



UNIVERSITE DE POITIERS
Faculté de Médecine & de Pharmacie

6 Rue de la Milérierie
TSA 51115
86073 POITIERS Cedex 9 – France

L'ART-THERAPIE PAR LES ARTS PLASTIQUES AUPRES D'ENFANTS VICTIMES DE MALTRAITANCE

Mémoire de fin d'études du Diplôme Universitaire d'Art-thérapie
Présenté par Daniela BARRA
Année 2016 - 2017

Sous la direction de :
Valérie LANDRAULT
Art-thérapeute

Référent Universitaire :
Jean-Jacques GIRAUD
Directeur Pédagogique
D.U Art-thérapie

Lieu de Stage :
Maison d'Enfants à
Caractère Social de Salvvert
21 Rue de Salvvert
86440 MIGNÉ-AUXANCES

A la mémoire de notre collègue, amie, artiste et peintre Laurence Bailly (1974 – 2017)

*Promotion DU d'Art-thérapie 2016 – 2017
Faculté de Médecine & de Pharmacie
Université de Poitiers*

« *L'art-thérapie, représente pour tous les enfants le droit de devenir eux-mêmes et de faire face à leur douleur de façon créative par l'art* »
(Child Art Therapy, Van Nostrand Reinhold, New York, 1978)

« *Las heridas determinan donde estuvimos pero no hacia donde vamos* »
(Conférence pour les victimes de torture et d'exil, ONG EXIL 2011)

PLAN

REMERCIEMENTS	8
PREAMBULE	9
PRIMIERE PARTIE : INTRODUCTION	10
1.1 Qu'est-ce que la maltraitance ?	10
1.1.1 Conséquences de la maltraitance : état de stress post-traumatique, trouble lié à des traumatismes ou à des facteurs de stress - non spécifié, et trauma complexe.....	11
1.1.2 Qui est la mère qui n'est pas suffisamment bonne ?	16
1.1.3 Les blessures de la parentalité et transmission transgénérationnelle.....	18
1.1.4 La Résilience primaire et secondaire.....	21
1.2 Mis en œuvre d'un atelier d'arts plastiques auprès des enfants de la MECS de Salvert.....	22
1.3 L'art-thérapie : son histoire et son statut actuel.....	24
1.3.1 L'applicabilité de l'art-thérapie chez les enfants.....	28
1.3.2 La démarche d'un projet art-thérapeutique.....	30
DEUXIEME PARTIE : PRESENTATION DE PRISES EN SOIN D'ENFANTS DE LA MAISON D'ENFANTS À CARCATRER SOCIAL DE SALVERT	31
2.1 LES ENFANTS ACCUEILLIS	31
2.1.1 La structure d'accueil de la MECS de Salvert.....	32
2.1.2 Objectifs de la prise en soin global en art-thérapie	33
2.1.3 Schémas utilisés.....	34
2.1.4 Critères de sélection.....	35
2.1.5 Durée de la recherche.....	35

2.1.6	Retombées attendues.....	35
2.1.7	Organisations des séances.....	35
2.1.8	Evaluation des séances.....	35
2.2	PRÉSENTATION DES ÉTUDES DE CAS.....	36
2.2.1	Cas A.....	36
2.2.1.1	Anamnèse.....	36
2.2.1.2	Objectifs thérapeutiques.....	38
2.2.1.3	Séances d'art-thérapie.....	38
2.2.2	Cas B.....	39
2.2.2.1	Anamnèse.....	39
2.2.2.2	Objectifs thérapeutiques.....	39
2.2.2.3	Séances d'art-thérapie.....	40
2.2.3	Cas C.....	41
2.2.3.1	Anamnèse.....	41
2.2.3.2	Objectifs thérapeutiques.....	42
2.2.3.3	Séances d'art-thérapie.....	42
	TROISIEME PARTIE : RESULTATS.....	43
3.1	Cas A.....	43
3.1.1	Bilan d'accompagnement en Art-thérapie.....	43
3.1.2	Œuvres réalisées.....	44
3.1.3	Résultat et analyses grille d'observation.....	45

3.2 Cas B	50
3.2.1 Bilan d'accompagnement en Art-thérapie	50
3.2.2 Œuvres réalisées	50
3.2.3 Résultat et analyses grille d'observation	52
3.3 Cas C	57
3.3.1 Bilan d'accompagnement en Art-thérapie	57
3.3.2 Œuvres réalisées	58
3.3.3 Résultat et analyses grille d'observation	59
QUATRIÈME PARTIE : DISCUSSION	64
CINQUIÈME PARTIE : CONCLUSION	66
SIXIÈME PARTIE : BIBLIOGRAPHIE ET WEBGRAPHIE	68
SEPTIÈME PARTIE : GLOSSAIRE	70
HUITIÈME PARTIE : ANNEXES	72
❖ Fiches d'ouverture en Art-thérapie	73
❖ Fiches d'évaluation en Art-thérapie	75
❖ Bilan d'accompagnement en Art-thérapie	77
❖ Contrat et accord atelier d'Art-thérapie	78
❖ Mon cahier d'Art-thérapie	79
❖ Mes objectifs en Art-thérapie	82
❖ Fiche Auto-rapport	84

REMERCIEMENTS

Je remercie Valérie LANDRAULT ma professeure, tuteur de stage et directrice de mémoire en art-thérapie, pour son aide, sa solidarité, sa disponibilité et sa façon de transmettre la pratique de l'art-thérapeutique. Je la remercie pour sa confiance, sa volonté et son humanité.

L'opportunité qu'elle m'a donnée de faire le stage à la MECS, m'a fait rénover le moteur pour lequel je suis venue faire mes études en France.

Remerciements à toute l'équipe de la Maison d'Enfants à Caractère Social de Salvert – MECS, pour leur bonne disponibilité avec moi, spécialement au Directeur M. Ignacio MERINO pour m'avoir permis de réaliser le stage.

Remerciements aussi aux enfants de la MECS, qui m'ont accordés leur confiance en me permettant d'entrer dans leurs histoires et dans l'accompagnement de leur processus créatif.

Remerciements à mes amis : María LABBE et Pascal LABBE, Camille BOURGEOIS, Pablo BOUDIER, Quentin DEPUYDT, Paola MERCEDES et tout mon groupe d'amies Colombiennes, pour m'avoir accompagnée et remplie de foi, d'enthousiasme, et de camaraderie à travers ce processus.

À ma famille, à ma mère pour sa tendresse, à mon frère pour m'avoir donné l'inspiration et confiance, à ma petite cousine pour m'avoir révélé le sens de la résilience et surtout à mon père pour m'avoir enveloppée de son caractère combattant.

PREAMBULE

L'intérêt de ce mémoire se porte sur l'intervention en l'Art-thérapie par les arts plastiques chez les enfants victimes de maltraitance placés par mesure judiciaire à la Maison d'Enfants à Caractère Social de SALVERT – **MECS***⁷

La première partie de ce mémoire présente une revue théorique de la maltraitance infantile, sa dimension familiale et ses conséquences. Les références à la littérature de la psychanalyse sont inscrites pour la pertinence thématique spécifique en faveur de la compréhension de la phénoménologie de la maltraitance. Or, le cadre principal qui guide l'analyse est la classification nosologique de la version actualisée du **DSM-V***⁴, et que concerne justement la circonscription du modèle paramédical et scientifique de l'art-thérapie.

Ainsi, avec la présentation de trois études de cas, nous analyserons les résultats de la prise en soin de l'art-thérapie au regard des grilles d'observation adaptées aux caractéristiques des enfants accueillis.

Mon intérêt pour l'art-thérapie repose sur l'idée que l'accompagnement et le soin ont à la base une conviction éthique et humanitaire, mais aussi la nécessité de un *savoir-faire* dans la mise en pratique des théories qui cherchent à soulager la souffrance comme est l'art-thérapie. D'origine Chilienne, psychologue diplômée dans mon pays, je suis convaincue que la systématisation et de la professionnalisation de nos pratiques art-thérapeutiques sont des outils pour nous aider à intervenir d'une manière responsable.

PREMIÈRE PARTIE : INTRODUCTION

1.1 Qu'est-ce que la maltraitance ?

En termes généraux « la violence est l'utilisation intentionnelle de la force physique, ou de menaces à l'encontre des autres ou de soi-même, contre un groupe ou une communauté, qui entraîne ou risque fortement d'entraîner un traumatisme, des dommages psychologiques, physiques, des problèmes de développement ou un décès ». [23]

Lorsque la violence est dirigée vers des enfants, on est dans le domaine de la maltraitance infantile, terme qui désigne toute forme de violence et de négligence envers une personne de moins de 18 ans. [22]

La maltraitance des enfants est un problème universel qui a de graves conséquences. Pour y faire face, les responsabilités deviennent gouvernementales, politiques et également une affaire sociale et culturelle.

Les droits de l'enfant font partie de la constitution des droits de l'homme. De ce fait, il n'y a nul passe-droit pour ceux qui ont un lien de parenté avec lui. [21] Cependant et malheureusement, les enfants sont parfois les victimes d'une quantité surprenante de violence, souvent venant des mains de ceux qui devraient les protéger.

La maltraitance s'entend comme : mauvais traitements physiques et/ou affectifs, la négligence extrême ou de comportement négligent (soit par omission, mégarde ou délaissement), l'abandon, les abus sexuels, l'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité, dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir par rapport aux adultes qui la commettent. On considère aussi comme une forme de maltraitance le fait d'exposer les enfants à des dynamiques de violence comme témoin. [22]

Six enfants sur dix dans le monde entier entre 2 et 14 ans souffrent de la maltraitance. On estime que, chaque année, 41.000 enfants de moins de 15 ans sont victimes d'homicides.

D'ailleurs, des études internationales révèlent qu'un quart des adultes déclarent avoir subi des violences physiques dans leur enfance. [22]

Les agressions sexuelles sur les enfants sont probablement un des phénomènes de majeure réprobation sociale dans le domaine de la maltraitance. En 2002, l'**OMS***⁹ estime que 150 millions de filles et 73 millions de garçons de moins de 18 ans ont expérimenté des rapports sexuels forcés ou d'autres formes de violence sexuelle avec contact physique. [24]

Dans l'extrême de la victimisation sexuelle des enfants on trouve l'exploitation sexuelle. D'après certaines estimations, il pourrait y avoir 1,2 million d'enfants victimes de **traite humaine***¹¹ chaque année. Et deux millions d'enfants, filles et garçons de tous âges et de tous milieux, victimes d'exploitation et de sévices sexuels. [25]

1.1.1 Conséquences de la maltraitance : état de stress post-traumatique, trouble lié à des traumatismes ou à des facteurs de stress - non spécifié, et trauma complexe.

Aujourd'hui, il n'y a aucun doute que la santé mentale et le développement des enfants sont conditionnés par la qualité des relations interpersonnelles que les contextes humains fournissent. La maltraitance génère des répercussions négatives sur le développement : elle provoque un stress auquel on associe une perturbation du développement du cerveau. Plus encore, un stress extrême peut affecter le développement du système nerveux et immunitaire. [2]

Les conséquences sont multiples et ont des manifestations dans différentes sphères. Cependant, les possibilités de récupération physique et psychologique d'un enfant victime de maltraitance dépendront des réponses opportunes des réseaux de protection des systèmes gouvernementaux.

Lorsqu'on parle des enfants qui sont enlevés à leurs parents par mesure du Tribunal à cause de maltraitance, nous ne parlons pas d'un événement unique, sinon d'une dynamique familiale violente soutenue dans le temps. L'idée que nous voulons mettre en lumière est que le placement est toujours la dernière action judiciaire, c'est-à-dire qu'auparavant

d'autres institutions liées à la protection de l'enfance, ont souvent essayé de faire un travail d'accompagnement sans séparer le système parental-filial.

Par conséquent, lorsque le placement se produit, nous sommes face à des enfants qui ont vécu des expériences remplies de stress dans un système de violence chronique, souvent et malheureusement avec des antécédents transgénérationnels de maltraitance. Alors, ces enfants entrent dans un schéma de trauma psychologique ou psychotrauma.

En faisant référence à l'Histoire, la question du trauma est ancienne comme l'humanité. Les psychiatres français, CHIDIAC & CROCQ (2010) spécialistes du trauma, retrouvent des traces de psychotraumatisme à l'époque sumérienne de Gilgamesh (2000 av. J,-C), dans l'Iliade d'Homère (900 av. J,-C) ou dans les textes d'Hérodote qui racontaient les histoires de batailles sanglantes. On peut trouver des descriptions cliniques de souffrance qui, sans ambiguïté, relèvent du traumatisme psychique. Donc, le terme traumatisme psychique a une longue conception historique, clinique, pathogénique et sémantique avec ses dimensions et conceptualisations propres. [14]

À partir du XVIII^e siècle les médecins militaires développent la notion de névrose traumatique, jusqu'à OPPENHEIM, neurologue Allemand, qui en 1888 introduit le concept de « névrose traumatique » pour les victimes d'accidents qui avaient divers symptômes comme les souvenirs intrusifs, événements, des manifestations de crises d'anxiété et fortes émotions qui les perturbaient. Plus tard, en 1889, le psychiatre Allemand KRAEPELIN va parler de « névrose d'effroi » pour rendre compte qu'être spectateur des accidents conduit aussi à développer une névrose traumatique. Il précisa que tous les malades présentaient une même série de symptômes et qu'il ne s'agissait en rien d'une atteinte organique. Le traumatisme est donc toutefois psychique. [14]

C'est au sein de la psychanalyse que le traumatisme prend toute son importance, on peut considérer ceci comme le premier concept freudien. Le mot « trauma » vient d'une racine grecque qui signifie « blessure ». Comme il l'a été mentionné, FREUD a été le premier à définir le terme de « blessure psychique » par analogie à la blessure physique. Laquelle est

décrite comme un événement qui pénètre une sorte de membrane mentale pour protéger la personne de forces extérieures excessives ; le trauma étant essentiellement une « brèche dans une barrière d'ordinaire efficace ». La brèche ne résulte pas seulement de la force et de l'impact de la force extérieure, mais aussi de l'inaptitude de l'organisme ou de la région atteinte à faire dévier, absorber, neutraliser, ou compenser la blessure. [4]

Par cette analogie, on peut comprendre le trauma psychologique comme une situation qui écrase ou dépasse les capacités d'une personne à protéger son équilibre et son intégrité psychique. Il s'agit d'une collision entre un événement et les ressources d'une personne, dans laquelle la force de l'événement est supérieure aux ressources disponibles pour répondre de manière efficace et permettre le rétablissement. Les caractéristiques objectives d'un événement potentiellement traumatique peuvent être quantifiées, mais l'impact de l'événement ne peut pas être déterminé sans prendre en considération les vulnérabilités particulières d'un individu qui subit cette atteinte. [4]

En ce qui concerne le modèle **nosologique***⁸ du trauma, les chercheurs de *L'American Psychiatric Association* ont établi un chapitre appelé : *Troubles liés aux traumatismes et au stress* [12] à savoir :

- ❖ Trouble réactionnel de l'attachement
- ❖ Trouble de désinhibition du contact social
- ❖ Trouble de stress aigu
- ❖ Trouble d'adaptation
- ❖ Trouble de stress post-traumatique¹
- ❖ Autre trouble lié à des traumatismes ou à des facteurs, spécifié.
- ❖ Trouble lié à des traumatismes ou à des facteurs de stress, non spécifié²

¹ PTDS : *Posttraumatic Stress Disorder*, pour son abréviation en anglais.

² DESNOS : *Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified* pour son abréviation en anglais.

L'intérêt se porte sur le trouble du stress post-traumatique et sur le trouble lié à des traumatismes ou à des facteurs de stress, non spécifié ; parce que ce sont des cadres symptomatiques liés à des expériences traumatiques de victimisation par exposition à des événements violents, souvent, il s'agit de cas de victimisation multiple. Alors, l'étiologie est plus complexe.

Le DSM fait la distinction entre le trouble réactionnel de l'attachement, trouble de désinhibition du contact social et trouble de stress aigu, cependant, dans aucun cas la violence relationnelle n'est l'axe fondateur et identifiable. D'ailleurs, le trouble d'adaptation est conjoint aux réactions des réactions psychologiques négatives face à des facteurs de stress comme le divorce, la maladie grave, etc. Alors que dans le trouble lié à des traumatismes ou à des facteurs, spécifiés, l'axe fondateur du cadre clinique, est clairement identifiable. [14]

L'état de stress post-traumatique est le résultat d'une exposition à un événement traumatogène direct ou indirect, généralement violent. Ensuite l'événement est constamment revécu sous la forme de souvenirs envahissants, de rêves, d'hallucinations, de flash-backs, de forts sentiments de détresse imminente, ou d'hyperréactivité physiologique face à ce qui peut rappeler l'événement. [14]

Il existe des symptômes associés comme : les troubles du sommeil, l'irritabilité et la colère, l'hypervigilance, les réactions de sursaut exagéré, les troubles de la concentration, le blocage du cours de la pensée, l'altération négative des cognitions, de l'humeur et des mécanismes neurovégétatifs. On pourra parler d'état de stress post-traumatique si les troubles durent plus d'un mois et entraînent une souffrance cliniquement significative ou une perturbation du fonctionnement habituel. [14]

Pour certaines personnes, des symptômes de réaction extériorisés sont prédominants, tandis que pour d'autres des symptômes dissociatifs sont au premier plan, comme aussi certaines présentent la combinaison de symptômes. [12]

Ce groupe symptomatique considère : l'altération de la régulation des affects et des impulsions, l'altération de l'attention et de la conscience, l'altération dans la perception de soi, l'altération dans les relations avec les autres, la somatisation et des perturbations. [14]

Sur ce dernier diagnostic, il est important de dire que les chercheurs experts du psychotrauma du DMS à l'occasion de la 5^e version et plus récemment lors de la révision du manuel ont été sollicités afin de redéfinir des critères diagnostiques liés au trauma que le *Trouble de stress post-traumatique*, à lui seul, ne semblait pas toujours bien circonscrire. C'est à la suite de cette mise à jour que fut créée l'entité nosologique de trouble lié à des traumatismes ou à des facteurs de stress non spécifié.

Judith HERMAN, psychiatre américaine, chercheuse du DSM, spécialiste en trauma et violence ; dans son livre « *Trauma and Recovery* » (en français la traduction serait : Traumatisme et récupération) introduit l'idée que le diagnostic le plus approprié pour le trouble lié à des traumatismes ou à des facteurs de stress, non spécifié ; est *Trauma Complexe*. Ce terme ne fait pas encore partie du répertoire actuel du DSM, mais les professionnels de la communauté de la santé mentale le considèrent comme scientifiquement et cliniquement valable.

HERMAN considère cette entité clinique comme la résultante d'une situation de victimisation chronique et prolongée qui se distingue par le caractère répétitif de la situation traumatique, en spécifiant notamment qu'une telle symptomatologie est le plus souvent déterminée par un processus traumatique particulièrement intense et fréquent. Les symptômes d'un trauma complexe sont plus durables, plus variés et correspondent moins à des prototypes cliniques standards que les autres troubles. Ils peuvent conduire à des modifications de la personnalité de la victime, à une modification majeure des relations aux autres et du rapport à soi.

Le processus de traumatisation complexe implique l'établissement d'une relation particulière entre la victime et l'auteur de violences ou maltraitance, où le sentiment d'impuissance et d'angoisse est permanent dans la dynamique relationnelle. Ainsi, le risque

ou la crainte d'être victime de violence ou de maltraitance, s'inscrivent dans une temporalité et une récurrence qui peuvent générer chez la victime des mécanismes d'adaptation plus toxiques et nocifs sur le plan psychique. Lorsque l'exposition aux contextes de violence est chronique, la réponse de peur génère des circuits neurophysiologiques qui affectent le développement émotionnel, comportemental, cognitif et social. Les comportements d'automutilation, de colère et d'agressivité peuvent être considérés comme des éléments caractéristiques d'un trauma complexe. [3]

La maltraitance infantile (sous toutes ses formes), l'exploitation sexuelle commerciale, les victimes de violences domestiques ou prisonnières de guerre sont des exemples de trauma complexe en lien avec des contextes de vie où les systèmes de contrôle et de domination sont hautement violents. [3]

Certains chercheurs ont soutenu que le trauma complexe fait partie d'une forme de trouble de la personnalité. HERMAN convient que certains symptômes sont similaires aux troubles de la personnalité, mais la violence et la victimisation chronique sont distinguées par son étiologie. [3]

1.1.2 Qui est la mère qui n'est pas suffisamment bonne

Il est pertinent de citer à Donald WINNICOTT, pédiatre, psychiatre et psychanalyste Britannique, qui s'est consacré à l'étude de l'enfance et de la relation mère-enfant. En considérant la perspective WINNICOTTIENE, un bébé tout seul n'existe pas : ce qui existe c'est un bébé avec des bras qui le portent, des mains qui le touchent et le manipulent, avec une mère qui le soutient, lui parle et le regarde. Dans sa structure psychique de nourrisson, il se voit dans son regard, comme dans un miroir, le premier miroir. La mère, avec toutes ses caractéristiques, fait partie de l'enfant. [10]

Après la naissance, il est nécessaire d'assurer la continuité des soins psycho-affectifs et nourriciers afin que le nourrisson ait le sentiment d'exister. La relation avec la mère est ce qui fait le berceau du narcissisme primaire de l'enfant, de son estime de lui. Donc, la famille est le terreau dans lequel le bébé se va développer. [10]

C'est en 1950 que WINNICOTT a recouru au concept de *la mère suffisamment bonne*, pour faire la distinction entre la terminologie KLEINIENNE et la sienne. Pour KLEIN, psychanalyste autrichienne consacrée également à l'étude de l'enfance, la référence est toujours la mère fantasmée. Cependant pour WINNICOTT la notion de mère interne s'adresse aux « mères réelles avec des bébés ». La mère suffisamment bonne est la mère dévouée qui fait de son mieux, elle est capable d'avoir des défaillances et d'y remédier. Un élément important chez WINNICOTT est la prise en compte de la faille et de la défaillance comme facteur normal. [10]

En plus des **fonctions de maternage**^{*5} (holding, handling et la représentation de l'objet), WINNICOTT propose des qualités de la mère suffisamment bonne, à savoir : la continuité (pour conserver la représentation de la mère et le sentiment de sécurité) et la fiabilité (qui soit prévisible et qui rende possible la satisfaction pulsionnelle). [10]

Dans les cas de mère insuffisamment bonne, on trouve généralement une rupture de la continuité des soins maternels et de la bulle narcissique. Parmi les caractéristiques que nous pouvons trouver chez la mère pas suffisamment bonne :

- ❖ Elle ne peut pas s'abandonner à la préoccupation maternelle primaire.
- ❖ Elle refuse tout sevrage.
- ❖ Elle laisse tomber, elle est celle qui tourmente en passant sans cesse de l'adaptation à la non-adaptation : l'enfant ne sait plus comment se situer, comment anticiper ses réactions, il peut alors rester captivé par son visage, en quête d'un signe à interpréter. [10]

C'est une mère qui place ses désirs à la place de ceux de son enfant. Elle fait pire que le castrer car elle obstrue ses capacités potentielles et créatrices. Il s'agit de l'absence de quelqu'un dont l'attachement est simplement ordinaire. C'est la mère tentatrice, instable qui fait vivre son enfant dans le chaos. [10]

Ce scénario constitue en soi un trauma psychologique indépendant : il ne s'agit pas seulement des conséquences de la maltraitance (soit par négligence, par l'abus physique ou l'abus sexuel) mais aussi du rapport au trouble du lien ou de la blessure de la relation affective mère-enfant. [4]

La littérature nous dit que l'origine dynamique se trouve dans l'histoire de vie non élaborée de ces mères qui est connue comme étant un phénomène transgénérationnel. MAIN & HESSE (1999), psychologues américains, ont insisté et démontré le fait que les traumatismes infantiles sévères et les pertes non élaborées des parents sont à l'origine de comportements chargés de peur ou de violence que ces parents présentent face aux défis de la parentalité, et qui peuvent être générateurs de conflit et de confusion pour leurs enfants. [2]

1.1.3 Les blessures de la parentalité et la transmission transgénérationnelle

Selon le fil constructeur du paragraphe précédent, cet axe a pour but de revoir comment le passé devient intrusif dans le présent, et comment il est réactualisé dans la relation mère-enfants, comprenant la mère dans le sens élargi de figure d'attachement ou de protection.

La plupart des approches théoriques et thérapeutiques de la famille, qu'elles soient d'orientation psychanalytique ou autres, soulignent le rôle déterminant de l'ensemble du groupe [10]. Certains mettent l'accent sur les relations objectales, d'autres sur le lien, sur les reconstructions, sur la narrativité, sur les constructions sociales, sur l'apprentissage, etc. Mais l'élément certain est que dans la maltraitance, la blessure est collective, c'est-à-dire, qu'elle concerne toute la famille. [5]

L'histoire de la psychogénéalogie remonte aux sources de la civilisation occidentale avec la tragédie d'Œdipe et sa malédiction sur plusieurs générations [15]. Cette histoire sert d'exemple pour comprendre ce que les psychogénéalogistes distinguent entre les transmissions intergénérationnelles (pensées, valeurs, etc.) et la communication transgénérationnelle (du domaine de l'inconscient qui peut être pathogène, comme les non-dits ou les secrets qui deviennent fantômes)

Le fantôme est un traumatisme du non-dit, parce qu'il est source de trop de chagrin ou de honte : c'est souvent une mort tragique ou injuste dont on n'a pas fait le deuil, un inceste que la solidarité familiale oblige à taire, une faillite ou une maladie, entre autres exemples, qui peut stigmatiser la famille. [16]

Pour la première génération la chose ou secret est « indicible ». Puis, ce secret devient alors « innommable » à la deuxième génération : on le ressent mais sans pouvoir le nommer puisqu'il n'a jamais été mis en mots. C'est à la troisième génération, quand il est « impensable » (on ne peut même pas les conceptualiser) qu'il provoque des phobies, peurs, troubles mentaux, dépressions ou maladies. Les mots qui n'ont pas trouvés à se dire deviennent alors des maux. [16]

Il est important de dire qu'il n'existe pas un déterminisme familial que l'on subirait avec fatalité. Toutes les identifications ne sont pas négatives, si les secrets ne sont pas enkystés, il est possible de trouver des loyautés d'une intégration très positive dans l'histoire familiale dans le cas où la transmission de la mémoire familiale, de ses liens affectifs et émotionnels, donnent la possibilité aux nouvelles générations de s'inscrire dans leur passé et de se projeter vers leur avenir. [16]

Avec chaque nouveau-né il existe des fantômes qui se réveillent à chaque génération. Le bébé revendique impérativement l'amour de ses parents mais aussi leurs fantômes. Même dans les familles où les liens d'amour sont stables et solides. Donc, un parent et son enfant peuvent se retrouver à rejouer (inconsciemment) une période ou une scène d'une autre époque avec un autre groupe de personnages. [8]

La venue d'un enfant réinterroge en effet puissamment les liens précoces d'attachement. La reviviscence des conflits infantiles, la réactualisation des identités précoces en particulier de la mère, réaménagent les relations objectales, les nécessités de régresser sur un mode archaïque pour s'accorder aux besoins de l'enfant. [1]

Ce sont des mouvements intrapsychiques inévitables et nécessaires dans l'accès à la parentalité. La réorganisation des places et des rôles dans la dynamique intergénérationnelle et intrafamiliale. Le bébé est dès sa conception enveloppé de fantasmes parentaux auxquels il sert d'écran et de révélateur. [1]

Par rapport à cette idée, FRAIBERG, psychanalyste Américaine, développe l'idée d'identifications inconscientes muettes et inaudibles. Ce type d'identification n'appartient pas au sujet, il s'agit en fait d'une condensation de trois générations (celle de l'enfant, des parents et des grands-parents). Ainsi, l'enfant se retrouve donc prisonnier d'une capture identificatoire. [1]

Pour que l'on puisse parler de secrets, il ne suffit pas que quelque chose ne soit pas dit, il faut qu'il soit interdit d'en comprendre la nature, voire même l'existence et dans certaines familles, il est interdit de penser que quelque chose soit caché. [1]

Dans le cas de la maltraitance, il est possible de trouver des fantômes de traumas non résolus avec une transmission des modèles parentaux défailants et des troubles de l'affectivité au niveau familial comme s'ils n'appartenaient pas au même « corps de la famille » [2] alors les fonctions de protection et de soins sont abandonnées.

Dans la maltraitance, la transmission transgénérationnelle implique les blessures de la parentalité, où les propres parents vont maintenir la ritualisation des liens agressifs. Il s'agit d'une répétition de ses propres vécus de négligence, avec une enveloppe profondément fragilisée. Pour FERENCZI, médecin et psychanalyste Hongrois, le déni et le clivage peuvent être partagés, l'adulte banalise la gravité de la négligence lorsqu'il a ignoré les besoins de l'enfant, dans un mécanisme de protection et de défense, avant de se connecter avec ses propres difficultés. [5]

Pour arrêter les pratiques violentes et les rites qui soutiennent cette homéostasie dans la maltraitance, il est nécessaire qu'il y ait l'intervention d'un tiers externe (si nous pensons schématiquement la dyade parent-enfant) qui est généralement un professionnel

institutionnel. De plus, la maltraitance ne fait pas uniquement partie d'une question intime de famille, mais aussi d'une sphère publique réglementée juridiquement. Lorsque la famille ne joue pas correctement son rôle vis-à-vis de l'enfant, l'Etat peut et doit se substituer à elle.

De ce fait, il est important de dire que si les compétences ou difficultés dans l'exercice des compétences parentales proviennent des ressources des parents et de leurs propres histoires de vie de soins, ces compétences-là sont aussi les résultats des ressources communautaires. [2] La protection des enfants a été un processus historique, où les cultures et les sociétés ont encore beaucoup à apprendre.

1.1.4 La Résilience primaire et secondaire

Quelques auteurs assimilent la résilience à des mécanismes de *coping*. Nous appelons le coping les stratégies adaptatives qui se traduisent par la capacité de résoudre un problème ou de réguler des émotions négatives engendrées par le stress. Néanmoins, certains facteurs de stress peuvent être majeurs ou bien s'accumuler, dépassant des stratégies adaptatives possibles. Dans ce cas, on parle de traumatisme plus que de stress, soit un accident grave, une catastrophe naturelle ou une agression épouvantable. [5]

La résilience relève d'un travail psychique plus profond. Ce travail ne vise pas un retour à la vie d'avant, mais la mise en œuvre d'un processus qui va apporter de nouvelles significations et constructions du monde. Cela suppose une dynamique et du mouvement, qui sont le contraire du traumatisme qui bloque, fixe et immobilise. [5]

Au-delà de ce que l'on peut décrire des comportements observables de la résilience, c'est un processus, qui a plusieurs caractéristiques parmi lesquelles nous mentionnerons :

- ❖ La métaphore de la physique des matériaux : la résilience désigne la possibilité d'un métal de se déformer sans se rompre. Sur le plan psychique c'est la capacité d'élasticité, de plasticité, d'encaisser. Elle fait référence à l'idée d'une résistance résiliente [5]

- ❖ Elle peut se décliner et se renouveler dans le temps. C'est une notion de transformation, où les capacités créatives et sublimatoires jouent toujours un rôle important. [5]
- ❖ La résilience primaire se développe autour des premières expériences précoces, qui vont fournir aux enfants des ressources cognitives et affectives pour faire face à des situations complexes de stress.
- ❖ On parle de la résilience secondaire comme la forme de résilience qui répond à tous les processus relationnels postérieurs. Devenir ou non une personne résiliente dépend des liens et des nouvelles alternatives que la communauté peut offrir. [3] Ainsi, le défi est de construire une issue positive qui permet que les liens bousculés puissent avoir une capacité de contenance. [5]

Alors l'espace de l'atelier d'art-thérapie est un endroit privilégié pour promouvoir la résilience, par le potentiel du processus créatif comme par la circonscription à un espace relationnel humanitaire, avec un adulte qui guide un accompagnement thérapeutique.

1.2 Mise en œuvre d'un atelier d'arts plastiques auprès des enfants de la MECS de Salvert

L'art plastique (dans le cadre d'une intervention art-thérapeutique) est un outil qui permet de déployer la relation thérapeutique, ainsi qu'un processus créatif et un mouvement de transformation. L'atelier est instauré pour amorcer, accueillir et accompagner le processus de création chez les enfants. [6]

L'art-thérapie, représente pour tous les enfants « le droit de devenir eux-mêmes et de faire face à leur douleur de façon créative par l'art » [14]

Les techniques utilisées ont été : le dessin, le coloriage, la peinture acrylique, et le modelage. La particularité de chaque une consiste en :

- ❖ **Le dessin :** Souvent, dessiner est considéré comme une technique facile, mais en fonction du projet établi et des caractéristiques du patient, cela demande différents niveaux d'élaboration. D'ailleurs, cela implique aussi la remémoration des apprentissages de l'enfance. Lorsque la technicité semble acquise, le plaisir est réel, parce que toute représentation devient envisageable. Chaque outil plastique fait appel à une motricité, dans le cas du dessin, c'est essentiellement avec la main « la mine en plomb, le fusain, les pastel secs, les pastels gras ont à peu près les mêmes vertus, bien que s'y ajoutent des aspects sensoriels et visuels susceptibles d'élargir le potentiel créatif et l'inventivité » [6]

- ❖ **Le coloriage :** En peinture il existe un écart inévitable entre le point de départ et le point d'arrivée. La place de l'art-thérapeute ici est essentielle, parce qu'il doit accompagner le patient dans les moments de déception, d'hésitation et de fragilité qui lui permettront de poursuivre son projet en intégrant progressivement les notions d'erreur, de réversibilité et d'invention, entre autres. [6]

- ❖ **La peinture acrylique :** Comme l'aquarelle et la peinture à l'huile, la peinture acrylique se dilue dans l'eau et maintient un bon pouvoir couvrant. Elle sèche rapidement et permet toutes sortes de mélanges de couleurs de façon immédiate et presque infinie. S'y associent des phénomènes optiques, comme par exemple lorsque deux couleurs se juxtaposent, la vision de chacune d'elles diffère par l'influence réciproque de leur nuance complémentaire. Ce que le chimiste Chevreul a appelé « la loi de contraste simultané des couleurs ». Nous pouvons comprendre que symboliquement, les couleurs comme les êtres humains sont en interaction. [6]

L'autre intérêt de l'acrylique se situe dans la possibilité des mélanges de textures et donc de l'introduction de différentes matières. C'est ainsi un autre vocabulaire visuel et tactile qui se présente à l'imaginaire des patients. [6]

« Dans le cadre de l'atelier d'art-thérapie, c'est un moyen de confronter le dedans et le dehors, la vie interne et la vie externe, l'imaginaire et le réel, par des passages de relief, de formes et de couleurs » [6]

- ❖ **Le modelage :** dans l'inconscient collectif, l'argile est liée à quelque chose d'originel, aux racines plus anciennes. L'argile en tant que symbole de naissance, de vie et de mort, peut être profondément investie émotionnellement. Elle a un pouvoir de transformation, de plasticité, et d'expressivité, entre autres. C'est une technique qui permet l'action directe sur la matière, est aussi un support de communication, jeu et symbolisation du processus créateur. [6]

La création peut être perçue comme une nouvelle réalité qui peut amener le patient à considérer ses conflits comme des objets séparés de lui, c'est-à-dire quelque chose qui est appréhendable et maîtrisable. [6]

1.3 L'art-thérapie : son histoire et son statut actuel

« De tous temps, l'art a été associé aux activités des hommes » [7] C'est-à-dire, des pratiques d'art-thérapie existaient bien avant qu'on lui donne ce nom, et même avant qu'on instaure un lien entre l'art et le soin. De la préhistoire à l'Antiquité, l'art était lié à la religion. [7] En ce qui concerne la philosophie, divers philosophes se sont interrogés sur l'activité artistique. Un philosophe comme PLATON a exposé la question « l'amour de la beauté » comme une façon de faire réfléchir sur l'implication physique et spirituelle de l'homme lorsqu'il est concerné par l'art. [6]

C'est à partir du XVIII^e siècle que des liens entre art et thérapie sont décrits dans la littérature médicale. En 1793, le médecin Philippe PINEL (1745 – 1826) qui se consacre à l'étude et aux traitements des maladies mentales, est nommé médecin chef de l'Asile de Bicêtre, près de Paris. Dans cet établissement, les « fous » étaient enfermés avec les criminels, sans aucune discrimination, ni visée médicale. Ainsi, PINEL commença à considérer d'autres traitements pour eux. PINEL grâce à ces transformations essentielles dans la façon de concevoir le traitement et grâce aux qualités de cliniciens et nosographes,

devient le fondateur de la psychiatrie française. De même, il peut être considéré comme à l'origine des premières expériences artistiques mises en place au sein des hôpitaux psychiatriques. Puis, les productions artisanales et artistiques des malades sont devenues objets d'une nouvelle observation, au même titre que la folie elle-même. [6]

À la fin du XIX^e siècle, certains médecins ont commencé à constituer des collections d'œuvres plastiques réalisées par leurs malades. Le médecin Français, Ambroise TARDIEU publie en 1872 la première reproduction d'un dessin de fou, dans un traité de médecine légale intitulé *Étude médico-légale sur la folie*. Après, le Dr. Max SIMON, publie dans une revue de psychiatrie, les *Annales Médico-Psychologiques*, « L'Imagination dans la folie : études sur les dessins, plans, descriptions et costumes des aliénés ». Plus tard LOMBROSO (1835 – 1909) médecin et criminologue Italien, crée le première Musée de la folie. Pour lui, les productions des aliénés et des criminels étaient considérées comme des objets, certes pathologiques, mais aussi des pièces d'un grand intérêt esthétique. [6]

« Une date essentielle dans cette chronologie est représentée par la première exposition d'art psychopathologique qui s'est tenue à Londres en 1900, au Bethlem Royal Hospital. Ce fut la première exposition publique d'œuvres de malades mentaux. Elle fit découvrir aux médias et au monde de l'art que les malades mentaux pouvaient aussi être doués de qualités artistiques » [6]

En France c'est le Dr. Auguste MARIE, psychiatre Français, qui fut un des premiers à visiter cette exposition et à s'en inspirer. Ainsi, il organisa à Paris en 1905 la première exposition française d'œuvres réalisés dans les asiles et dans les premiers hôpitaux psychiatriques. Plus tard en 1946, et en 1950, deux importantes expositions ont eu lieu à l'hôpital Sainte-Anne de Paris. Elles furent la reconnaissance et l'introduction de la pratique artistique avec des objectifs thérapeutiques dans les hôpitaux psychiatriques français [6]. Ainsi et en résumé, les fondements empiriques médicaux de l'art-thérapie ont permis de postuler au moins, deux natures principales d'action de l'art sur le malade, à savoir :

- ❖ L'effet bénéfique que produit la beauté sur le patient.
- ❖ L'effet bénéfique que produit l'activité artistique chez un patient. [7]

Progressivement, de la même façon que la psychologie s'est séparée de la philosophie au XIX^e siècle, l'Art-thérapie pose son propre champs et sa définition, distincts du terrain de la psychologie ou psychiatrie, en respectant les conditions et règles du soin, et incorporant des éléments importants propres de sa méthode comme : l'implication corporelle, l'intention, la transcendance esthétique, la sensorialité, la sensibilité et le goût, entre autres. [7]

Ainsi, différents regroupements d'art-thérapie s'organisent dès 1980, c'est en juin 1999 que s'est déroulée en Touraine la première réunion des art-thérapeutes destinée à définir le statut de leur travail. [7]

Un des premiers travaux de recherche sur l'art-thérapie en France a été réalisé par l'AFRATAPEM (Association française de recherches et applications des techniques en pédagogie et médecine) qui conjointement aux chercheurs FORESTIER et CHAVROLLIER de la faculté de médecine en Tours, créent en 1988 le premier Diplôme Universitaire d'art-thérapie en France (U.F.R. Médecine Tours). [7]

Grâce à ces travaux et recherches, aujourd'hui l'art-thérapie a le statut professionnel d'une pratique **paramédicale***¹⁰ en faisant partie des lignes de traitement sanitaire. Alors, l'intérêt est porté à considérer l'activité artistique comme une modalité de restauration au bénéfice de la santé.

FORESTIER fera la distinction entre « Art I » et « Art II » dans l'activité artistique. La première phase concerne l'expression en général, l'expression primaire, une phase qui est essentiellement d'intuition, archaïque et de sensibilité, où l'action orientée vers l'esthétique est plus anarchique. L'art II, se présente de façon spécifique et ordonnée, impliquant toutes les lois de l'art et de l'esthétique ; c'est une phase d'expression plus rigoureuse et relationnelle que la phase Art I. [9]

Ainsi, il distingue également les différentes phases de la production artistique, à savoir : l'inspiration, la réalisation, la contemplation, la phase d'exposition de l'œuvre, ainsi que tous les mécanismes psychiques et physiques impliqués. [9]

Sous un angle général, l'art-thérapie s'adresse principalement aux personnes présentant des troubles de l'expression, de la communication ou de la relation. Les prescriptions médicales de l'art thérapie dans un contexte institutionnel, doivent se concevoir dans l'équipe pluridisciplinaire (au contraire, dans la pratique libérale la prescription n'est pas nécessairement faite par une équipe pluridisciplinaire). Donc, dans le cadre institutionnel, l'art-thérapeute doit avoir un vocabulaire et une connaissance qui lui permettent de collaborer et d'être membre à part entière et complémentaire à l'équipe de soin. [7]

L'art-thérapie est « l'exploitation du potentiel artistique dans une visée thérapeutique et humanitaire » [7] comme pratique de soin s'inscrivant dans le cadre de l'accompagnement orienté à soulager la souffrance. L'art est porteur, en lui-même, d'éléments agissant sur l'être humain. Lorsqu'il est exploité par un spécialiste formé à l'art-thérapie, le processus créatif et le produit seront des vecteurs d'expression pour la liberté. [9]

L'art-thérapie a comme objectif de permettre aux patients de dépasser leurs souffrances. Elle peut devenir une expérience de métabolisation qui permet d'extrapoler des apprentissages cognitifs et vécus affectifs, et ainsi se construire comme un outil applicable dans tous les domaines de la vie d'un patient.

L'art-thérapeute n'est pas un psychothérapeute, ni un médiateur à support artistique : Il n'interprète pas l'œuvre. Il utilise l'activité artistique pour animer ou réorganiser le processus naturel d'expression, de communication ou de relation dans le but sanitaire qui est d'exploiter le pouvoir et les effets de l'art. En art-thérapie, le verbal peut-être présent mais n'est pas la modalité thérapeutique privilégiée. [6]

Un élément distinctif est que l'art-thérapie est une exploitation originale et adaptée du pouvoir expressif et des effets relationnels de l'art dans un projet de soin. L'art dispose naturellement d'un potentiel éducatif. [7]

Parler d'un processus de création revient à dire qu'il existe une mécanique de la créativité. [7] Pour le Grand Larousse Universel, la créativité est la faculté d'invention et d'imagination [6]

La créativité est une aptitude, qui peut être développée par une pédagogie et stimulée par un environnement favorable comme l'est le cadre privilégié des ateliers d'art-thérapie. Être créatif est effectivement être productif quelques soient l'espace et le contexte de production. [6]

En ce qui concerne les modalités d'application, nous pouvons dire qu'il existe de nombreux secteurs d'intervention comme les institutions où elle est exercée. De cette manière, le projet personnalisé élaboré par l'art-thérapeute (dans un cadre institutionnel) s'adresse autant aux objectifs généraux de l'équipe dans laquelle il ou elle travaille.

Donc, il existe de multiples champs d'application comme terrains d'intervention possibles : le secteur social, juridique, du travail et même dans le cadre médical ou hospitalier où nous trouverons différentes expertises et développement d'un savoir-faire professionnel.

1.3.1 L'applicabilité de l'art-thérapie chez les enfants

L'art-thérapie s'adresse à :

- ❖ L'enfant normal dont l'expression et la maîtrise de techniques permettent de se définir et de faire face à des situations angoissantes.

- ❖ L'enfant ayant des besoins spécifiques du fait d'un moment douloureux de son histoire.

- ❖ L'enfant vivant une fracture dans son histoire, ayant même parfois régressé, se voyant repoussé. [15]

Dans l'art comme dans le jeu, l'enfant peut faire « l'impossible ». Il peut mettre en acte ses espoirs et ses impulsions [15] Par la maîtrise des outils, il peut apprendre à revivre des situations passées, expérimenter la répétition et représentation comme pouvoir de maîtrise au même titre que la création. Il apprend alors les règles et les pouvoirs de la symbolisation en même temps qu'il apprend à vivre le monde réel.

WINNICOTT situe la créativité à l'origine du jeu de l'enfant, c'est là que s'enracine et se fonde la capacité d'être créatif, donc de se sentir en vie. Pour lui, vivre est la capacité d'être, ce que lui appelle « une capacité solide pour une expérience totale ». Vivre implique l'aptitude à nouer des liens avec le monde et avec autrui, mais aussi la capacité d'établir des liens avec sa vie intérieure. [6]

L'enfant a besoin que l'adulte lui fournisse un environnement physique et psychologique lui permettant d'expérimenter, sans danger, le monde. Cela est le support de toute pratique art-thérapeutique. La créativité de laquelle WINNICOTT parle n'est pas celle du produit fini, objective dans une œuvre, mais celle qui advient au détour d'une expérience personnelle [6]

Le patient investi pour le plaisir est alors en mesure d'éprouver la capacité de « jouer seul en présence de l'autre » comme WINNICOTT postule (1975) : « La capacité d'être seul est un phénomène très élaboré et de nombreux facteurs contribuent à son établissement. Elle est en relation étroite avec la maturité affective » [6]

Cet espace spécifique de l'atelier d'art-thérapie est le support nécessaire pour que se mette en place cette capacité d'être seul. L'art-thérapie propose aussi le mouvement du regard en incitant une mise à distance de l'œuvre. Il s'agit d'expérimenter de façon métaphorique une autre modalité de positionnement par rapport à son monde intérieure et par rapport au monde extérieur. [6]

1.3.2 La démarche d'un projet art-thérapeutique

Comprendre la démarche d'un projet art-thérapeutique implique en premier lieu de connaître les caractéristiques de la population sur laquelle il interviendrait, c'est-à-dire : leurs pathologies (en comprenant le sens étymologique du mot pathologie comme l'étude de la maladie ou des souffrances) leur traitement et leurs dimensions, pour préparer la prise en soin et les outils pertinents liés à la connaissance scientifique, ayant pour but d'arriver postérieurement à l'élaboration d'un bilan d'accompagnement capable de rendre compte de l'évolution en art-thérapie. Les objectifs généraux et intermédiaires seront adaptés à chaque patient.

Les items des protocoles peuvent être abordés de façon quantitative ou qualitative, et peuvent donc être appréciés de façon objective (mesurable) en rapport aux éléments qui sont décrits dans les modèles théoriques, ainsi qu'à travers du ressenti ou de l'impression esthétique de l'art-thérapeute grâce à l'observation. [7]

La question de la diversité des protocoles et leur flexibilité, provoque de nombreuses inquiétudes et interrogations autour du caractère scientifique de l'art-thérapie.

Historiquement il existe l'idée que la science s'exprime uniquement en résultats numériques, qui sont indépendants de la personne qui l'applique et qui doivent être reproductibles pour sa validation. [19]

L'auteur Mario BUNGE soutient que la science comme activité, et comme recherche, fait partie de la vie sociale dans la mesure où elle s'applique à l'amélioration de la vie naturelle et artificielle. Il fait la distinction entre la science formelle (comme les mathématiques) dont la consistance est rationnelle, et la science factuelle orientée vers la recherche des réalités (naturelles et sociales) comme la médecine, l'anthropologie, etc. [19] Les deux, font partie de la connaissance scientifique et peuvent être en lien, de ce fait, les outils de collecte d'informations ou données, peuvent être variés.

Pour expliquer ce postulat, nous reviendrons sur la méthodologie de cette mémoire : l'Étude de Cas, conception qualitative, qui fait interagir en même temps la recherche et l'intervention avec l'objectif de produire des connaissances scientifiques sur l'être humain.

Les outils de collecte d'information ont été : descriptifs (enregistrements des séances) et quantitatifs (en grilles d'observation) dont la fiabilité interne répond de manière cohérente aux modèles scientifiques actuels sur la pathologie.

Le but est d'objectiver le subjectif. D'où l'importance de la formation de l'art-thérapeute, au regard du secteur de travail. Parce que c'est notre responsabilité d'actualiser nos connaissances scientifiques qui vont nous soutenir dans notre démarche professionnelle d'art-thérapeute.

DEUXIEME PARTIE : PRESENTATION DE PRISES EN SOIN D'ENFANTS DE LA MAISON D'ENFANTS À CARACTER SOCIAL DE SALVERT

2.1 LES ENFANTS ACCUEILLIS

Les Maisons d'Enfants à Caractère Social sont des foyers temporaires qui font partie des établissements de l'Aide Social à l'Enfance (L'ASE*¹) dont le but est d'accueillir les mineurs en difficulté sociale dans le cadre de différents dispositifs : accueil administratif (avec accord des parents), accueil judiciaire (par décision du juge) et placement à domicile (modalité d'intervention à domicile). Cela résulte de la mise à jour de la loi de la protection de l'enfance de 2007 laquelle facilite la décentralisation des services publics répartissant les actions entre l'État et les Conseils Départementaux.

Spécifiquement la MECS de Salvert accueille dans sa structure :

- ❖ 70 enfants et adolescents âgés de 3 à 18 ans, filles et garçons, confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance dans le cadre d'une mesure de placement judiciaire (faite par le juge spécialisé des enfants et, parfois, par le procureur de la République) ou dans le cadre d'une mesure administrative prise par le Président du Conseil général (Accueil Administratif).

- ❖ Les jeunes majeurs, garçons et filles, de 18 à 21 ans ayant demandé et obtenu un Contrat Jeune Majeur de l'Aide Sociale à l'Enfance pour poursuivre leur projet de vie professionnelle.
- ❖ Aux enfants en danger immédiat, reçus en accueil d'urgence (Ordonnance de Placement Provisoire)

Les enfants et les jeunes présentant des pathologies ou conduites addictives importantes, ceux qui font l'objet des traitements médicaux spécialisés et ceux qui ont une orientation dite **MDPH***⁶ (Maison Départementale des Personnes Handicapées) ne font pas partie de l'action spécifique de la MECS.

2.1.1 La structure d'accueil de la MECS de Salvert

Comme il a été dit précédemment, les MECS font partie des dispositifs de l'ASE, et sont des établissements sociaux ou médico-sociaux, spécialisés dans l'accueil temporaire de mineurs à risque. De ce fait, la MECS de Salvert est une structure de protection de l'enfance de la région de Poitou-Charentes dont l'objet est l'accueil, l'accompagnement et l'orientation des enfants, des jeunes et des familles en difficulté.

Le placement d'un mineur est une mesure de protection qui retire temporairement un mineur de son milieu habituel, lorsque celui-ci n'est pas en mesure de garantir sa sécurité ou les conditions de son éducation, ou lorsque le déroulement d'une procédure pénale l'exige. Dans tous les cas, le placement ne devrait être que transitoire, il est d'ailleurs qualifié « d'accueil provisoire ».

L'article 375-2 du code civil indique que le placement de l'enfant a pour but la protection de l'enfant, lorsqu'une « défaillance familiale » apparaît tout en gardant à l'esprit que «chaque fois que c'est possible, le mineur doit être maintenu dans son milieu actuel. »

La Maison d'enfants de Salvert, en tant qu'établissement d'accueil, accompagne les enfants dans tous les actes de la vie quotidienne : l'hygiène, la santé, l'alimentation, l'habillement,

la scolarité, l'aide aux devoirs, la vie citoyenne et sociale, culturelle et sportive. Son action éducative est attachée au respect de la personne dans sa globalité (dimension physique, psychique, morale, spirituelle).

Elle accompagne aussi les parents en les associant à une réflexion et à une démarche éducative d'aide à l'exercice de la parentalité et à la mise en œuvre du projet individualisé de leur enfant. Les missions de l'établissement sont organisées sous trois items :

- ❖ Accueillir : dans le cadre de la protection judiciaire, garantissant sécurité, protection et bien-être
- ❖ Accompagner : les enfants et leurs familles en fonction de leurs besoins, difficultés et ressources
- ❖ Orienter : avec des projets adaptés à leurs demandes, difficultés et ressources

L'équipe de la Maison d'Enfants de Salvert comprend :

- ❖ Une équipe de cadres : un directeur, une directrice adjointe, quatre cadres de direction de services, deux psychologues, une art-thérapeute.
- ❖ Une équipe éducative : des éducateurs, des moniteurs éducateurs, des maîtresses de maison, des surveillants de nuit.
- ❖ Une équipe administrative et d'entretien : une assistante de direction, une secrétaire, un comptable, un technicien et femme d'entretien.

2.1.2 Objectifs de la prise en soin global en art-thérapie

Dans le cadre de la MECS, l'art-thérapie est une pratique professionnelle de soin qui s'inscrit dans l'accompagnement global et le projet personnalisé des enfants et des jeunes accueillis.

L'art-thérapeute de la MECS, avec plus de 11 ans d'expérience, fait partie de l'équipe pluridisciplinaire. Ses objectifs, protocoles de prise en soin, techniques et stratégies, répondent à la rigueur d'une pratique paramédicale et s'adaptent au cadre institutionnel.

Dans le **document officiel***³ de présentation la MECS, la pratique art-thérapeutique est indiquée ainsi: « En ses fondements d'intervention et prescription, l'art-thérapie s'adresse aux jeunes souffrant de troubles de l'expression, de la communication ou de la relation. L'objectif général est l'exploitation du potentiel artistique dans une visée thérapeutique et humanitaire.

La créativité artistique permet d'exprimer des émotions, d'apprendre à se concentrer, à prendre confiance en soi, à s'inscrire dans un projet, et à découvrir des compétences, entre autres. L'atelier d'art-thérapie doit offrir un espace serein et sécurisé au jeune en détresse. Il doit s'inscrire dans une temporalité pour soutenir l'acquisition de repères spatio-temporels. L'emploi du temps hebdomadaire doit intégrer la séance d'art-thérapie ».

2.1.3 Schémas utilisés

Le projet art-thérapeutique ici présenté s'inscrit dans un cadre institutionnel, c'est pourquoi il doit inclure un *savoir-faire* du domaine de l'art-thérapie et aussi des lignes directrices de soins généraux propre à l'institution. Les conditions nécessaires que l'art-thérapeute doit considérer à l'heure de la mise en place d'un projet, peuvent être schématisées de la façon suivante :

- ❖ **Moyens matériels** : l'art-thérapeute a besoin du matériel nécessaire pour mettre en œuvre un projet créatif dont la valeur est liée à l'esthétique et à l'expressivité. Ici, il faut faire la distinction avec un atelier d'artisanat dont les objectifs et fondamentaux peuvent être la production pour générer de l'argent, s'entraîner dans un métier, produire des objets utilitaires, etc.
- ❖ **Moyens techniques** : nous pouvons distinguer deux éléments. Le premier est la **connaissance technique d'une activité artistique**, soit la peinture, le modelage, la musique, la danse, etc. ; qui est forcément au service du soin, puisque l'art-thérapeute bénéficie d'une formation à la prise en charge. Le second est la **connaissance scientifique de la pathologie** avec laquelle on travaille. Dans le cadre de la maltraitance, nous sommes tout d'abord entre les axes : sociaux, juridiques et cliniques (pour ce dernier : basé sur le modèle du DSM-V mais aussi

sur un modèle compressif de la dynamique violente au sein de la famille). C'est cet ensemble, qui permet de faire la construction de protocoles pertinents et de construire des outils comme la fiche d'ouverture, les grilles d'observation, des bilans d'accompagnement, etc. Ainsi, la connaissance théorique en art-thérapie va se transformer en compétence. [7]

- ❖ **Moyens relationnels** : ce qui permet la construction d'une alliance thérapeutique. Margaret Little, médecin et psychanalyste adhérent au modèle WINNICOTIEN, parle d'alliance thérapeutique [13] liée à un processus de collaboration active entre thérapeute et patient (l'accompagnement thérapeutique fait partie d'un environnement qui facilite la symbolisation) qui doit se distinguer de la perspective psychanalytique de transfert et contre-transfert du domaine de l'inconscient.

Dans la maltraitance, l'intervention se joue aussi au niveau relationnel, parce qu'à la base, la blessure est une blessure relationnelle. D'où l'importance d'offrir un espace d'intervention protégé avec un cadre clair en termes de méthodologie de travail, de règles et d'accords relationnels. Un cadre prévisible est un lieu de réparation et de protection.

2.1.4 Critères de sélection

Tous les enfants placés à la MECS peuvent bénéficier d'un accompagnement art-thérapeutique dans le cadre d'une prescription institutionnelle.

2.1.5 Durée de la recherche : 140 heures organisées sur trois mois.

2.1.6 Résultats attendus : améliorer le bien-être des enfants et jeunes qui ont accepté de participer volontairement aux ateliers.

2.1.7 Organisations des séances : hebdomadaire avec un jour et un horaire fixe afin de favoriser la prédictibilité et d'offrir un espace sécurisant.

2.1.8 Evaluation des séances : elle est réalisée grâce au suivi des protocoles, lesquels ont une logique et cohérence dans leur organisation. Tout d'abord la fiche d'ouverture considère les facteurs dynamiques et stables au niveau individuel, familial, social et

contextuel de l'enfant. Une évaluation de l'enfant est réalisée systématiquement après chaque atelier afin d'apprécier objectivement l'évolution selon des items précis.

En ce qui concerne l'auto-évaluation des patients, nous avons créé des fiches d'auto-rapport, cependant, l'expérience de la mise en œuvre des ateliers, montre que la tendance des enfants est à répondre la désirabilité lorsque la question se pose à travers de la fiche. Pour cette raison la grille d'observation inclue l'item « auto-évaluation » où l'art-thérapeute enregistre ce qui surgit spontanément des enfants pendant la séance, c'est-à-dire, ce que l'enfant dit ou verbalise à propos de son travail.

2.2 PRÉSENTATION DES ÉTUDES DE CAS

2.2.1 Cas A

2.2.1.1 Anamnèse

L'enfant A, actuellement 11 ans, est le deuxième fils d'une fratrie de 4 frères et d'une petite sœur de 3 ans, pendant que les autres ont 13, 14 et 15 ans). En 2011, le Juge des enfants d'une ville proche de Poitiers a ordonné une mesure d'assistance éducative en milieu ouvert (AEMO). Il s'agit d'une mesure dans laquelle, le juge désigne un professionnel qualifié, et lui donne pour mission d'apporter aide et conseil à la famille en question, afin de surmonter les difficultés matérielles ou morales qu'elle rencontre. C'est une mesure souvent ordonnée avant d'envisager le placement d'un mineur.

À cette époque-là, la famille avait déjà été identifiée par les systèmes de protection à cause de sa dynamique complexe, violente et insécurisante pour les enfants.

Progressivement, la situation familial se dégrade et les parents se séparent en 2013 dans un contexte de dénonciation de violence du père contre la mère et les enfants. Pendant cette période, le juge ordonne un expertise psychiatrique du père, qui est diagnostiqué d'un « trouble psychotique de la personnalité ». Ainsi en 2015, les mineurs sont confiés à l'Aide Social à l'Enfance, suite de l'éloignement du père (qui ferait des épisodes de décompensations psychiques. Jusqu'aujourd'hui, le contact avec lui n'a pas été repris) et de la mère (qui aurait adhéré à la décision du placement de ses enfants, faute de conditions

matérielles pour leurs offrir la protection nécessaire. La mère ne demande pas le retour des enfants, mais sollicite de les voir régulièrement).

Après diverses procédures juridiques et administratives de changement de foyers d'accueils (liées à plusieurs déménagements de villes de la mère) les enfants, sont finalement placés à la MECS de Salvert en novembre 2016. Les professionnels commencent aussi à intervenir auprès la mère, dans le but d'offrir au système familial, un lieu stable, sécurisant et adapté pour travailler ses problématiques.

À son arrivée à la MECS, l'enfant A vit de divers épisodes de colère, notamment de bagarres avec d'autres enfants. Cependant, cela se produit seulement au début. Avec les adultes, l'enfant A se montre adapté et réceptif pour respecter les règles, même dans les séances d'art-thérapie, c'est un enfant très disponible, respectueux et capable de travailler seul bien concentré.

Néanmoins, son niveau d'évitement de ses difficultés actuelles est un signe inquiétant. Cette tendance à contenir son monde intérieur est observée aussi à plusieurs occasions dans la salle d'art-thérapie, dans lesquelles il a été possible d'entendre sa mère crier à l'extérieur ou rappeler à l'ordre ses frères d'une manière débordée, qui produit chez l'enfant A une sorte de repli sur lui-même et de honte.

D'ailleurs, l'équipe pluridisciplinaire rapporte que dans la dynamique familiale mère-fils, la violence relationnelle est constante, chargée de cris, de disqualifications et de manque de limites.

Au niveau scolaire, il ne rencontre pas d'importantes difficultés. Ses capacités cognitives sont adéquates et bien développées au regard de son âge.

2.2.1.2 Objectifs thérapeutiques personnalisés

- ❖ **Généraux :** Favoriser l'expression de ses émotions
Favoriser l'affirmation de soi
- ❖ **Intermédiaires :** Favoriser l'apaisement

2.2.1.3 Séances d'art-thérapie

L'enfant *A* a bénéficié de sept séances d'un temps moyen d'une heure. C'est un enfant très disponible aux nouveaux apprentissages. À chaque séance il reste très réceptif et disponible à l'échange. Il discute en travaillant, étant capable d'exprimer ses émotions et de narrer ses expériences quotidiennes, par exemple, dans le contexte scolaire. Il reste très contenu par rapport à son vécu familial. C'est pour cette raison que l'un des objectifs est justement de travailler à favoriser l'expression de son monde intérieur.

Il a une très bonne capacité de concentration, de motricité et de maîtrise des techniques, cependant il reste peu sûr de ses capacités ou montre peur de l'erreur. En effet, dans le trauma complexe, les enfants fréquemment ne savent pas si ce qu'ils font est approprié ou non, car en général les réponses des adultes ne les éclairent pas ou ne les stimulent pas.

En termes esthétiques, ses productions présentent une grande finesse du détail. Son projet créatif est inspiré du monde des *Pokémons*. Il choisit de faire du modelage et de la peinture de *Pikachu*, qui est le compagnon du protagoniste de la série. C'est un petit Pokémon jaune avec une queue qui a la forme d'un éclair et qui a la capacité d'expulser l'énergie électrique de ses joues. Il fait aussi de la peinture de *Torchic*, un petit canard orange, ami de *Pikachu*, qui a le pouvoir de cracher des boules de feu de 1000 ° C. Cette chaleur qu'il a à l'intérieur de lui et ses plumes douces, lui donne un contact chaleureux avec les autres. Il aime les endroits chauds parce que c'est son environnement naturel. Au contraire, c'est un Pokémon qui a peur à l'obscurité, alors dans la nuit, il a peur de regarder ce qui se passe.

2.2.2 Cas B

2.2.2.1 Anamnèse

La petite fille **B** âgée de 8 ans, est la sœur jumelle de l'enfant que nous appellerons **X**. Les deux jumeaux ont été placés à la MECS en 2014 par mesure du Tribunal. Le frère cadet des jumeaux, âgé de quatre ans, que nous appellerons **Y** a eu une mesure d'assistance éducative en milieu ouvert, cependant et en vertu de la dégradation de la dynamique familiale, cette année, le petit **Y** a été également placé à la MECS.

La dynamique familiale a été caractérisée par d'importants épisodes de violence conjugale, alcoolisme de la part du père et une absence de prise de conscience de la mère, qui reconnaît se sentir débordée avec les trois enfants. De son côté, le père conscient de sa problématique d'agressivité, en souhaitant voir régulièrement ses enfants, lui-même formule la demande de rendre visite aux enfants en un lieu neutre et de façon séparée de la mère (pour éviter les épisodes de violence qu'il reconnaît, ne pas savoir maîtriser). Puisque, même en présence de professionnels, le couple a parfois du mal à se distancier du conflit.

Le couple a passé une période de séparation, alors que le père avait un bracelet électronique qui l'empêchait d'être proche du domicile de la mère. Néanmoins, après l'arrêt de ce bracelet ils ont repris la vie commune en argumentant le désir commun de récupérer les enfants. Cependant la relation est encore chaotique et émaillée de violence.

Au regard de leurs adaptation à la MECS, les enfants ont eu une évolution positive avec le groupe de pairs et les professionnels de l'établissement. Cependant, le manque d'affection et d'attention de la part d'un adulte se manifeste par des comportements régressifs pour le jumeau **X**, et sollicitations de la part de la petite fille **B** à propos de maux physiques qui n'ont pas une vraie réalité médicale. Au niveau de l'école, les deux jumeaux ont des difficultés scolaires.

2.2.2.2 Objectifs thérapeutiques

- ❖ **Généraux :** Favoriser l'expression de ses émotions
Favoriser sa concentration

❖ **Intermédiaires** : Favoriser l'apaisement

Favoriser ses compétences de planification/fonction exécutive.

2.2.2.3 Séances d'art-thérapie

La petite fille **B** a bénéficié de six séances d'un temps moyen de 45 à 50 minutes. C'est une fille qui propose, d'elle-même, un projet créatif, à savoir : la construction d'un livre de conte composé par des images à colorier pour après les coller dans ce livre.

Elle choisit faire du coloriage des dessins de la nature (avec des arcs-en-ciel, des paysages, des chevaux) et des dessins de mandalas et de poèmes qui font références à la famille. Ainsi elle crée un fil conducteur avec toutes ces pièces, c'est-à-dire, des chapitres sont aussi définis par elle. Il s'agit d'un scénario dans lequel une famille se promène et profite d'être ensemble.

Pendant l'élaboration de son projet, apparaissent les éléments suivants : une très bonne disposition, enthousiasme et dynamisme. Néanmoins, elle a des difficultés à soutenir sa concentration, avec une faible capacité à tolérer la frustration, et surtout (très lié à ce dernier point) une très faible capacité exécutive qui augmente sa frustration.

D'abord elle choisit des dessins de formats qui exigent la motricité d'un adulte et planifie de nombreux chapitres, inabordables dans le nombre de séances déterminées déterminé pendant le stage. De cette façon, nous avons travaillé pour identifier : ses capacités, intérêts et désirs dans un cadre de temps réellement disponible. Ce qui permet s'approcher des objectifs de concentration et d'apaisement.

2.2.3 Cas C

2.2.3.1 Anamnèse

L'enfant **C** est placé à la MECS en avril 2016. Il a 8 ans et il est le frère aîné de 4 enfants (4, 5 et 6 ans). La plus petite a une mesure d'assistance éducative en milieu ouvert, pendant que les deux autres frères, sont sous la protection d'une famille d'accueil (l'enfant **C** va un week-end sur deux leur rendre visite).

Les raisons judiciaires du déplacement, sont que les parents offrent un contexte familial carencé et peu sécurisé et qu'ils ne maîtrisent pas les conduites d'hygiène, de rythmes de repas et de sommeil, l'assistance à l'école, et les suivis médicaux des 4 enfants.

Actuellement le couple parental est séparé. L'enfant C soutient un lien privilégié avec son père, auquel l'enfant demande plus de présence (pour le moment il est évalué la possibilité que l'enfant C puisse revenir chez son père). Le père avec sa compagne ont déménagé dans une nouvelle maison dans le département de la Vienne dans le but que les enfants soient rapprochés du domicile.

Avec sa mère, l'éloignement est plus fort, elle ne lui téléphone qu'une fois tous les quinze jours. Les conversations sont assez brèves mais saines au niveau du contenu.

En ce qui concerne sa vie quotidienne à la MECS, c'est un enfant qui apprécie avoir un rituel de coucher afin de calmer ses angoisses nocturnes, il aime qu'un éducateur lui lise une histoire ou prenne le temps de lui raconter sa journée. En général il semble bien dormir mais se réveille épuisé chaque matin.

Il est un petit garçon qui s'exprime avec facilité avec un vocabulaire précis et adapté. Il a beaucoup de mal à tolérer la frustration, ce qui nuit à ses relations avec les autres et est source de conflits. Il n'hésite pas à provoquer, ou à s'opposer lorsqu'il n'est pas d'accord. Il vacille entre témoignages d'affections et provocations envers l'adulte.

Au niveau scolaire, l'enfant a de grandes difficultés, il a tendance de se laisser aller et à ne plus travailler. Il suit un traitement pour l'énurésie. Cependant, la stabilisation a été compliquée. À certaines occasions, sa tristesse et sa colère s'expriment par de crises et des épisodes de somatisation pendant lesquelles le médecin n'a constaté aucune maladie physique.

2.2.3.2 Objectifs thérapeutiques

- ❖ **Généraux :** Favoriser l'expression de ses émotions
- ❖ **Intermédiaires :** Favoriser la concentration
Favoriser l'apaisement

2.2.3.3 Séances d'art-thérapie

L'enfant *C* a bénéficié de six séances d'un temps moyen de 45 à 50 minutes. C'est un enfant qui arrive en saluant souriant, mais au moment de débiter la séance d'art-thérapie et qu'on l'invite à travailler ensemble, il commence chaque fois par se plaindre d'avoir à aller chercher les pots d'eau pour la peinture, ou autres matériels, bien qu'il connaisse le cadre collaboratif de l'art-thérapie. Il a diverses difficultés à gérer la rage et la colère. Ses comportements sont souvent provocateurs. En général, lorsqu'on lui demande ce qu'il aimerait faire, il dit qu'il n'a l'envie de rien. Cependant, après un premier moment d'opposition (où il semble que rien ne lui plaît) l'enfant est capable de démarrer une activité de son intérêt ou de reprendre une œuvre en cours de construction.

Il y a deux séances très représentatives de son processus. La première a été quand il a fait de la peinture. Lorsque son œuvre semble terminée en termes esthétiques, il commence à la détruire, en abimant ce qui présentait une composition harmonieuse, c'est-à-dire, en superposant des couleurs, en faisant perdre la forme de ce qui était auparavant bien définis.

La seconde a été une fois où les matériaux étaient disponibles sur la table et sans lui poser la question de définir un projet, il s'est senti plus sécurisé pour commencer l'activité artistique, c'est-à-dire il s'est débrouillé de manière autonome pour commencer une création en improvisant (avec tous le matériel, il commence selon l'envie du moment : à faire figurines avec l'argile, ensuite faire des dessins, etc.). Bien que sa concentration est fluctuante, il arrive à la soutenir de manière plus persistente dans ce scénario. Même si sa production n'a pas une planification apparente ou n'a pas de fins esthétiques, on observe une gratification sensorielle, le plaisir dans l'activité et il arrive à être plus investi, apaisé, expressif et communicatif en parlant de sa création.

TROISIEME PARTIE : RESULTATS

3.1 Cas A

3.1.1 Bilan d'accompagnement en art-thérapie

L'enfant A montre confiance à proposer ses intérêts à l'heure de commencer ses projets artistiques. Il est capable de planifier et projeter son travail en termes de temps-espace. C'est un enfant qui réussit à maintenir pendant longtemps sa concentration en s'appliquant lors de l'œuvre, avec de bonnes capacités motrices et une bonne maîtrise des techniques. Il s'amuse dans l'activité à travers de la recherche d'esthétique.

Les apprentissages artistiques des expériences des ateliers d'art-thérapie passées sont retenus et mobilisés de manière harmonieuse, même si parfois il demande l'affirmation (quand ses insécurités apparaissent).

Il est investi dans l'accompagnement, avec la construction d'une bonne alliance thérapeutique. Il montre un comportement appliqué et disponible de manière soutenue.

En ce qui concerne l'objectif de favoriser l'expression de ses émotions, il est capable d'exprimer et de partager l'expérience sensorielle agréable et stimulante que lui donne la création. Bien que le contenu de ses œuvres conserve quelque distance affective (œuvres figuratives de « *pikachu* ») de toute façon, elles font référence au monde de l'imagination et de la joie infantile.

Par rapport à l'objectif de favoriser l'affirmation de soi, lorsque ses insécurités apparaissent (même s'il maîtrise bien les techniques) il demande « est-ce que c'est bien fait ? » ou bien, lorsqu'il déborde avec la peinture, il dit « ce n'est pas grave ? ». Séances dans lesquelles sont renforcées ses capacités et potentialités, la valeur de la flexibilité et la possibilité de réparer ses erreurs.

Finalement pour l'objectif de favoriser l'apaisement, nous avons observé un sentiment de calme et de tempérance. À chaque séance son plaisir est constant. Il arrive à s'envelopper

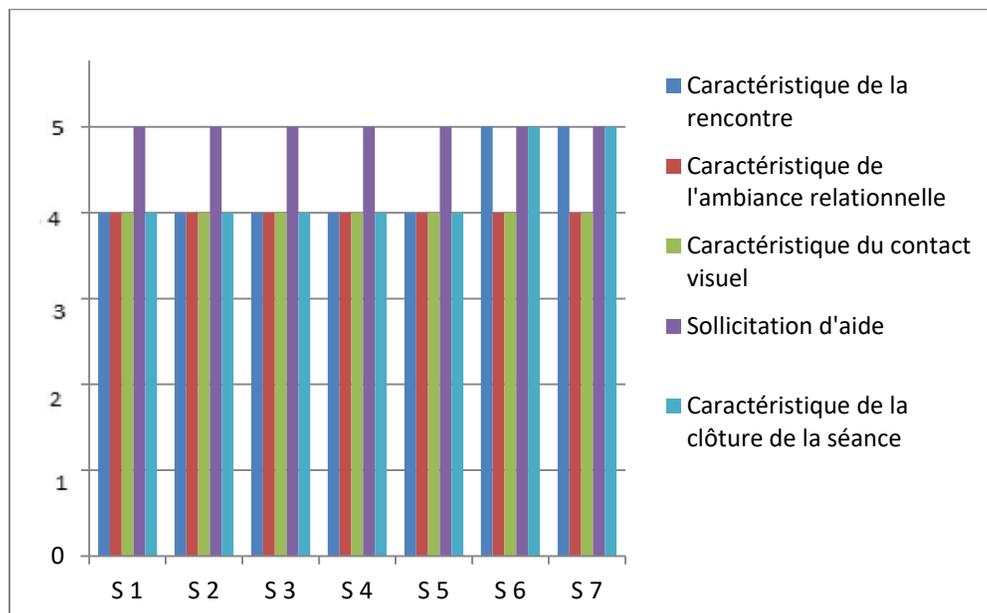
dans la création, c'est la capacité que WINNICOTT décrit (par rapport à la capacité et le jeu) « d'être seul avec un autre ».

3.1.2 Œuvres réalisées



3.1.3 Résultats et analyses grille d'observation

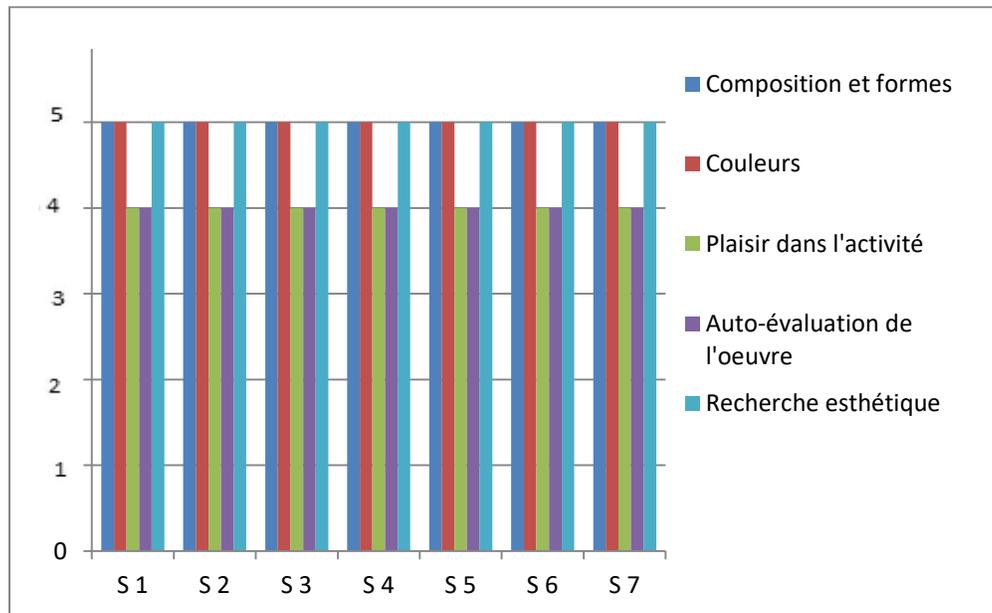
❖ Compétences relationnelles



Observations : Avec l'enfant A, la rencontre et la clôture des séances avancent progressivement d'un niveau de cordialité à un niveau chaleureux, ce qui répond à la construction de l'alliance thérapeutique privilégiée dans les séances d'art-thérapie. L'ambiance relationnelle est toujours dans l'échange et la collaboration.

Nous savons qu'en l'art-thérapie le langage n'est pas l'outil principal, alors, chez les enfants ayant tendance à se replier, c'est déjà une avancée ou un progrès d'être capable de s'investir dans une activité en s'apaisant. Les contacts visuels sont systématiques et les sollicitations d'aide ponctuelles, il se débrouille de façon autonome, à savoir : il travaille de manière concentré, exprimant ses compétences artistiques, esthétiques et motrices.

❖ Compétences artistiques et esthétiques



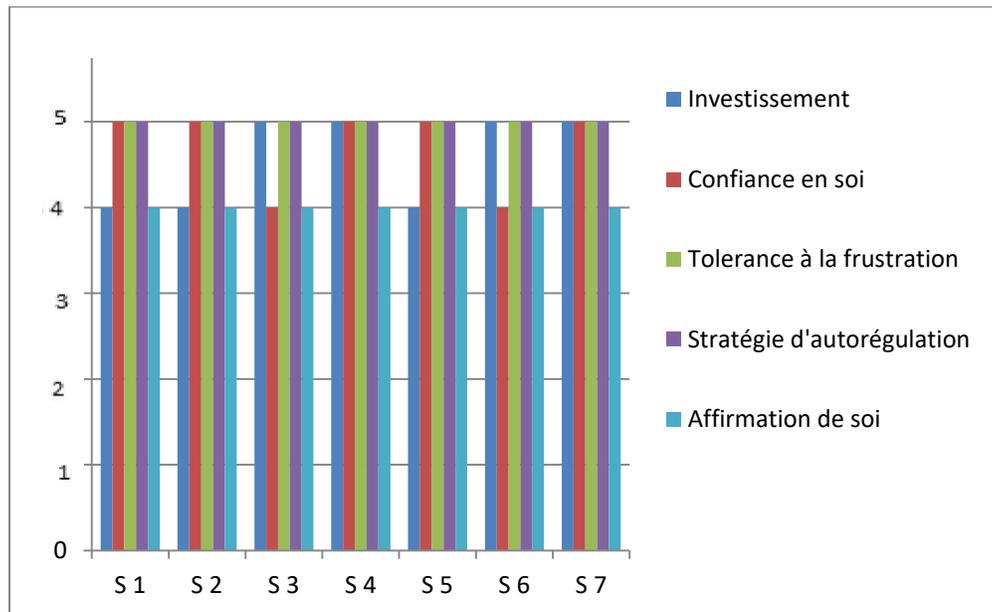
Observations : Ses compétences artistiques et esthétiques sont très fortes. Les items : composition et formes couleurs et recherche esthétique sont d'un haut niveau et constants.

À chaque séance, nous observons son intérêt à apprendre et à améliorer les détails de manière méticuleuse.

Le contenu de ses œuvres, si bien conserve une certaine distance affective, de toute façon, fait référence au monde de l'imagination qui plaît tant aux enfants.

Le plaisir pendant l'activité est soutenu, l'auto-évaluation de ses œuvres rend compte de la satisfaction de ses créations.

❖ Compétences affectives

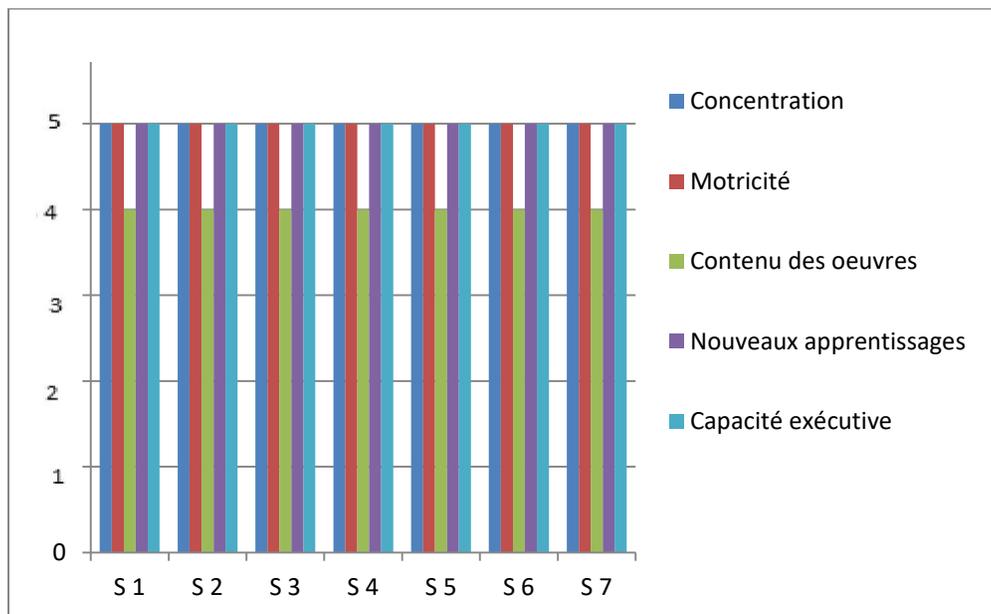


Observations : l'enfant *A* est un enfant très investi et qui apprécie beaucoup l'espace d'art-thérapie. Son engagement est constant.

Il est capable de réparer ses erreurs méticuleusement, dans un état d'apaisement et de calme soutenu.

Par rapport à l'affirmation de soi, cette tendance au repli, l'empêche de ressentir de la fierté pour ses œuvres. Ce qui ne veut pas dire qu'il n'est pas à l'aise, au contraire, il prend plaisir dans l'activité et semble satisfait de ses travaux.

❖ Compétences cognitives



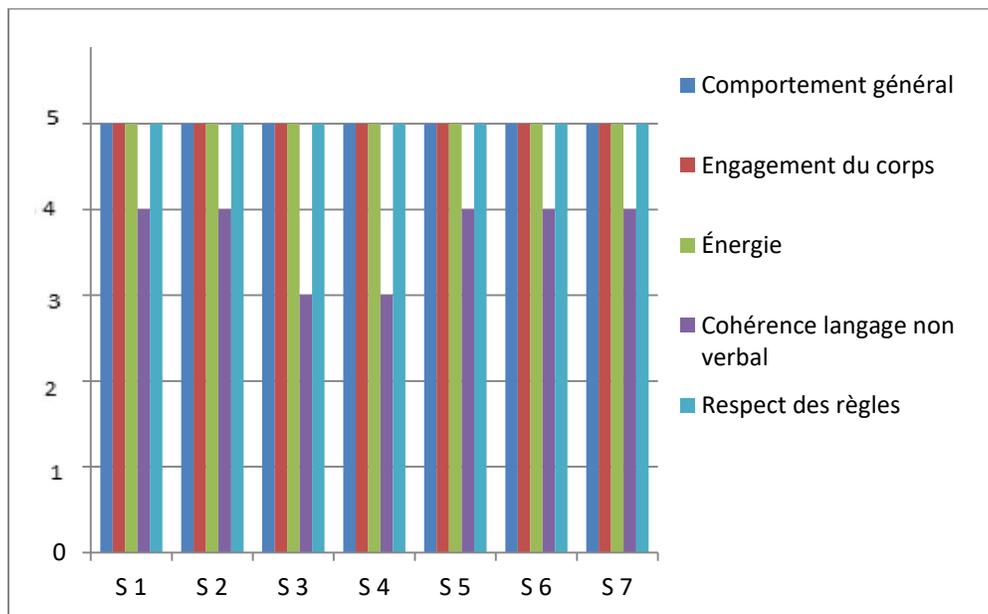
Observations : Les items concentration, motricité et capacité exécutive sont de haut niveau pour l'enfant A. Ses compétences cognitives, nous pouvons dire, sont un axe de développement bien conservé.

Au regard de ses autres compétences, si sa tendance est au repli affectif, l'intellectualisation alors, apparaît comme un mécanisme adaptatif prédominant.

Sa capacité exécutive favorise la réalisation et la planification des projets artistiques visant les buts qu'il a définis.

Il est toujours ouvert aux nouveaux apprentissages. Le contenu de ses œuvres est figuratif.

❖ Compétences comportementales



Observations : L'engagement corporel de l'enfant A rend compte d'un investissement authentique. Son plaisir est constant.

C'est un enfant qui perd la notion de temps durant le processus créatif, qui peut dépasser sa souffrance en s'impliquant et en s'appliquant dans la création d'une œuvre. D'ailleurs et comme il a déjà été mentionné, il témoigne d'une faible expressivité visant à protéger son monde intérieur.

Or, son énergie est constante et soutenue. Il reste toujours disponible, en respectant adéquatement les règles et les accords de l'espace d'art-thérapie.

3.2 Cas B

3.2.1 Bilan d'accompagnement en art-thérapie

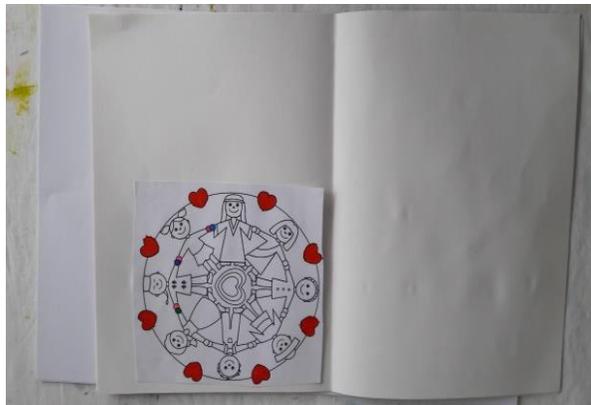
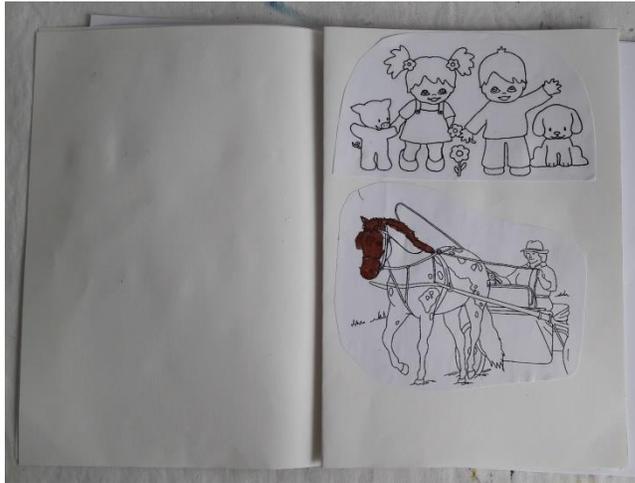
Lorsque le champ émotionnel est sollicité par l'esthétique, la fille **B** apprécie beaucoup s'exprimer par l'art. En ce qui concerne cet objectif, nous pouvons dire que ses œuvres projettent son monde intérieur, c'est-à-dire, ses besoins et ses souhaits au niveau familial. Elle apprécie d'avoir l'attention exclusivement portée sur elle comme cela arrive dans les séances d'art thérapie. Au niveau relationnel, elle est très réceptive, disponible à l'échange. Elle reste heureuse d'apprendre dès lors que les activités proposées lui donnent une expérience sensorielle agréable et stimulante pour la création et l'expression artistique. Elle est une petite fille très vivante, tonique, enthousiaste et dynamique.

Lors de plusieurs séances, quand une activité lui demande plus de temps ou quand elle fait une petite erreur, elle dit "je suis nulle", séances dans lesquelles il a été possible de travailler la flexibilité au regard de ses ressources créatives, artistiques et cognitives, mise en place lorsqu'elle est concentrée et a confiance en elle-même. Son autonomie évolue positivement : elle commence à autoévaluer ses réalisations et s'applique davantage.

Au niveau des apprentissages et de l'intégration des techniques, elle fait des progrès importants (dans une séance, elle dessine un cercle et le colore délicatement en disant «cela est bien fait le coloriage sans déborder. Je m'applique»). Ses principales réussites sont justement l'entraînement à revenir à la concentration (elle est capable de la soutenir par périodes prolongées) en réfléchissant à la projection et à la planification de son travail (choix de dessins et de chapitres appropriés aux capacités cognitives et motrices de son âge).

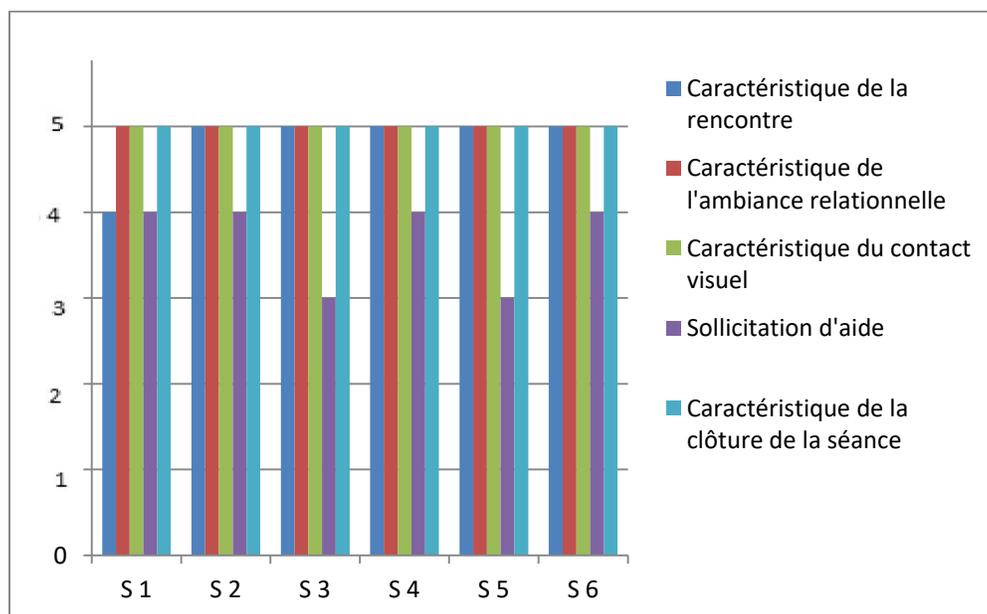
Actuellement nous pouvons rendre compte que sa concentration et sa capacité exécutive avancent de manière positive.

3.2.2 Œuvre réalisées



3.2.3 Résultats et analyses grille d'observation

❖ Compétences relationnelles

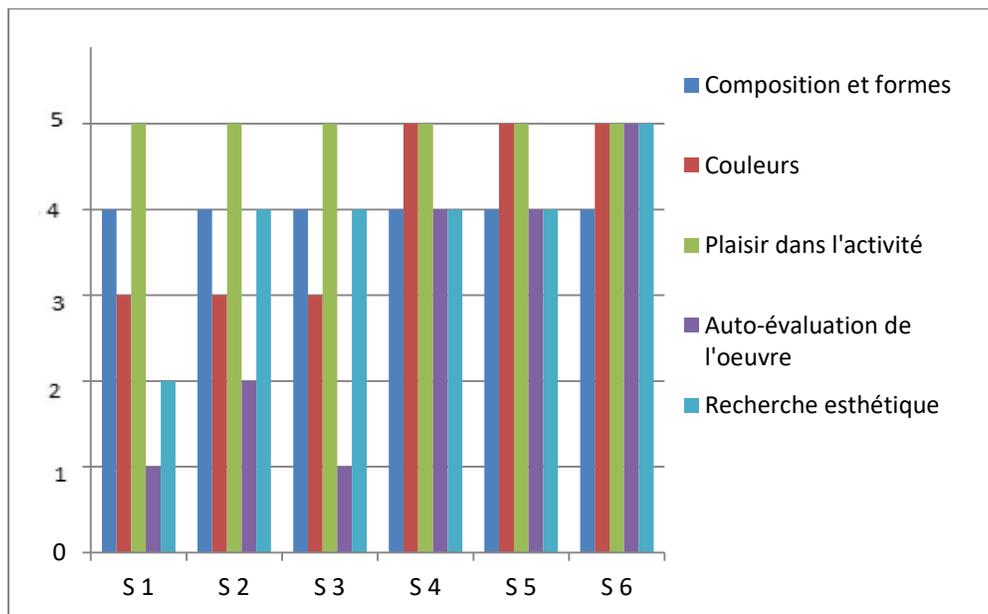


Observations : Avec la petite fille **B** la rencontre et la clôture des séances sont toujours chargées d'une ambiance très investie, animée et chaleureuse.

Les séances se déroulent dans l'échange et de la collaboration.

Les contacts visuels sont systématiques, ainsi que les sollicitations d'aide ponctuelle. Puis pendant les activités, elle est capable de prendre plaisir et son projet créatif lui provoque de l'apaisement.

❖ Compétences artistiques et esthétiques

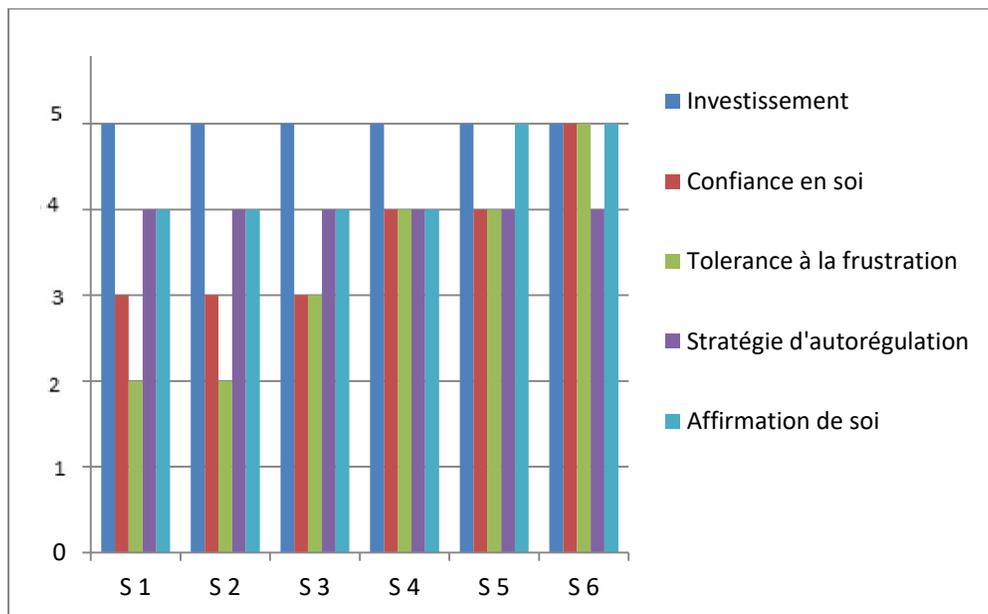


Observations : La composition et les formes des créations de la fille **B** sont bien organisées. Bien qu'elle soit une jeune fille intéressée par l'esthétique, elle a tendance à se précipiter, c'est pour cette raison que l'objectif à travailler est l'entraînement à la planification et à la projection.

En raison de sa précipitation, lorsque elle fait des erreurs, elle se disqualifie en disant « je suis nulle » mais dans la mesure où l'on travaille la capacité exécutive elle commence à être plus méticuleuse et à se sentir plus fière de ses créations, disant « regarde comme je l'ai bien fait ».

Les couleurs sont en général alternées et progressivement recherchées vers un idéal esthétique, le plaisir est verbalisé et spontané.

❖ Compétences affectives

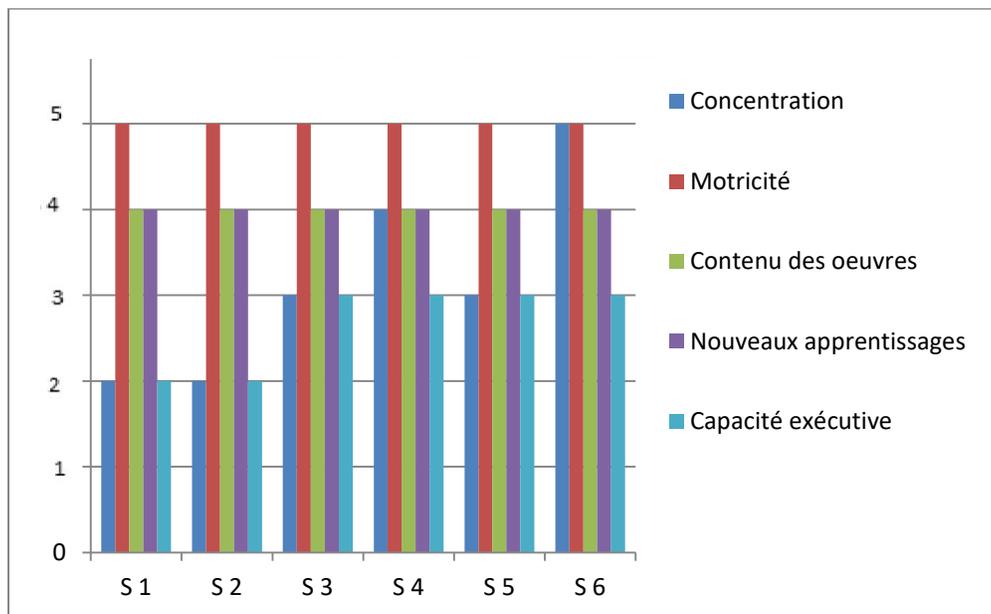


Observations : La fille **B** est une petite fille très investie et dynamique. La confiance en soi, la tolérance à la frustration et l'affirmation de soi, progressent positivement au cours des séances.

C'est une fille qui s'enthousiasme et s'amuse à élaborer son projet créatif ; ce qui est un élément qui facilite et l'encourage à s'appliquer, tout en favorisant qu'elle gagne confiance et affirmation de soi.

Elle est une fille porteuse de stratégies d'autorégulation orientées vers l'apaisement et le calme.

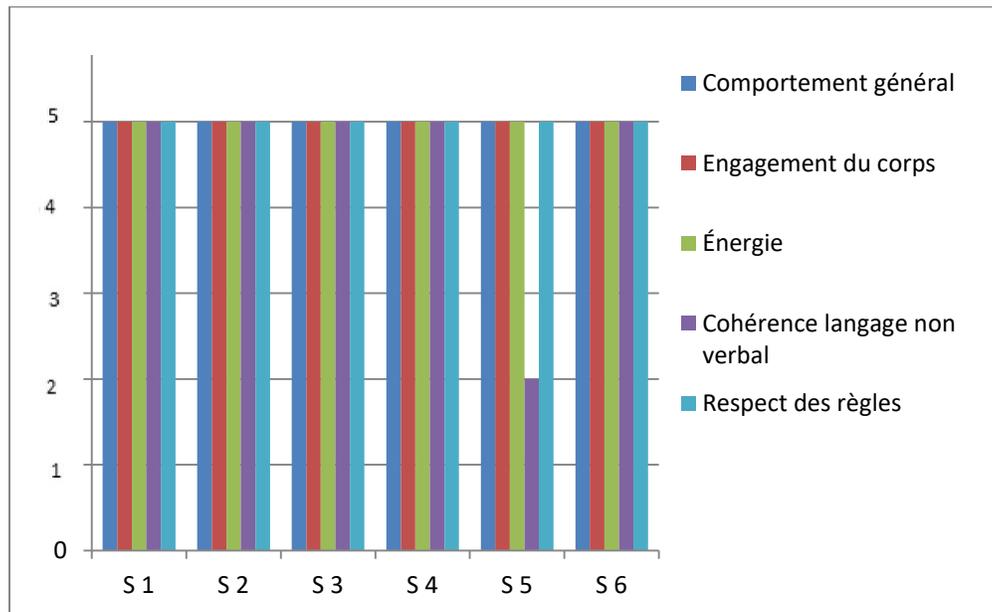
❖ Compétences cognitives



Observations : La concentration et la capacité exécutive de la fille **B** avancent de façon importante. Elle fait des progrès dans certains détails esthétiques de son œuvre. Elle rend compte d'un progrès positif.

Les nouveaux apprentissages sont bien maîtrisés. Le contenu de ses œuvres est figuratif et lié à son monde intérieur. Elle est capable de projeter ses désirs, ses besoins et de symboliser sa souffrance dans l'art. Bien qu'elle n'exprime pas verbalement des difficultés familiales, à chaque séance son projet artistique est chargé de contenus familiaux. Ce qui est innommable, confus ou gênant à dire, devient exprimable et appréhensible en l'œuvre.

❖ Compétences comportementales



Observations : Les items de comportement général, engagement corporel, énergie et respect des règles sont des compétences comportementales très fortes chez la petite fille **B**.

Son investissement est aussi cohérent, l'unique séance dans laquelle nous avons observé un comportement inhibé a été après une journée d'assistance à l'audience au tribunal (qui ne s'est pas bien passée) et elle avait des difficultés à s'exprimer.

Elle s'adapte d'une manière adéquate en respectant les règles de l'espace d'art-thérapie.

3.3 Cas C

3.3.1 Bilan d'accompagnement en art-thérapie

L'enfant *C* est un enfant qui arrive disponible, content et souriant à chaque séance. Cependant, lorsqu'on l'invite à prendre une blouse, à préparer le matériel pour commencer la séance, soit récupérer les pots d'eau, soit récupérer l'argile pour continuer un projet en cours, il se plaint de devoir suivre des instructions. Il entre facilement dans l'opposition, sans aucun autre motif que de rester dans l'opposition, c'est-à-dire, ce n'est pas parce qu'il a un autre plan, idée ou proposition, mais parce que il a des difficultés à établir une dynamique d'échange avec un adulte. Même si le cadre d'art-thérapie est collaboratif, il n'arrive pas à sortir de son état défensif.

Au cours des séances d'art-thérapie, il est possible de se rendre compte que pour l'enfant *C*, le soutien art-thérapeutique le plus adapté pour lui, est celui de l'accompagnement en tant que témoin (de la manière dont il exprime ses émotions) avant de travailler la recherche esthétique. C'est un enfant qui a besoin d'un observateur capable de témoigner des scènes dans lesquelles il fait la symbolisation de leur souffrance. Comme nous avons vu, de manière plus archaïque : en créant et en abimant des œuvres.

Cela, fait référence au niveau de l'Art I (l'activité a une orientation plutôt expressive et n'arrive pas à être dans une élaboration esthétique), puis nous avons observé que ce niveau archaïque semble être un espace de liberté et générateur de satisfaction en lui. En fait, ce sont les séances dans lesquelles il peut soutenir plus fortement sa concentration et sa capacité à s'investir.

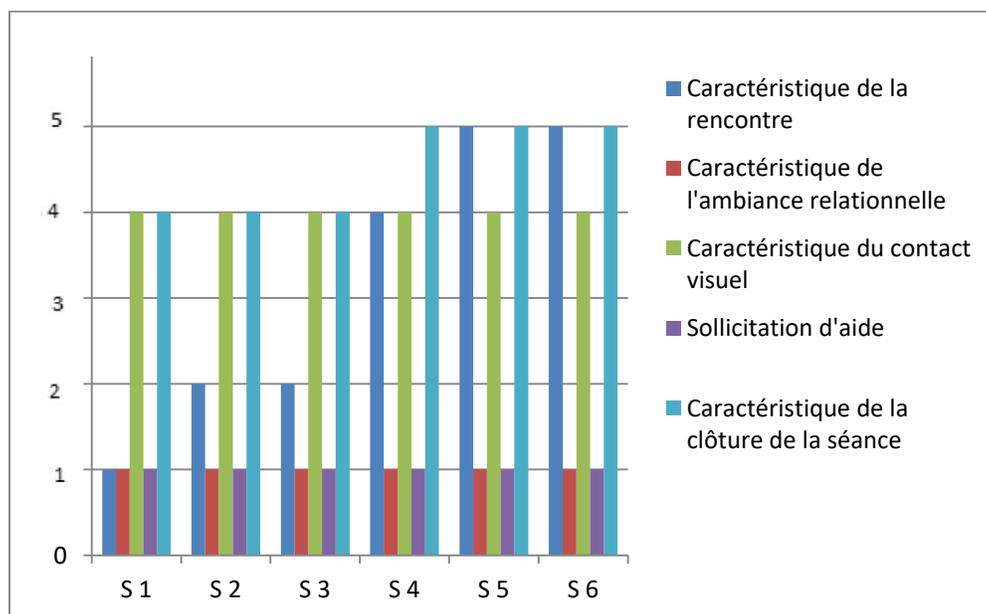
Concernant l'alliance thérapeutique, il est important de dire qu'il est un enfant réceptif à l'accueil et à la bienveillance. Or, sa disposition oppositionnelle joue contre lui au moment d'entrer dans l'accompagnement. Ses sollicitations sont constantes en demandant l'affirmation extérieure ce que il fait.

3.3.2 Œuvres réalisées



3.3.3 Résultats et analyses grille d'observation

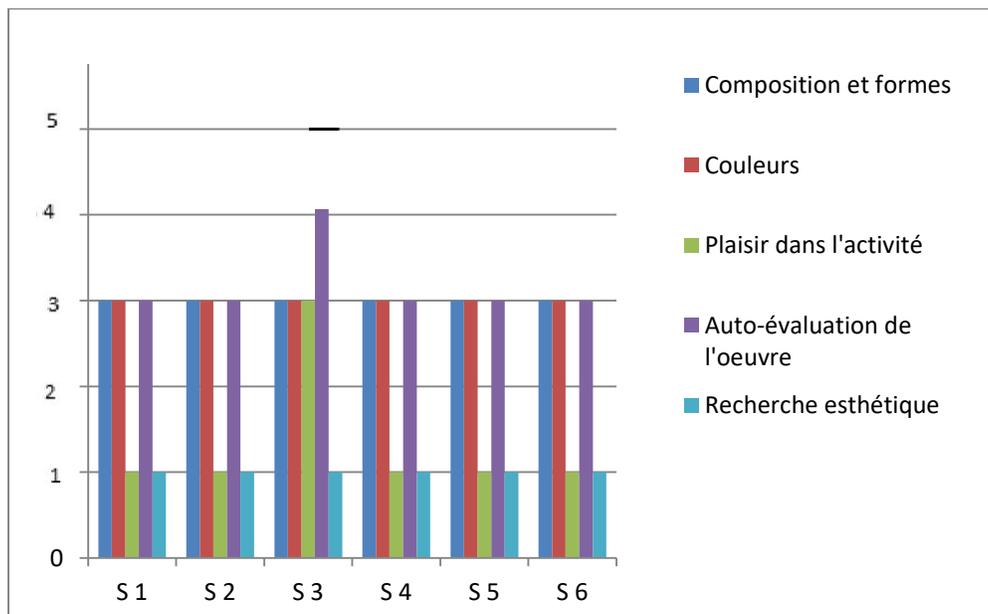
❖ Compétences relationnelles



Observations : Avec l'enfant *C* la rencontre et la clôture sont initialement cordiales pour devenir postérieurement chaleureuses. Il est un enfant qui cherche à être avec les autres, mais qui oscille entre le besoin de contact et de provocation, ce qui donne une ambiance relationnelle hostile.

Les contacts visuels sont nombreux (sauf quand il est capricieux). En général, ses sollicitations d'aide ponctuelle sont autoritaires, séances dans lesquelles nous travaillons avec lui l'axe relationnel.

❖ Compétences artistiques et esthétiques

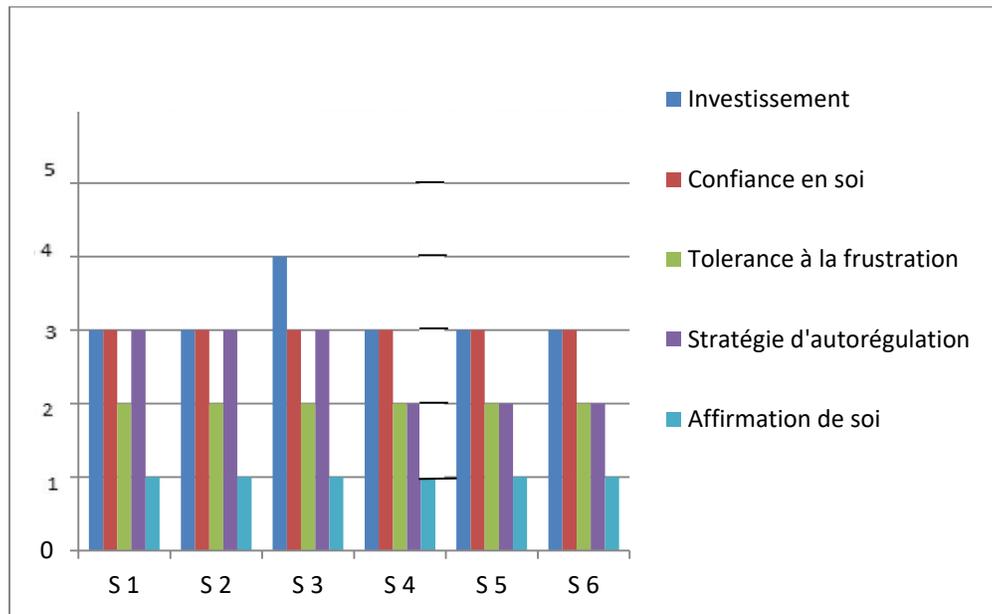


Observations : Dans les items « recherche esthétique et le plaisir dans l'activité » son caractère défiant s'interpose.

La composition et les formes conservent une relation peu harmonique puis il a du mal à soutenir sa concentration et planification. C'est un enfant pour qui la valeur expressive prédomine sur la valeur esthétique.

Les couleurs sont alternées et parfois superposées. Sur l'auto-évaluation de ses œuvres, il exprime sa fierté verbalement, cependant on pourrait le remettre en question à cause de sa recherche d'approbation lorsqu'il demande « c'est vrai que c'est bien fait ? »

❖ Compétences affectives

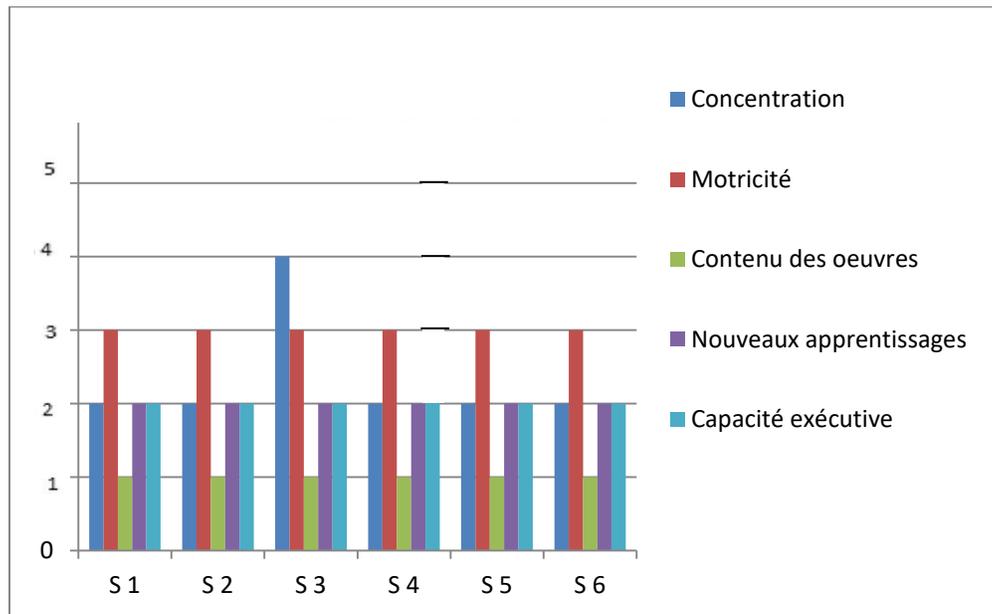


Observations : L'enfant **C** montre un investissement authentique dans l'espace d'art-thérapie. Cependant son caractère défiant s'interpose et génère une ambiance relationnelle hostile. C'est un élément transversal et présent dans toutes les séances.

Sa confiance est hésitante, avec une faible tolérance à la frustration et de pauvres stratégies d'autorégulation. Il y a prédominance de l'immédiateté.

Sa manière de s'affirmer est par l'opposition avec beaucoup de difficultés à entrer dans un échange harmonieux.

❖ Compétences cognitives



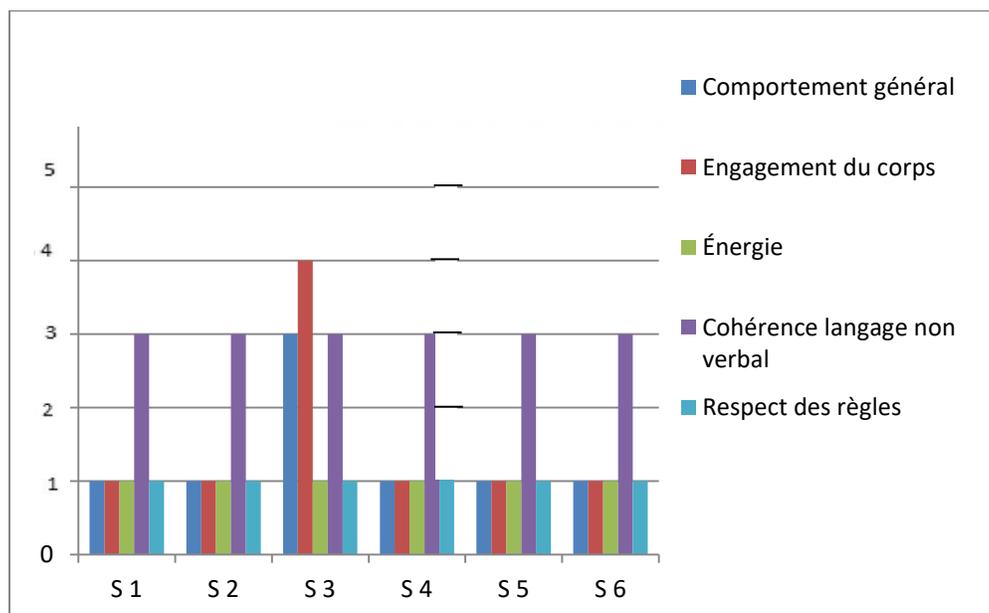
Observations : Sa concentration est très dispersée, le contenu de ses œuvres est concret et de l'ordre de l'Art I. Il utilise les nouveaux apprentissages avec difficultés en raison de sa tendance à se maintenir en opposition.

Ce n'est pas un enfant avec des difficultés cognitives en termes de fonctionnalité. Le problème est qu'il n'utilise pas ses compétences pour entrer dans un processus créatif.

Alors, sa capacité exécutive est aussi interférée par le substrat émotionnel oppositionnel.

Sa motricité est normale et adéquate pour son âge.

❖ Compétences comportementales



Observations : Comme il a été déjà exposé, l'enfant C a du mal à respecter les règles et à s'autoréguler face aux autres.

En général son énergie est débordante, et son comportement hyper agité.

Or, lorsqu'on le rappelle à l'ordre, il est capable de réguler son comportement tout en conservant un état affectif agacé.

QUATRIÈME PARTIE : DISCUSSION

En ce qui concerne l'apport de ce travail, nous pouvons dire que ce mémoire : fait une mise à jour théorique des conséquences sur la santé chez les enfants victimes de violence au niveau individuel, mais aussi sur la dynamique familiale face à la maltraitance.

En même temps il justifie la pertinence de l'art-thérapie chez les enfants, à travers du rôle de la créativité que WINNICOTT postule et tout le cadre théorique ici revu sur le potentiel de l'art dans l'accompagnement de leur souffrance.

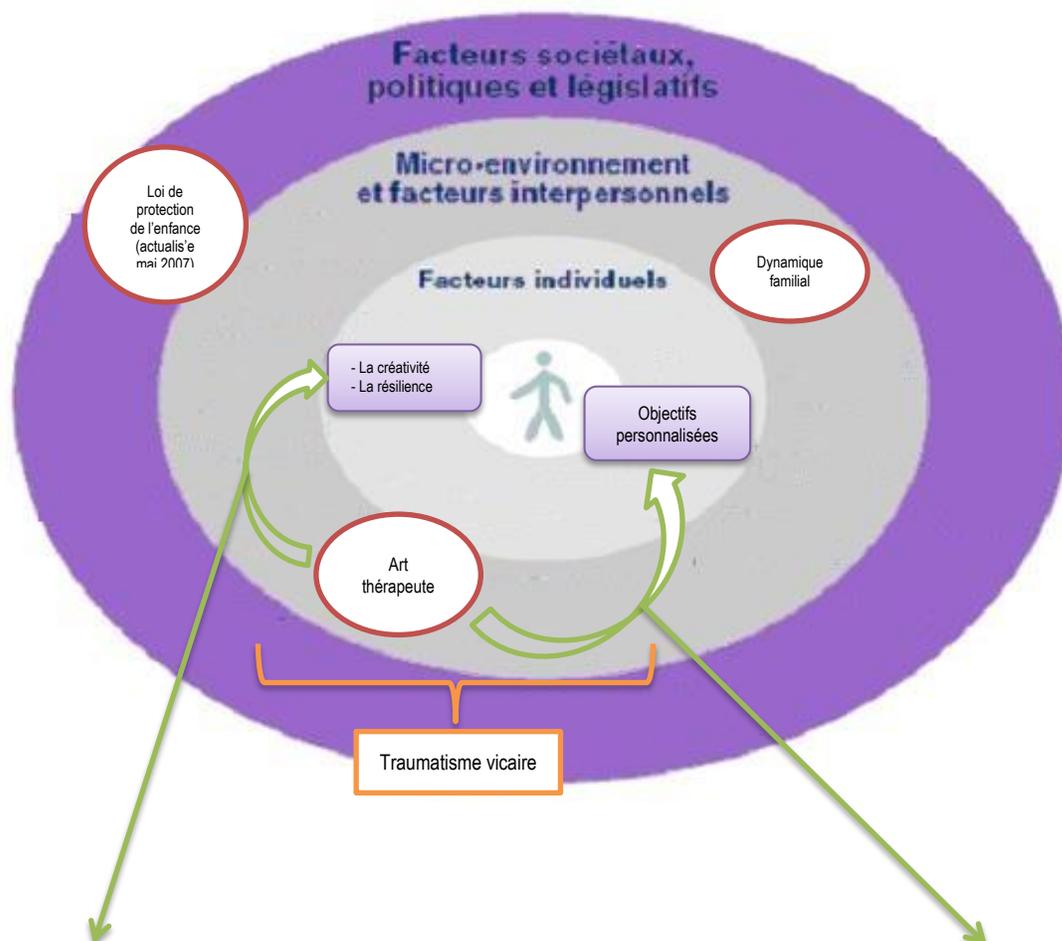
Cela, permet à l'art-thérapeute de comprendre que tant au niveau individuel et comme au niveau familial, nous sommes face à des patients avec des expériences de l'ordre de l'indicible, honteux, humiliant et confus. Alors, une compréhension du traumatisme et comment il imprègne le vécu est indispensable.

L'art-thérapie est une manière originale de faire face à la douleur, et comme nous avons vu dans la mise en œuvre des ateliers, chaque enfant besoin d'un accompagnement différent, adapté et personnalisé, soit vers un rôle directif, non directif ou semi-directif, selon ses compétences et en respectant son étape du développement.

Par rapport à l'importance du champ de travail où l'art-thérapie est exercé, quand nous sommes sur le terrain de la maltraitance le risque pour le professionnel est le *traumatisme vicair*e [20] C'est tout le ressentir et l'effet d'être témoin indirect de violence. Ainsi comme nous trouvons de la satisfaction quand les enfants sont capables de s'exprimer par l'art, nous sommes confrontés aussi à des sentiments d'impuissance, de frustration et d'étonnement lorsque les enfants témoignent du chaos qu'ils ont vécus.

A la différence du **burnout***², le traumatisme vicair est l'effet et ressentir sur les professionnels qui accompagnent aux victimes de violence.

En schématisant, les éléments théoriques analysés et résultats au regard de la mise en œuvre d'une expérience d'un atelier de arts plastiques auprès d'enfants de la Maison de Salvert, il est possible de résumer les résultats et l'analyse de la réflexion sur la pratique art-thérapeutique, de la façon suivante :



L'art-thérapeute offre un accompagnement en travaillant les propres ressources et potentiel créatif chez les enfants. C'est un espace privilégié pour la résilience secondaire

Rôle directif, non directif, semi-directif ?
 L'intérêt de réfléchir sur nos pratiques et les adapter à chaque enfant.

CINQUIÈME PARTIE : CONCLUSION

Tout d'abord, on va remarquer que dans notre étude, nous avons analysé cinq compétences ou axes du développement : quatre que en général la psychologie du développement considère (social, émotionnel, cognitif et physique – le domaine spirituel est considéré pour plusieurs auteurs comme partie de l'axe émotionnel) plus, le domaine ou compétence de la créativité (en comprenant tout le cadre théorique que nous avons postulé sur le pouvoir thérapeutique de l'art)

Dans le cas de la maltraitance, et comme nous avons vu dans notre approche théorique: l'état de stress post-traumatique, le trouble lié à des traumatismes ou à des facteurs de stress - non spécifié, et le trauma complexe, laissent une empreinte sur le développement de l'enfant. Dans la violence chronique familiale, les relations sont chargées de confusion face à l'oscillation entre : l'affection, les soins, l'humiliation, le rejet et le mépris.

Par conséquent, ce sont des enfants qui vont grandir avec des expériences de privation et de carence de stimulation au niveau :

- ❖ Relationnel (où ses figures de protection ne sont pas disponibles à entrer en relation)
- ❖ Affectif (où l'image de soi-même et sa position dans le monde sont confuses)
- ❖ Cognitif (oscillation entre blocage et hypervigilance, etc.)
- ❖ Comportemental (comme résultat ou expression d'une base affective incertaine).
- ❖ Et très souvent physique (il existe des études qui suggèrent que la croissance chez les enfants victimes de maltraitance est affectée, aussi le système immunitaire et le neuro-développement. Également ils peuvent avoir une espérance de vie plus courte que les enfants non maltraités).

Chez les enfants maltraités, nous trouvons aussi privation dans l'activité ludique, manque d'interactions et de stimulation ce qui affectera également la stimulation de la créativité, puis comme postule WINNICOTT, la créativité est à l'origine du jeu. Alors, l'intervention art-thérapeutique, chez les enfants victimes de maltraitance, est une clé dans les lignes du soin.

Nous pouvons constater que l'art-thérapie alors a des effets positifs chez les enfants victimes de maltraitance. Chaque enfant fera des progrès à son rythme et d'une manière distinctive dans des différents axes ou compétences. Par exemple dans le cas **A**, le plaisir infantile est à la base des créations artistiques figuratives, c'est un enfant qui peut être enveloppé par l'art en perdant la notion de temps. Dans le cas **B**, c'est une fille qui aime s'exprimer à travers l'art, elle met dans sa création ses désirs et ses souffrances, au contraire, ses capacités exécutives étaient faibles, ce qui a permis de les travailler ; cela a permis de gagner en sécurité et en confiance. Le dernier cas **C**, est un enfant apparemment très résistant à l'intervention, les grilles ont peu de variation et son comportement d'opposition est soutenu, mais c'est lui qui nous apprend sur son besoin d'entrer en relation vers un rôle moins directif et son besoin de s'exprimer de manière plus archaïque, vers l'art I.

Pour conclure, nous voulons dire que l'art-thérapie offre une voie originale, créative et mobilisatrice pour faire face à la douleur. Lorsqu'on est dans le terrain de la subjectivité et de la rencontre humaine, la salle d'art-thérapie est un espace privilégié pour connaître les modèles de la bienveillance et développer la résilience chez les enfants victimes.

Pour finaliser, FORESTEIN postule : « On sait aujourd'hui que la plasticité du cerveau se permet d'aller chercher dans la structure moléculaire, ce dont elle a besoin, mais en permanence avec des allers-retours dans l'environnement, l'éducation ou encore l'autoapprentissage. Les arts n'échappent pas à cette règle, ils sont autant nécessaires que nos besoins physiologiques et organisationnels » [7]

SIXIÈME PARTIE :

❖ BIBLIOGRAPHIE

- 1) Ancelin Schützenberger, A (1993) *Aïe, mes aïeux*, Paris : Desclée de Brouwer

- 2) Barudy, J & Dantagnan, M (2010) *Manuel d'évaluation des compétences et de la résilience parentales. Guide pour les parents biologiques, adoptifs ou d'accueil et pour les professionnels de l'enfance. Les défis invisibles d'être parents* ; Barcelona : Apega

- 3) Barudy, J (1998) *El dolor invisible de la infancia*, Barcelona: Editorial Paidós

- 4) Cloitre, M, Cohen, L & Koenen, K (2014) *Traiter les victimes de la maltraitance infantile. Psychothérapie de l'existence interrompue* ; Paris : Dunod

- 5) Cyrulnik, B & Delage, M (2010) *Famille et Résilience* ; Paris : Odile Jacob

- 6) Dubois, A (2013) *Art-thérapie : Principe, méthodes et outils pratiques*. Paris : Elsevier Masson.

- 7) Forestein, R (2000) *Tous savoir sur l'art-thérapie*, Editions Favre SA, Lausanne.

- 8) Fraiberg, S ; Adelson, E & Shapiro, V (1999) *Une approche psychanalytique des perturbations de la relation mère-nourrisson*

- 9) Formation Diplôme Universitaire Art-thérapie, cours année académique 2016-2017

- 10) Lefèvre, A (2013) *100% Winnicott*, Paris : Editions Eyrolles

- 11) Lopez, G (2006) *psycho-traumatisme*, Paris : Dunod

- 12) Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux 5^o édition DSM – 5. American Psychiatric Association. (2015). Traduction française. Paris : Elsevier Masson.

- 13) Marc, E (2011) *Guide pratique des psychothérapies*, Paris : Editions Retz
- 14) Montel, S & Tarquinio, C (2014) *Les psycho-traumatismes* ; Paris : Dunod
- 15) Rodríguez, J & Troll, G. L'art-thérapie. Pratiques, techniques et concepts
- 16) Tison-Le Guernigou, V (2007) *Généalogies. Secrets de famille et psychogénéalogie*, Paris : Autrement
- 17) Winnicott, D (2010) *La famille suffisamment bonne*, Paris : Petite bibliothèque Payot
- 18) Winnicott, D (2010) *La haine dans le contre transfert*, Paris : Petite bibliothèque Payot

❖ WEBGRAPHIE

- 19) Bunge, M (2010) *La ciencia, su método y su filosofía*.
https://users.dcc.uchile.cl/~cguierr/cursos/INV/bunge_ciencia.pdf
- 20) Centro del buen trato (2004) Cuidar a los que cuidan : desgaste profesional y cuidado de los equipos que trabajan con violencia
<http://www.buentrato.cl/>
- 21) Daligand, L (2012/1) *L'enfant abusé et sa parole annulée*
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/es/>
- 22) OMS (2014) *Maltraitance des enfants*
Web: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/fr/>
- 23) OMS (2012) *Violence*. Web: <http://www.who.int/topics/violence/fr/>
- 24) UNICEF (2002) *Protección infantil contra la violencia, la explotación y el abuso*
http://www.unicef.org/spanish/protection/57929_58006.html
- 25) UNICEF (2009) *Traite et exploitation sexuelle*.
Web: <https://www.unicef.fr/article/traite-et-exploitation-sexuelle>

SEPTIÈME PARTIE : GLOSSAIRE

- **L'ASE*¹** Service de l'Action Sociale et des Familles, dont l'action comprend des actions de prévention et de soutien en direction des enfants et des familles en difficultés psycho-sociales, et des actions de prise en charge d'enfants qui, pour des raisons diverses, ne peuvent demeurer dans leur famille.

<http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/adopter-a-l-etranger/les-conditions-de-l-adoption-internationale/le-glossaire-de-l-adoption/tous-les-termes-de-l-adoption/article/aide-sociale-a-l-enfance-ase>

- **Burnout*²** Syndrome d'épuisement professionnel caractérisé par une fatigue physique et psychique intense, générée par des sentiments d'impuissance et de désespoir.

http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/burn_out/10910385

- **Document institutionnel interne pas accessible au public*³**

- **DSM-V*⁴** Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Publié par l'Association américaine de psychiatrie (APA)

<https://www.psychiatry.org/>

- **Fonctions de maternage*⁵** Sont trois : le holding (maintien, la manière dont l'enfant est porté), le handling (maniement, la manière dont il est traité, manipulé) et la présentation de l'objet ou objet-presenting (le mode de présentation de l'objet). Le holding est très lié à la capacité de la mère à s'identifier à son bébé. Un holding satisfaisant est une ration de soins basique, que l'on ne peut identifier que par les réactions à un holding défaillant. Le holding défaillant suscite chez l'enfant une détresse extrême qui se traduit notamment par le sentiment de partir en morceaux (angoisse de morcellement) ; le sentiment de tomber en une chute sans fin (angoisse de chute) ; le sentiment que la réalité extérieure ne peut servir à la réassurance (angoisse de persécution) ; et d'autres angoisses généralement décrites comme « psychotiques ». Le handling facilite la formation d'un partenariat psychosomatique chez l'enfant. Il contribue au sentiment d'être « réel ». Un handling défaillant entrave le développement de la tonicité musculaire et de ce que l'on appelle la « coordination », ainsi que la capacité de l'enfant à apprécier l'expérience du fonctionnement corporel et de l'être. La présentation de l'objet ou réalisation (rendre réelle la pulsion créatrice de l'enfant) permet à l'enfant d'être capable de se relier à des objets. En outre, une présentation de l'objet défaillante bloque le développement de la capacité du bébé à se sentir réel quand il se relie au monde réel des objets et des phénomènes. [17]

- **MDPH***⁶ La Maison Départementale des Personnes Handicapées est un service public d'accueil, d'information, d'accompagnement et de conseil pour les personnes handicapées

<http://www.mdph.fr/>

- **MECS***⁷ Les Maison d'enfants à caractère social en France sont des établissements sociaux ou médico-sociaux, spécialisés dans l'accueil temporaire de mineurs en risque ou difficultés.

<https://www.sanitaire-social.com/annuaire/maison-d-enfants-a-caractere-social-mecs/23>

- **Nosologique***⁸ Partie de la médecine qui étudie les critères qui servent à définir les maladies afin d'établir une classification.

<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/nosologie/55030>

- **L'OMS***⁹ L'Organisation mondiale de la santé est la directive et l'autorité de coordination pour l'action sanitaire au sein des Nations Unies, spécialisé dans la gestion des politiques de prévention, de promotion et d'intervention dans le domaine de la santé dans le monde entier.

<http://www.who.int/es/>

- **Paramédical***¹⁰ Qui a trait aux professions de santé que l'on peut exercer sans être docteur en médecine et aux soins qui sont délivrés par les personnes qui exercent ces professions.

http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/param%C3%A9dical_param%C3%A9dicale_param%C3%A9dicaux/57949

- **Traite humaine***¹¹ Désigne le fait de recruter, transporter, transférer, héberger ou accueillir une personne en ayant recours à la force, à la contrainte, à la tromperie ou à d'autres moyens, en vue de l'exploiter.

<http://www.un.org/fr/events/slaveryabolitionday/trafficking.shtml>

HUITIÈME PARTIE : ANNEXES

FICHE D'OUVERTURE EN ART-THÉRAPIE ■ **Date d'élaboration :** _____

I. Antécédents généraux

❖ De l'enfant	❖ Institutionnel
Prénom :	Date d'entrée :
Nom :	Groupe d'accueil :
Date de naissance :	Tuteur référent :
Âge :	Horaires Tuteur :
Scolarité :	Prochaines dates d'audiences :
Nom de l'école :	Droits de visites et d'hébergement :

II. Antécédents familiaux

❖ Génogramme :
❖ Anamnèse :

III. Bilan clinique bio-médico-social

<p>❖ Critères nosologiques DSM V</p> <p>- Axe I</p> <p>- Axe II</p> <p>- Axe III</p> <p>- Axe IV</p> <p>- Axe V</p>
<p>❖ Traitement médical ou autres traitements de soins :</p>
<p>❖ Traitement pharmacologique :</p>

IV. Objectifs art-thérapeutiques personnalisés au regard de : projet thérapeutique global et état de base de l'enfant.

<p>❖ Objectifs Institutionnel transverses :</p> <p>- Accueillir : dans le cadre de la protection judiciaire, garantissant sécurité, protection et bien-être</p> <p>- Accompagner : les enfants et leurs famille en selon les besoins, difficultés et ressources</p> <p>- Orienter : Avec des projets adaptés à leurs demandes, difficultés et ressources</p>	<p>❖ Objectifs de l'Art-thérapie transverses :</p> <p>- Favoriser l'expression</p> <p>- Favoriser la communication</p> <p>- Favoriser la relation ou la sphère relationnelle</p> <p>- Favoriser la confiance en soi</p> <p>- Favoriser l'affirmation de soi</p> <p>- Favoriser l'estime de soi</p> <p>- Favoriser l'apaisement</p> <p>- Favoriser la concentration</p>
<p>Indications à l'Art-thérapie :</p>	
<p>Intérêt à participer de l'enfant en l'art-thérapie :</p>	
<p>Objectifs généraux :</p>	
<p>Objectifs intermédiaires :</p>	

FICHE EVALUATION EN ART-THERAPIE

I. Identification de l'enfant

- Prénom :	- Nom :
------------	---------

II. Généralités de la séance

Date	N° séance	Heure initiation	Heure clôture	Temps total de la séance	Séance Individuelle / groupale	Technique artistique

III. Dynamique de la séance

Activité proposée par :	Consigne	
<input type="checkbox"/> L'art-thérapeute <input type="checkbox"/> L'enfant		
Description de la séance :		
Objectifs thérapeutiques travaillés	Dynamique Art I / II	Projection prochaine séance

IV. Grille d'observation

❖ Compétences relationnelles

Caractéristique de la rencontre	Caractéristique de l'ambiance relationnelle	Caractéristique du contact visuel	Sollicitation d'aide	Caractéristique clôture de la séance
1 Défiant 2 Repousse ou indifférent 3 Surinvestie 4 Polie et cordiale 5 Chaleureuse et disponible Observations :	1 Opposition ou hostilité 2 Evitant 3 Agitée 4 Cordialité et collaboration 5 Très investi et animée Observations :	1 Inexistant 2 Rares 3 Ponctuels 4 Nombreux 5 Systématiques Observations :	1 Autoritaire ou hostile 2 Réticente 3 Dépendant 4 Demande d'aide ponctuelle 5 Est capable de travailler autonome Observations :	1 Hostile 2 Indifférent 3 Difficulté à terminer la séance 4 Polie et cordiale 5 Chaleureuse Observations :

❖ **Compétences artistiques et esthétiques**

Composition et forme	Couleurs	Plaisir dans l'activité	Auto-évaluation de l'œuvre	Recherche esthétique
1 Indifférencié 2 Peu cohérent 3 Moyen 4 Bien organisé 5 Harmonique et esthétique Observations :	1 Non choisies 2 Monochrome 3 Alternées 4 Superposées 5 Recherchées Observations :	1 Non perçue 2 Indifférent 3 Présente 4 Soutenue 5 Il est verbalisé spontanément Observations :	1 Dévalorisation 2 Indifférence 3 Satisfaction moyenne 4 Satisfaction 5 Plaisir et fierté Observations :	1 Non perçue 2 Maladroite 3 Ambivalente 4 Présente 5 Est appréciée et cherchée Observations :

❖ **Compétences affectives**

Investissement	Confiance en soi	Tolérance à la frustration	Stratégie d'autorégulation	Affirmation de soi
1 Non perçu 2 Faible 3 Moyen 4 Soutenu 5 Dynamique/engagé Observations :	1 Très fragile 2 Blocage ou Inhibé 3 Hésitant 4 Soutenue 5 Ouvert et sécurité en explorer Observations :	1 Ne le tolère pas 2 Faible 3 Fluctuant 4 Effort en faire face 5 Adéquat et est capable de réparer ses erreurs Observations :	1 Faible 2 Non perçue 3 Evolution importante 4 Soutenue 5 Apaisé et calme Observations :	1 Par opposition 2 Non perçue 3 Présente 4 Soutenue 5 S'encourage constamment Observations :

❖ **Compétences cognitives**

Concentration	Motricité	Contenu des œuvres	Nouveaux apprentissages	Capacité exécutive
1 Perturbée 2 Dispersée 3 Fluctuante 4 Constante 5 Bien soutenue Observations :	1 Grossière 2 Maladroite 3 Normale 4 Bonne 5 Fine Observations :	1 Concret 2 Non spécifique ou dispersé 3 Répétitif 4 Figuratif 5 Abstrait Observations :	1 Non perçus 2 Utilisés avec difficulté 3 Est capable de les intégrer 4 Bien maîtrisé 5 Maîtrisé et recherchés Observations :	1 Non perçue 2 Perturbée ou dispersée 3 Evolution importante 4 Soutenue 5 Planification adaptée Observations :

❖ **Compétences comportementales**

Comportement général	Engagement du corps	Énergie	Cohérence langage non verbal	Respect des règles
1 Hyper agité 2 Inhibé 3 Calme 4 Disponible 5 Enthousiaste Observations :	1 Hyper agité 2 Inhibé 3 Distant 4 Impliqué 5 Investi de manière soutenue Observations :	1 Débordante 2 Faible 3 Fluctuante 4 Constante 5 Soutenue et dynamique Observations :	1 Incohérent 2 Inhibé 3 Tendue 4 Contenu 5 Cohérent Observations :	1 Oppositionnel 2 Plaignante 3 Fluctuante 4 Polie et cordiale 5 Appliqué Observations :

BILAN D'ACCOMPAGNEMENT EN ART-THÉRAPIE ■ Date d'élaboration : _____

I. Identification de l'enfant

- Prénom :	- Nom :
------------	---------

II. Généralités séances

Période d'accompagnement	Jour d'atelier	N° séances	Absences	Durée moyenne des séances	Séance Individuelle / groupale	Technique artistique

III. Objectifs thérapeutiques travaillés

--

IV. Evolution au regard des objectifs

--

V. Bilan

--

VI. Observations / suggestions

--

Contrat et accords Atelier d'Art-Thérapie

Je confirme ma participation volontaire dans l'atelier d'Art-thérapie animé pour la stagiaire Daniela BARRA, sous la supervision et l'accompagnement de Valérie LANDRAULT. J'ai été informé(e) des objectifs de formation académique de ce stage et du cadre d'accompagnement sur :



La confidentialité de mon identité



J'accepte que les photos de mes créations artistiques puissent être exposées en conservant mon identité



Les horaires et durée des séances



Les règles : je ne peux pas me blesser, blesser l'art-thérapeute ni abîmer volontairement le matériel

Signature de l'Enfant

❖ Fiche : Mon cahier d'art-thérapie



Les séances :

1 fois par semaine

45 minutes chaque
séance



✓ Les jours des séances :

Mars 2017						
Lun	Mardi	Mercr	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		



✓ Les jours des séances :

Avril 2017						
Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30



✓ Les jours des séances :

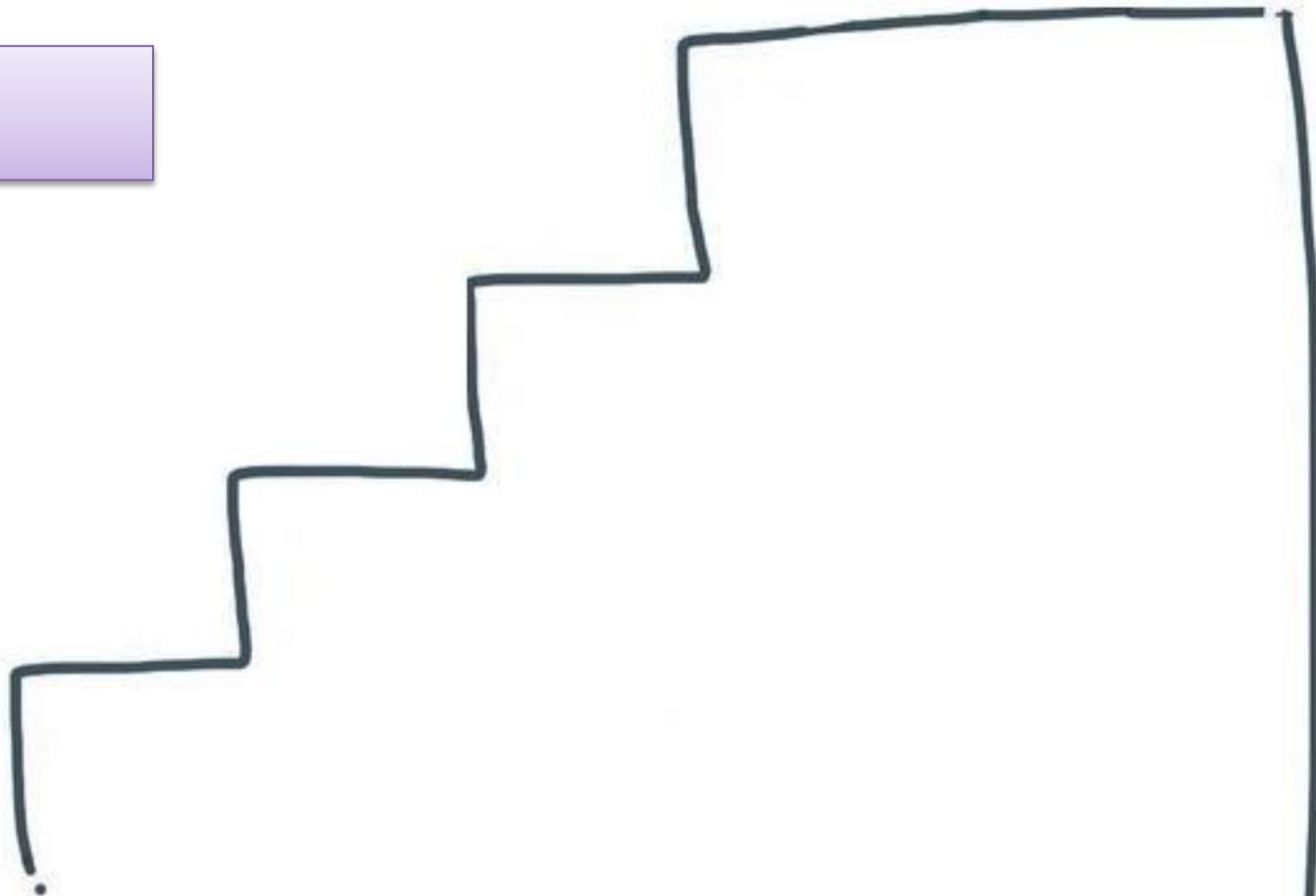
Mai 2017						
Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				



Mes objectifs en

ART
THERAPIE

Je m'appelle :



Mes objectifs en

ART
THERAPIE

Je m'appelle :



Fiche Auto-rapport

- Prénom : _____ - Nom : _____

Comment je me sens en fin de séance?



Joie



Tristesse



Peur



Colère

1

2

3

4

Séance	Date	Choix de l'enfant	Observations

L'ART-THERAPIE PAR LES ARTS PLASTIQUES AUPRES D'ENFANTS VICTIMES DE MALTRAITANCE

La mise en œuvre d'un atelier d'art-thérapie par les arts plastiques auprès des enfants de la *Maison d'Enfants à Caractère Social de Salvert* est un point de rencontre entre les conséquences de la maltraitance et l'art-thérapie comme méthode de soin orientée vers le soulagement de la souffrance d'une manière créative. Ces conséquences sont revues dans un cadre médical, groupées sous les critères cliniques nosologiques que l'on trouve dans les traités scientifiques sur la victimisation, à savoir : l'état de stress post-traumatique, trouble lié à des traumatismes ou à des facteurs de stress - non spécifié, et le trauma complexe.

ART-THERAPY BY PLASTIC ARTS FOR CHILDREN VICTIMS OF MALTREATMENT

The implementation of a workshop of art-therapy by plastic arts for the kids of the *Children's House of Social Character of Salvert* establishes a point of convergence between the consequences of maltreatment and the art-therapy as a method of care aimed to relieve suffering, in a creative way. These consequences are reviewed in a medical setting, grouped under nosologic clinical criteria; found in scientific treatises about victimization, that is to say: Post-traumatic stress disorder, Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified, and Complex trauma.

Étudiant : Daniela BARRA
Année 2016 – 2017

Mots clés en Français : Art-thérapie, Soins, Maltraitance, État de stress post-traumatique, Trouble lié à des traumatismes ou à des facteurs de stress - non spécifié, Trauma complexe.

Keywords : Art Therapy, Care, ill-treatment of children, Posttraumatic stress disorders, Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified, Complex trauma.