre ou des consignes parfois nécessaire
2- très fatigué	2- rappel du cadre ou des consignes souvent nécessaire
1- endormi	1- dans l'opposition

Nombre d'intervention pour le rappel du cadre :

Capacités cognitives

Manifeste une intention: Oui Non

Cohérence avec l'intention exprimée: Oui Non

Concentration	Dextérité motrice	Rythme de travail
5- attention fixe	5- fine	5- très rapide
4- mémorisation	4- bonne	4- rapide
3- concentration fluctuante	3- normale	3- soutenu
2- concentration dispersée ou perturbée	2- maladroite	2- lent
1- inattention	1- grossière	1-très lent

Fluidité dans la motricité fine (pression sur le crayon...)

5- fluide et léger

4- non fluide mais sans pression

3- légère pression

2- pression certaine

1- très crispé, forte pression

Capacités psychiques

Imagination	Plaisir éprouvé
5- forte	5- plaisir rayonnant
4- certaine	4- plaisir apparent
3- perceptible	3- peu de plaisir
2- faible, besoin de stimulation	2- indifférent
1- non perçue	1- déplaisir

Affirmation de soi	Estime de soi	Confiance en soi
5- déterminé, argumente avec assurance	5- valorisation	5- assurée, prise d'initiatives
4- reconnaît son travail à sa juste valeur	4- réassurance	4- bonne
3- surélévation des défauts	3- se sanctionne	3- modérée
2- évaluation négative	2- position d'échec	2- peu
1- jugement non-objectif	1- dévalorisation	1- pas

Capacités relationnelles

Qualité de la présence	Relation avec l'art-thérapeute	Autonomie
5- très présent	5- très bonne alliance thérapeutique	5- entièrement autonome
4- présent	4- alliance thérapeutique instaurée	4- cherche le regard de l'art-thérapeute
3- alternance de présence et d'absence	3- alliance thérapeutique en cours	3- a besoin d'être encouragé parfois
2- fuyant	2- alliance thérapeutique non amorcée	2- sollicite de l'aide
1- absent	1- dans l'opposition, rejet de l'art-thérapeute	1- dépendance totale

Communication verbale	Regards
5- très présente	5- fréquents
4- recherchée	4- réguliers
3- peu présente	3- ponctuels
2- réponds uniquement aux questions	2- rares
1- indifférence	1- absents

Capacités artistiques

Adaptation à la technique (utilisation des outils)	Autonomie dans le travail (choix des couleurs)	Mimesis / Heuristique
5- très aisée	5- réalise soi-même les couleurs qu'il choisit d'utiliser	5- cherche à produire du beau
4- aisée	4- choix effectué seul	4- invente
3- normal	3- choix réalisé avec l'aide de l'art-thérapeute	3- reproduit
2- difficile/ utilise toujours les mêmes outils	2- choix provoqué par l'art-thérapeute	2- a des difficultés à reproduire
1- très difficile	1- ne peut pas faire de choix	1- ne fait pas

Avis esthétique
5- veut exposer sa production (au public)
4- satisfait de sa production, veut la montrer à ses proches
3- satisfait de sa production/ production gardée dans le dossier patient
2- indifférent à sa production
1- veut détruire sa production

Dynamique Art I / Art II :

- 3- puise dans les 2
- 2- Art II (démarche intentionnelle)
- 1- Art I (mécanisme et plaisir archaïque)

Analyse et Bilan de la séance :

Etat émotionnel au départ	Caractéristique de la clôture de séance
5- de bonne humeur, souriant	5- départ autonome à l'heure
4- apaisé	4- départ motivé par l'art-thérapeute à l'heure
3- neutre (semble ni bien, ni mal)	3- départ autonome mais déborde sur l'horaire prévu
2- agité, anxieux	2- départ motivé par l'art-thérapeute mais déborde sur l'heure prévue
1- énervé, en colère	1- besoin d'une assistance de l'équipe pour accompagner le départ

FICHE D'AUTO-ÉVALUATION

Nom-Prénom : Séance n) : Date :

avant ma séance d'art-thérapie

	 Pas du tout	 Non	 Un peu	 Oui	 Beaucoup
Je me sens apaisé(e)					

après ma séance d'art-thérapie

	 Pas du tout	 Non	 Un peu	 Oui	 Beaucoup
Je me sens apaisé(e)					
Je me suis amusé(e)					
Je suis content(e) de moi					
J'ai appris de nouvelles choses					

Annexe 6 (page 28-p45-p51-p56)

Echelle d'estime de soi sociale de Rosenberg

NOM :

Prénom :

Date de passation / /

Pour chacune des caractéristiques ou descriptions suivantes, indiquez à quel point chacune est vraie pour vous en encerclant le chiffre approprié

1 = Je suis tout à fait en désaccord

2 = Je suis plutôt en désaccord

3 = Je suis plutôt en accord

4 = Je suis tout à fait en accord

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

↪ 1 2 3 4

2. Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités

↪ 1 2 3 4

3. Tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté

↪ 1 2 3 4

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

↪ 1 2 3 4

5. Je sens peu de raisons d'être fier de moi

↪ 1 2 3 4

6. J'ai une attitude positive vis-à-vis moi-même

↪ 1 2 3 4

7. Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi

↪ 1 2 3 4

8. J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même

↪ 1 2 3 4

9. Parfois je me sens vraiment inutile

↪ 1 2 3 4

10. Il m'arrive de penser que je suis un bon à rien

↪ 1 2 3 4

R-CMAS

Cecil R. Reynolds
Bert O. Richmond

Ce que je pense et ce que je ressens

QUESTIONNAIRE

Nom : _____ Prénom : _____
Sexe : M F
Age : _____ Classe : _____
Date de l'examen : _____ Date de naissance : _____

Consignes

Voici quelques phrases sur ce que les gens ressentent et pensent d'eux-mêmes.

Lis attentivement chaque phrase. Entoure le mot «oui» si tu penses qu'elle est vraie pour toi. Entoure le mot «non» si tu penses qu'elle ne te concerne pas.

Réponds à chacune de ces questions, même si pour certaines tu as du mal à prendre une décision.

N'entoure pas à la fois le «oui» et le «non» pour la même phrase.

Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Dis simplement ce que tu penses et ce que tu éprouves à propos de toi-même.

Rappelle-toi, après avoir lu chaque phrase, que tu dois te demander : «Est-ce qu'elle est vraie pour moi ?». Si c'est le cas, entoure le «oui». Si ce n'est pas le cas, entoure le «non».

	Note brute	Percentile	Note T ou Note standard
Note Totale	_____	_____	_____
I.	_____	_____	_____
II.	_____	_____	_____
III.	_____	_____	_____
IV.	_____	_____	_____



	Entoure	OUI	ou	NON
1. J'ai du mal à prendre une décision.....		OUI		NON
2. Je m'inquiète quand les choses ne vont pas bien pour moi.....		OUI		NON
3. Les autres semblent faire les choses plus facilement que moi.		OUI		NON
4. J'aime tous ceux que je connais.		OUI		NON
5. J'ai souvent du mal à retrouver mon souffle.		OUI		NON
6. Je me fais très souvent du souci.....		OUI		NON
7. J'ai peur de beaucoup de choses.....		OUI		NON
8. Je suis toujours gentil.....		OUI		NON
9. Je me mets facilement en colère.		OUI		NON
10. J'ai peur de ce que mes parents vont me dire.....		OUI		NON
11. J'ai l'impression que les autres n'aiment pas ma façon de faire les choses.....		OUI		NON
12. Je me tiens toujours bien.		OUI		NON
13. J'ai du mal à m'endormir le soir.		OUI		NON
14. Je m'inquiète de ce que les autres pensent de moi.		OUI		NON
15. Je me sens seul même lorsqu'il y a des gens avec moi.....		OUI		NON
16. Je suis toujours «sympa».		OUI		NON
17. J'ai souvent mal au ventre.....		OUI		NON
18. Mes sentiments sont facilement blessés.		OUI		NON
19. Je transpire des mains.		OUI		NON
20. Je suis toujours gentil avec tout le monde.....		OUI		NON
21. Je suis très souvent fatigué.....		OUI		NON
22. Je m'inquiète de ce qui va se passer.		OUI		NON
23. Les autres sont plus heureux que moi.		OUI		NON
24. Je dis toujours la vérité.....		OUI		NON
25. Je fais de mauvais rêves.		OUI		NON
26. Quand on m'ennuie, mes sentiments sont facilement blessés.....		OUI		NON
27. J'ai l'impression que quelqu'un va me dire que je ne fais pas les choses comme il faut.		OUI		NON
28. Je ne me mets jamais en colère.....		OUI		NON
29. Parfois, je me réveille effrayé.		OUI		NON
30. Je suis inquiet quand je vais me coucher le soir.		OUI		NON
31. J'ai du mal à me concentrer sur mon travail.		OUI		NON
32. Je dis toujours ce qu'il faut.		OUI		NON
33. Je m'agite beaucoup sur mon siège.		OUI		NON
34. Je suis anxieux.		OUI		NON
35. Beaucoup de gens sont contre moi.		OUI		NON
36. Je ne mens jamais.....		OUI		NON
37. Je m'inquiète souvent au sujet de choses désagréables qui pourraient m'arriver.		OUI		NON

FIN

BILAN D'ACCOMPAGNEMENT EN ART-THÉRAPIE

Nom :

Prénom :

DDN :

Période d'accompagnement :

Nombre total de séances :

Nombre de séances individuelles :

Nombre de séances groupales :

Durée des séances :

Techniques artistiques :

Objectifs thérapeutiques travaillés :

Évolution en fonction des objectifs thérapeutiques visés (Bilan) :

Raison de l'arrêt de la PES art-thérapeutique :

Observations et préconisations :

Portrait chinois de

Si j'étais *un animal*, je serais
(dessine-le)
parce que.....

Si j'étais *un aliment* (ou *un plat*), je serais
(dessine-le)
parce que.....

Si j'étais *un lieu*, je serais.....
(dessine-le)
parce que.....

Si j'étais *une saison*, je serais...
(dessine-le)
parce que.....

Si j'étais *un jeu*, je serais.....
(dessine-le)
parce que.....

Si j'étais *un super-héros*, je serais.....
(dessine-le)
parce que.....

Si j'étais *un magicien*, je ferais apparaître (ou
disparaître).....
(dessine-le)
parce que... ..

Si j'étais *une émotion*, je serais.....
et *ma couleur* serait.....
(mets cette couleur où tu veux)

Annexe 10 (page 36): les productions de E

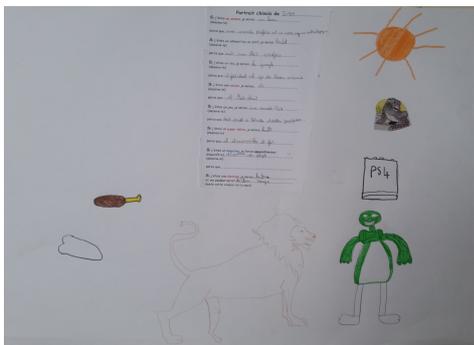
séance n°1 le 12/11/2019



séance n°2 le 19/11/2019



séance n°3 le 26/11/2019



séance n°4 et 5 le 3/12 et 10/12/2019



séance n°6 le 17/12/2019 (absent)

séance n°7 le 07/01/2020



séance n°8 le 14/01/2020



séance n°9 le 21/01/20



séance n°10 le 04/02/20 et n°11 le 17/02/20



LA GRILLE DE VINELAND

Evaluation des comportements adaptatifs

1. COMMUNICATION

Ce que comprend l'enfant :

- consignes orales-écrites, concrètes-abstraites, dans l'immédiateté
- une suite de consignes simples
- notion de danger
- notion des interdits et des règles sociales
- sentiments
- repères temporeux-spatiaux

Ce qu'il exprime, langage verbal :

- langage ou non
- si accès au langage verbal : élocution claire utilise des phrases simples, mots, écholalie, emploi du « JE »
- restitution d'une histoire, ses affects, ce qu'il fait....

Expressions non verbales :

- balancements
- stéréotypies gestuelles
- mimiques faciales (langage tonico-moteur)
- opposition corporelle, physique
- auto ou hétéro agressivité
- pointing pour désigner une chose

Langage écrit :

- évaluation des acquisitions : écriture ritualisée, toujours les mêmes mots, écriture liée, dissociée, écrit son nom
- dessin

2. AUTONOMIE DE LA VIE QUOTIDIENNE

Conduites Alimentaires de l'enfant :

- mange seul, mange avec aide (partielle ou totale)
- conserve les aliments dans la bouche, a des comportements de régurgitation
- sélectionne les aliments
- quand il n'aime pas : accepte de goûter
- montre des notions de satiété
- autres troubles alimentaires : remplissage, refus de nourriture, potomanie (notamment entre les repas)
- capacité à attendre, à rester à table

- prise en compte des autres (dans les quantités)
- instabilité, besoin de modèles, imitation des autres

Habillage de l'enfant :

- s'habille seul, ou besoin d'être aidé
- repère son porte-manteau (notion d'appartenance, repère spatial)
- adaptation des vêtements en fonction du chaud et du froid
- repère ses vêtements à l'odeur

Hygiène de l'enfant :

- l'hygiène est : adaptée, absente, occasionnelle, obsessionnelle
- refus de la douche
- accepte les rituels du lavage des mains, avec aide ou sans aide
- acquisition de la propreté
- troubles de l'élimination : énurésie, encoprésie, constipation, rétention (urines, selles)
- peut demander ou signifier ses besoins, ritualiser, suggérer

Autonomie domestique de l'enfant :

- il réalise les tâches seul
- il réalise les tâches après une répétition
- il faut un étayage quotidien de l'adulte
- observation de l'exécution des tâches : attentionné, obsessionnel, instable, peu attentif
- quelle est sa réaction au moment du passage du repas aux tâches ménagères

Autonomie dans la communauté

- pendant ses temps libres l'enfant montre des centres d'intérêt : joue seul, s'occupe...
- évaluation de ses compétences, de ses centres d'intérêt au travers des différents ateliers : jardinage, bricolage, sport, cuisine
- comportement avec les animaux : attentionné, peureux, excitant, agressif ; accepte de se salir ; a conscience du danger, peut se mettre en danger
- Pendant les activités l'enfant commente ce qu'il fait ; se montre mutique, logorrhéique, se met en retrait, accepte que les adultes parlent entre eux

3. SOCIALISATION

Relations interpersonnelles avec l'adulte :

L'enfant :

- identifie les adultes par leur prénom ou leur fonction
- est dans le collage, le retrait
- a une réaction de confiance ou de méfiance
- se laisse influencer : est malléable, perméable à l'ambiance
- utilise l'adulte comme une personne ressource
- peut s'inscrire dans l'attention conjointe, l'échange émotionnel, l'imitation
- a une notion de la différence générationnelle
- appréhende la séparation (absence/présence)

- clive les différentes relations

Relations interpersonnelles avec les autres enfants :

L'enfant :

- joue avec les autres, établit de bonnes relations, montre des préférences
- est leader de façon positive
- essaie de maîtriser la dynamique du groupe, est tyrannique, est agressif
- est soumis ou bouc-émissaire des autres
- est dans le clivage, dans la manipulation
- est en retrait dans le groupe

Jeux et loisirs :

L'enfant :

- montre des capacités à jouer seul
- peut choisir des jeux
- accepte de perdre, de gagner
- va jusqu'à la fin du jeu commencé
- accepte d'interrompre un jeu
- accepte les jeux imposés
- triche
- loisirs : observation des comportements pendant ces activités : sports, promenades, vélo

Adaptation sociale :

- les sorties socialisantes (parcs de loisirs, magasins, cafétéria...) : l'enfant se montre adapté, anxieux, lutte contre l'angoisse (stéréotypies, cris, rires immotivés, excitation, agressivité)
- peut-on lui confier des responsabilités ? : déplacements autonomes dans l'espace de l'unité, aller chercher le courrier, utiliser une clé, répondre au téléphone, faire des achats
- peut aider un autre enfant en difficulté (compassion)
- peut se mettre en retrait pendant la crise d'un autre enfant

4. COMPETENCES MOTRICES

Motricité globale : parcours de santé, activité gym, promenade)

Nous observons :

- la latéralisation
- l'endurance/fatigabilité
- l'aptitude à la marche, à la course, au saut
- l'aisance corporelle, la souplesse
- la qualité des mouvements : coordonnés, saccadés, désordonnés

L'enfant :

- a conscience de sa force, de ses limites physiques
- a une idée de son schéma corporel

Motricité fine : dessin, peinture, cuisine

L'enfant :

- sait utiliser ses couverts pendant le repas
- sait nouer ses lacets, attacher ses boutons
- utilise un crayon : coloriage, dessin
- mettre un clé dans une serrure, un cadenas

5. COMPORTEMENTS INADAPTES

- labilité émotionnelle
- langage grossier
- auto ou hétéro-agressivité
- instabilité psychomotrice
- sensibilité à la suggestion,

Intérêt de l'Art-thérapie, par la technique des arts-plastiques, dans la revalorisation narcissique et la diminution de l'anxiété, chez des enfants présentant des troubles psychiques. Expérience en pédopsychiatrie, au sein d'un Hôpital de jour à médiations animales.

Résumé:

Lorsque les enfants présentent des troubles psychiques, une prise en charge en Hôpital de jour de pédopsychiatrie peut être indiquée. Les troubles psychiques sont des troubles d'origines très différentes qui entraînent des difficultés dans la vie de l'enfant, des souffrances et des troubles du comportement. Nous retrouvons souvent chez les enfants présentant ces troubles des interactions précoces perturbées et un type d'attachement non sécure. Cela génère pour la plupart une défaillance de l'estime de soi et un sentiment d'insécurité favorisant l'anxiété. Ces enfants nécessitent une prise en charge globale. C'est en ce sens qu'ils peuvent être adressés à l'Hôpital de jour l'Arche pour des médiations animales afin de favoriser l'apaisement sur le plan psychique et la mobilisation des processus psychiques. C'est aussi pour cela que nous avons choisi de montrer que l'art-thérapie, par les arts-plastiques, pouvait contribuer à améliorer l'estime de soi et à diminuer l'anxiété chez ces enfants. Nous faisons part dans ce mémoire de notre expérience à l'Arche à travers notamment la présentation de deux études de cas d'enfants pour qui l'art-thérapie s'est inscrit dans leurs projets de soin individualisés durant notre stage. Nous montrons ainsi la spécificité de la profession d'art-thérapeute et justifions le positionnement paramédical de cette profession, l'art-thérapie s'inscrivant comme un soin complémentaire ayant toute sa place en pédopsychiatrie.

Mots clés: anxiété, art-thérapie, arts-plastiques, attachement, estime de soi, médiations animales, pédopsychiatrie, troubles psychiques

Interest of Art-therapy, by the technique of plastic-arts, in the narcissistic revalorization and the reduction of anxiety, in children presenting psychic disorders. Experience in child psychiatry, in an animal mediated day hospital.

Summary:

When the children present mental disorders, a care in Day hospital of child psychiatry can be indicated. Psychological disorders are disorders of very different origins which cause difficulties in the life of the child, suffering and behavioral disorders. We often find in children with these disorders disturbed early interactions and a type of unsafe attachment. For the most part, this generates a loss of self-esteem and a feeling of insecurity that promotes anxiety. These children require comprehensive care. It is in this sense that they can be sent to the L'Arche Day Hospital for animal mediations in order to promote appeasement on the psychic level and the mobilization of psychic processes. This is also why we have chosen to show that art therapy, through the plastic arts, could contribute to improving self-esteem and reducing anxiety in these children. In this paper, we share our experience at l'Arche through in particular the presentation of two case studies of children for whom art therapy is part of their individualized care projects during our internship. We thus show the specificity of the art therapist profession and justify the paramedical positioning of this profession, art therapy being a complementary treatment with its place in child psychiatry.

Key words: animal mediations, anxiety, art therapy, attachment, child psychiatry, mental disorders, plastic arts, self-esteem,