N°

Note

UNIVERSITE FRANÇOIS RABELAIS
U.F.R DE MEDECINE – TOURS

Les bienfaits thérapeutiques apportés par une prise en soin d'art-thérapie en groupe de deux pour des enfants orphelins

Article réalisé pour l'obtention du Diplôme Universitaire
D'art-thérapie de la Faculté de Médecine de Tours

Présenté par
Maÿlis de LAFORCADE

Année 2015

Sous la direction du
Pr Régine Brissot

Professeur hospitalier au
Centre Hospitalier Universitaire de Rennes,
(CHU, Rennes 35), PONTCHAILLOU,
5 av Henry le Guillou

PLAN : LES BIENFAITS THERAPEUTIQUES APPORTÉS PAR UNE PRISE EN SOIN D'ART-THERAPIE EN GROUPE DE DEUX, POUR DES ENFANTS ORPHELINS OU ABANDONNÉS.

GLOSSAIRE…… P 4

INTRODUCTION……... P 6

I. **Sujet de l'article :** Une expérience d'art-thérapie auprès d'enfants orphelins ou séparés de leurs familles.
- Explication de ce qu'est l'art-thérapie.

II. Problématique du sujet : Les recherches scientifiques ont montré les conséquences de la carence affective dans la petite enfance sur l'estime de l'enfant et sur son développement global.
- Données scientifiques justifiant la nécessité d'un accompagnement en art-thérapie auprès de ce public précis.

III. Elément déclencheur à notre étude : Les avancées des neurosciences ont mis en évidence les capacités de résilience des personnes et l'impact émotionnel des individus en présence d'autres personnes, ce qui a fait naitre un questionnement sur la problématique du groupe et de l'individuel en art-thérapie.
- L'étude nait d'un questionnement sur la mise en place d'un dispositif art-thérapeutique adapté à la problématique du manque affectif et de ses conséquences.

IV. Recherche sous-tendue à notre étude : L'expérience d'art-thérapie entreprise vise à évaluer l'impact d'un dispositif thérapeutique comprenant deux enfants, dans l'apport d'un bien-être et de bienfaits sur l'estime de l'enfant.
- Apparition d'autres hypothèses pratiques suscitées par la recherche de départ.

V. Hypothèse de départ : Au sein d'un orphelinat, un accompagnement d'art-thérapie à dominante peinture et dessin comprenant un nombre de deux enfants pourrait leur permettre de s'exprimer librement, de recevoir des gratifications sensorielles favorisant un mieux-être ainsi que l'affirmation de leur personnalité grâce à l'activité artistique.
- Clarification sur le modèle d'art-thérapie choisi à l'étude : modèle d'art-thérapie moderne.

SUJET ET MÉTHODE……. P 8

I Présentation de la population étudiée et des lieux de l'expérience……... P 8

1 L'étude a été menée dans un orphelinat en Roumanie……. P 8

2 Le fonctionnement de l'orphelinat est structuré selon un modèle familial…….. p 8

II Présentation de la trame générale à l'atelier d'art-thérapie ainsi que des outils d'évaluation mis en place……..... P 8

1 Les prises en soin en art-thérapie se déroulent en six temps introduisant un cadre semi-dirigé défini en vue d'apporter un mieux-être à l'enfant et de répondre à l'objectif général d'améliorer l'estime de l'enfant…….. P 8

2 Des outils d'observation et d'évaluation ont permis d'analyser les qualités relationnelles ainsi que l'estime pour chaque enfant dans le but ultime d'améliorer la qualité existentielle* ou le ressenti affectif de l'enfant…… P 10

RÉSULTATS…….. P 12

I Présentation des résultats sous forme de tableaux…….. P 12

1 Tableau n°3 : Résultats de l'évaluation de l'évolution de l'estime de l'enfant en corrélation avec l'évolution des capacités relationnelles de l'enfant entre le début et la fin de la prise en soin en art-thérapie ……. P 12

2 Tableau n°4 : Résultats en cotation à la question posée à l'enfant à la fin de prise en soin en art-thérapie : « Est-ce-que ta production artistique te plaît ? » (Outil reposant sur un principe d'auto-évaluation de l'enfant…… P 13

II Analyse des résultats…….. P 14

1 Représentation graphique comparative de l'évolution de l'estime de l'enfant en début et en fin de prise en soin, en fonction des types de prise en soin……. P 14

2 Synthèse statistique de l'autoévaluation en fonction du nombre d'enfants par prise en soin……. P 14

COMMENTAIRE *: un regard critique sur l'expérience doit s'opérer*…….. P 15

I L'atteinte des objectifs thérapeutiques des accompagnements d'art-thérapie en groupe de deux valide l'hypothèse de notre étude……... P 15

1 Les résultats ont validé l'hypothèse de départ…… P 15

2 Les résultats sont visibles mais sont à inclure avec d'autres facteurs influents..... P 15

II Toutefois, les résultats montrent que le choix d'un atelier individuel plutôt qu'un atelier collectif répond aux difficultés et aux besoins de chaque enfant. P 16

1 Les résultats des tableaux ont montré qu'il a fallu parfois s'orienter vers des prises en soin en individuel…….. P 16

2 Un tableau a été élaboré afin de souligner les avantages et les inconvénients entre le groupe et l'individuel…….. P 16

CONCLUSION P 17

PAGES ANNEXES P 18

I. Fiche d'observation de la séance d'art-thérapie…… P 19

II. Bibliographie et webographie……. P 20

GLOSSAIRE :

Amour de soi : Aptitude à s'aimer, indépendamment de ses performances et réussites. Composante de l'estime de soi d'après le modèle de C. ANDRE et F.LELORD. Nous associerons l'amour de soi au Bon* et à l'engagement en art-thérapie.
Art 1 : Dans la conception art-thérapeutique, l'Art 1 caractérise une expression globale, archaïque, basée sur des sensations « premières » de type archaïque (toucher de la matière, odeur de la peinture, pétrissage de l'argile).
Art 2 : Dans la conception art-thérapeutique, l'Art 2 caractérise le passage d'une expression archaïque vers une expression dirigée, volontaire, orientée vers l'esthétique. Elle implique l'intentionnalité de la personne.
Arts-plastiques : Ensemble de procédés techniques (parmi lesquels sont regroupés principalement : la peinture, le collage, l'assemblage, le pliage, la sculpture, le modelage, la mosaïque). Ces techniques peuvent se combiner les unes aux autres en vue de participer à la production d'une œuvre artistique.
Arts-graphiques : Ensemble des procédés techniques (parmi lesquels, on regroupe principalement : écriture, dessin, calligraphie, gravure, sculpture et photographie) permettant la conception visuelle ou la présentation d'une œuvre artistique.
Beau : En art-thérapie, le « Beau », désigne l'impression ou le sentiment éprouvé à la suite d'une satisfaction esthétique. Le beau est relatif au fond*, (par opposition à la forme*) de la production qui met en jeu la capacité à affirmer son goût. Nous associons le Beau à l'Affirmation de soi. « Est-ce que cela me plaît ? ».
Bien : En art-thérapie, le « Bien » est relatif à la forme de la production, qui met en jeu le savoir-faire et le style de la personne. Nous associons le Bien à la confiance en soi. « Est-ce que c'est bien fait ? ».
Bon : En art-thérapie, le « Bon » désigne ce qui est relatif à l'implication de la personne dans la production artistique. Il met en jeu le plaisir esthétique* de la personne et son intérêt dans l'activité artistique. Nous associons le Bon à l'amour de soi*. « Est-ce que j'ai éprouvé du plaisir ? »
Confiance en soi : Celle-ci caractérise la capacité mentale à se sentir capable d'affronter les obstacles et de réussir. En art-thérapie, la confiance en soi est reliée au Bien et au style.
Cube harmonique : Principe auto-évaluatif utilisable en art-thérapie.
Esthétique : Du grec *aisthêtikos* : qui peut être perçu par les sens, et de *aisthèsis* : sensation. C'est un emprunt (1753) au latin philosophique. Notion introduite par le philosophe allemand BAUMGARTEN, A (1717-1765) en 1750, dans *Aesthetica acroamatica,* désignant la science du Beau*.
Estime de soi : Vision globale de soi-même et de la valeur que l'on s'attribue. Différentes théories se distinguent : (1) l'évaluation intra-personnelle que la personne fait en elle-même. Cette théorie repose sur plusieurs composantes : la confiance en soi, la vision de soi, l'amour de soi, et l'affirmation de soi (modèle de C.ANDRE et F. LELORD) et (2) l'estime de soi comme construction sociale dans une approche interpersonnelle, dont la théorie du sociomètre fait partie. L'estime de soi est alors envisagée comme un indicateur subjectif de la qualité des relations sociales, une jauge psychologique qui enregistre le degré selon lequel la personne est acceptée ou rejetée par les autres.
Fond : Ce que présente et contient l'œuvre. Il se rapporte à la partie subjective d'une production artistique.
Forme : La forme se caractérise par la technique déployée. Il se rapporte à la partir objective d'une production artistique.
Imagination : Capacité de l'esprit à se représenter des images, connaissances ou expériences sensibles. L'imagination est une forme de représentation.
Item : Un item désigne la plus petite unité remarquable dans l'évaluation clinique.
Plaisir esthétique : Gratification sensorielle* engendrée par l'esthétique.

Neurosciences sociales (les) : Étude des fondements neurologiques des comportements sociaux comme l'attachement, l'empathie ou la coopération. Elles le font dans une vision intégrative où les mécanismes neuronaux et facteurs sociaux s'influencent réciproquement.
Neurones miroirs : Neurones qui s'activent, non seulement lorsqu'un individu exécute lui-même une action, mais aussi lorsqu'il regarde un congénère exécuter la même action.
Objectif thérapeutique : Objectif de soin que l'atelier d'Art-thérapie doit atteindre.
Orphelin : Enfant qui a perdu un père et/ou une mère.
Opération artistique : Théorie du processus artistique organisant et révélant l'ensemble des mécanismes humains impliqué dans l'activité artistique.
Pauvreté : Du latin *pauper* qui signifie « qui produit peu ». État d'une personne qui manque de ressources matérielles, d'argent.
Précarité (condition de vie précaire) : Du latin *precarius* qui signifie « obtenu par prière ». Caractère ou état de ce qui est incertain, instable, fragile, dont l'avenir et la durée ne sont pas assurés.
Protocole thérapeutique : C'est la coordination des actions thérapeutiques qui suppose l'adaptation des moyens art-thérapeutiques, et qui a pour objectif un changement bénéfique de l'état de base de la personne.
Qualité existentielle : Evaluation subjective qu'une personne a, en sa capacité, à se sentir existée.
Qualité de vie : Selon l'OMS : Perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large, influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ainsi que sa relation aux éléments essentiels à son environnement.
Rayonnement : Impact émotionnel produit par l'œuvre d'art.
Résilience : Capacité d'un individu à prendre la mesure d'un traumatisme physique ou psychologique pour réussir à le surmonter et à se reconstruire.
Site d'action : Mécanisme humain défaillant dans l'activité artistique.
Stratégie thérapeutique : Organisation d'éléments et adaptation de moyens en vue d'atteindre des objectifs au regard de l'état de base d'un patient.

Ces définitions ont été élaborées à partir d'ouvrages de référence à l'art-thérapie moderne, née de l'AFRATAPEM, école d'art-thérapie de Tours, le « Tout savoir sur l'art-thérapie » FORESTIER, Richard, Tout savoir sur l'Art-thérapie, 6ème édition, Ed. Favre, Lausanne, 2007. En outre, le ministère de la santé, le dictionnaire du Larousse, édition 2008, le dictionnaire Larousse Médical, édition 2006 ont permis de compléter ce glossaire.

I. Sujet de l'article : Une expérience d'art-thérapie auprès d'enfants orphelins ou séparés de leurs familles.

Une population d'enfants orphelins* a fait l'objet d'une expérience en art-thérapie. L'art-thérapie désigne l'exploitation du potentiel artistique d'une personne dans une démarche thérapeutique et humanitaire[1]. Afin de mieux appréhender la problématique de l'abandon ou de la séparation, la stratégie art-thérapeutique* a dû prendre en considération les besoins de l'enfant propres à son développement.

II. Problématique du sujet : Des recherches dans la littérature scientifique ont montré les conséquences de la carence affective dans la petite enfance sur l'estime de l'enfant et sur son développement global.

Les neurosciences sociales* ont mis en évidence l'impact des facteurs contextuels, (environnementaux et personnels) dans le développement des personnes, d'où la nécessité de ce besoin inhérent à l'enfant d'un *lien d'attachement maternel*, introduit par John BOWLBY,[2] précurseur en la matière, appuyant les travaux de ces prédécesseurs Donald WINNICOTT[3], Konrad LORRENZ[4] et Harry HARLOW,[5] à travers sa théorie de « l'attachement maternel » en 1969. Ses observations cliniques d'enfants, devenus orphelins après la guerre, ont révélé des troubles psychiatriques, précisément des troubles relationnels en l'absence totale de soin maternel. Jean DECETY[6] conclut à un caractère déterminant des premières interactions sociales, capitales, évoque-t'-il « dans la régulation des états affectifs et motivationnels du jeune enfant"[7].

III. Elément déclencheur à notre étude : Les avancées des neurosciences ont mis en évidence les capacités de résilience des personnes et l'impact émotionnel des individus en présence d'autres personnes, ce que a fait naître un questionnement sur la problématique du groupe et de l'individuel en art-thérapie.

Toutefois, la découverte des neurosciences* de cette dernière décennie tend à annihiler tout engouement déterministe, en révélant au moyen de l'Imagerie par Résonnance Magnétique (IRM), le caractère modulable, communément nommé « plasticité cérébrale* », du cerveau humain pouvant organiser et réorganiser des réseaux de neurones ainsi que des connections nouvelles entre ces neurones, en réaction aux sollicitations issues de l'environnement extérieur. C'est pourquoi, le cerveau de l'être humain, tant siège de l'intelligence que du processus émotionnel, est capable de pouvoir mettre en œuvre des capacités de résilience* et d'adaptation.

---

1 Définition de l'AFRATAPEM, (Association Française de Recherches et Applications des Techniques Artistiques en Pédagogie et Médecine), Ecole d'Art-thérapie de Tours, sous l'égide de la Faculté de Médecine de Tours, inscrite dans le « Tout savoir sur l'Art-thérapie » FORESTIER, Richard, p 10,

2 John BOWLBY (1907-1990) : Psychiatre et psychanalyste anglais, célèbre pour ses travaux sur l'attachement. Théorie de l'attachement (1969). Selon lui, les besoins fondamentaux du nouveau-né se situent au niveau des contacts physiques.

3 Donald WINNICOTT **(**1896-1971) : Pédiatre, psychiatre et psychanalyste anglais, célèbre pour les 5 concepts dans la relation entre la mère et l'enfant durant les premiers mois.

4 Konrad LORRENZ (1903-1989) : Biologiste et zoologiste, éthologue autrichien, prix Nobel de médecine, ayant mené divers travaux sur les notions de séparations et d'attachement.

5 Harry HARLOW (1905-1981) : Psychologue américain, célèbre pour ses expériences menées sur des primates ayant choqué ainsi l'opinion publique, et révélant des conséquences désastreuses de l'isolation sur le primate dans les premiers stades de la vie.

6 Jean DECETY : Neuroscientifique français et professeur à l'université de Chicago au sein du département de psychologie et de psychiatrie. Fondateur du journal Social Neuroscience. Il est directeur de deux centres de recherches : Brain Research Imaging Center et Child NeuroSuite.

7 *Cerveau et Psycho*, magasine, sous la direction de Boris CYRULNIK, p

IV. **Formulation de la recherche sous tendue à notre étude** : L'expérience d'art-thérapie entreprise a recherché à évaluer l'impact d'un dispositif thérapeutique comprenant deux enfants, dans l'apport d'un bien-être et de bienfaits sur l'estime de l'enfant.

Ainsi, en considérant l'impact de l'environnement extérieur sur les personnes, renforcé par la découverte des neurones miroirs*, appelés aussi « neurones échos » ou dans un autre registre « neurone de l'empathie », l'observation clinique des différences de comportements entre le groupe et l'individuel dans un cadre thérapeutique peut permettre de soulever des hypothèses dans la valeur ajoutée de l'un ou de l'autre, parfois indispensable pour attendre l'objectif thérapeutique visé.

V. **Formulation de l'hypothèse de départ :** Au sein d'un orphelinat, un accompagnement d'art-thérapie à dominante peinture et dessin comprenant un nombre de deux enfants, pourrait leur permettre de s'exprimer librement, de recevoir des gratifications sensorielles favorisant un mieux-être ainsi que l'affirmation de leur personnalité grâce à l'activité artistique.

Compte tenu de la souffrance affective de l'enfant abandonné ou orphelin, à qui a été enlevé ce « lien d'attachement maternel primaire », l'expérience d'art-thérapie s'est intéressée à mettre en œuvre un cadre thérapeutique, propice à l'expression personnelle, à l'affirmation de l'enfant, mais avant tout à la valorisation de ce dernier, sous-tendue par l'activité artistique. C'est pourquoi, la production artistique, achevée ou non, soulève une interrogation quant à son rayonnement*. Est-elle confrontée au regard des autres? Fonction intrinsèque à l'œuvre d'art, existante à travers le regard de l'autre. Par conséquent, peut-on présupposer à un bénéfice thérapeutique, naissant d'une valorisation du patient, en l'occurrence de l'enfant, lorsque sa production artistique est montrée à d'autres ? Bénéfice, qui plus est, peut-être, quand la production artistique est prise en considération par un autre enfant? Y aurait-il ainsi, un enjeu thérapeutique supplémentaire dans la prise en soin de plusieurs enfants, en un même temps? Cependant ne faut-il pas privilégier une attention totale de l'art-thérapeute pour chaque enfant, qui serait alors rendue difficile par un atelier collectif? Le groupe ne serait-il pas plutôt lieu à des comparaisons involontaires, entraînant des rivalités sous-jacentes entre les enfants sur un terrain personnel que dévoile l'activité artistique?

Ces questionnements de départ ont bâti l'hypothèse suivante :
Au sein d'un orphelinat, un accompagnement d'art-thérapie à dominante peinture et dessin comprenant un nombre de deux enfants pourrait leur permettre de s'exprimer librement, de recevoir des gratifications sensorielles favorisant un mieux-être ainsi que l'affirmation de leur personnalité grâce à l'activité artistique.

Autrement dit, l'expérience d'art-thérapie mise en place, a recherché à évaluer l'impact d'un dispositif thérapeutique comprenant deux enfants, dans l'apport de bien-être et de bienfaits thérapeutiques visant à l'amélioration de l'estime de l'enfant.

Le modèle d'art-thérapie, appliqué à l'expérience repose sur une approche comportementaliste détachée de tout courant psychanalytique, qui place l'Art* et l'Esthétique* au cœur de la thérapie.

SUJET ET MÉTHODE

I. Présentation de la population étudiée et des lieux de l'expérience.

1. L'étude a été menée dans un orphelinat en Roumanie :

La population étudiée regroupe des enfants devenus orphelins ou étant séparés de leurs familles en raison de conditions de vie précaires* ou/et en raison de la pauvreté*.

➔**Les enfants sont d'origine roumaine, hongroise ou tsigane**. Ils entrent en moyenne à l'âge de trois ans à l'orphelinat. La moyenne d'âge des enfants venus en art-thérapie est de huit ans. Nombre d'enfants comptés à cette étude : 19
(écart d'âge : 6 < 10)
➔ **Particularité commune à ces enfants :** la plupart sont issus d'un milieu de vie très pauvre que les parents veulent fuir, en migrant vers l'Europe de l'Ouest afin de trouver du travail. On parle alors d'orphelins sociaux.
➔**Les situations familiales sont très contrastées.** Toutefois, la majorité des enfants connaisse au minimum un membre de leur famille chez qui ils peuvent parfois séjourner en période de vacances ou le temps d'un week-end. En moyenne, les enfants voient leurs proches deux fois par an. Par conséquent, une avidité affective est identifiable au travers de comportements excessifs ou à l'inverse par un renfermement.

2. Le fonctionnement de l'orphelinat est structuré à partir d'un modèle familial :

➔ **Les enfants sont regroupés en plusieurs « familles »** non mixte, de huit à dix enfants, dans des appartements sous la direction d'un « pédagogue » en charge de l'enfant au quotidien.
➔**L'accomplissement personnel des enfants est fondé sur la réussite scolaire**. Les enfants suivent un apprentissage scolaire du lundi au vendredi dans une école hongroise. L'éducation religieuse est très présente.

II. Présentation de la trame générale à l'atelier d'art-thérapie ainsi que des outils d'évaluation mis en place.

1. Les prises en soins en art-thérapie se déroulent en six temps introduisant un cadre semi-dirigé défini en vue d'apporter un mieux-être à l'enfant et de répondre à l'objectif général d'améliorer l'estime de l'enfant.

Six temps structurant l'atelier d'art-thérapie	**Sollicitation des mécanismes relationnels de l'enfant**	**Eveil sensori-moteur et stimulation du plaisir esthétique***	**Stimulation de l'affirmation de la personnalité de l'enfant**
1er temps : **Arrivée des enfants :** Installation de ou des enfants à des places respectives.	➔ Communication verbale, non verbale ou/et gestuelle		
2ième temps : **Explication de l'activité artistique à venir :** Poursuite de ce qui a été entrepris la veille ou/et nouveau projet. Réponses aux questions	➔ Communication verbale et gestuelle		

3ième temps : **Début de l'activité artistique :** Technique : Peinture principalement, des techniques mixtes peuvent s'en suivre feutres, crayon, pastel en plus de la peinture.	➔ Expression personnelle de l'enfant par le support artistique.	➔ Stimulation singulière des sens de l'enfant en activité (touché avec la peinture, le support papier, odorat en éveil, ➔ motricité fine de l'enfant en activité ⇨ Plaisir archaïque des sens (gratification sensorielle) ➔Elan corporel engendré par la gratification sensorielle	➔ Capacité à choisir (autonomie) ➔ Expression personnelle de l'enfant par le support artistique.
4ième temps : **Introduction de la musique :** La musique apparaît comme *phénomène associé.* L'art-thérapeute interroge les enfants sur leur envie et leurs goûts.	➔ Relation triangulaire, verbale ou/et non verbale, gestuelle introduite par la musique.	➔ Plaisir esthétique Ou déplaisir (si la musique ne plait pas)	➔ Capacité à choisir (autonomie) ➔ Capacité à avoir un avis critique et le communiquer. ➔ Capacité à exprimer son ressenti ➔ Capacité à communiquer des goûts personnels
5ième temps : **Fin de l'activité artistique :** Signature de sa production Prise de recul/ observation de la production. Regards sur les autres productions.	➔ Communication gestuelle ou/et verbale, ou/et non verbale ➔ Relation triangulaire nait de la production lorsque l'enfant s'exprime sur sa production à une personne en particulier.	➔Plaisir esthétique devant sa production artistique ou déplaisir	➔Affirmation de choix, de goûts et d'un style.
6ième temps : **Départ des enfants :** Rappel des horaires si nécessaire	➔ Communication verbale ou/ et, non verbale ou/et gestuelle		

Tableau 1 : Sollicitation des qualités relationnelles (expression, communication, relation) de l'enfant, des fonctions sensori-motrices, génératrices d'un plaisir sensoriel esthétique et de l'affirmation de l'enfant à travers six moments clés de l'atelier d'art-thérapie.

➔ **Ce tableau met en évidence un cadre précis à la séance**, à travers une succession de six étapes/temps clairement définies par l'art-thérapeute auprès de l'enfant à valeur ainsi sécurisante pour ce dernier. Cette structure d'atelier, pour une durée totale de séance de 50 minutes, s'intègre à la stratégie thérapeutique par la création de moments propices à : l'expression personnelle de l'enfant (artistique, verbale, non verbale, gestuelle) ainsi qu'à des gratifications sensorielles archaïques, à un plaisir esthétique provoqué par un éveil singulier des sens enclins à l'activité artistique.

Enfin, ces étapes/temps visent à favoriser l'affirmation de la personnalité* de l'enfant, en développant un goût, un style au moyen de l'expression artistique jusqu'à ce que l'enfant parvienne à montrer sa production artistique à l'art-thérapeute, au co-thérapeute (traductrice hongrois-anglais/ anglais hongrois) et enfin à l'autre enfant (excepté dans le cas d'une prise en soin en individuel).

.

➔ **Les enfants venant en art-thérapie sont choisis** en amont, en concertation avec les pédagogues pendant la réunion hebdomadaire de l'équipe pédagogique. La première séance du lundi sert à fixer des objectifs thérapeutiques plus spécifiques à chaque enfant.

➔ **Explication du choix des dominantes artistiques choisies** : Les arts-plastiques* et les arts-graphiques*, précisément, la peinture, le dessin par le crayon à papier, le feutre ou le pastel sur différent supports. .
En effet, il s'agit d'un moyen d'expression sur papier permettant à l'enfant de matérialiser et de délimiter un univers personnel qui lui est réservé dans un premier temps. La traçabilité des arts-plastiques* permet à la fois le souvenir mais aussi, un support relationnel avec l'art-thérapeute, la traductrice et l'autre enfant dans le cadre d'un atelier de groupe. La production achevée suscite l'attention et le regard des autres.

Cette trame de stratégie thérapeutique décrite ci-dessus a été appliquée pour tous types de prises en soin mises en œuvre : individuelles comme groupales. En raison des conditions institutionnelles, voulant qu'un nombre important d'enfants puissent bénéficier de l'art-thérapie, il a fallu privilégier des prises en soin groupales. Au regard de la stratégie thérapeutique, sans évoquer la contrainte linguistique à prendre en compte, et afin de vérifier notre hypothèse, des prises en soins groupales comprenant deux enfants ont été privilégiées. Toutefois, certaines rares situations ont permis de mettre en œuvre des ateliers d'art-thérapie en individuel, offrant ainsi un élément de comparaison à notre étude.

2. Des outils d'observation et d'évaluation ont permis d'analyser les qualités relationnelles ainsi que l'estime pour chaque enfant dans le but ultime d'améliorer la qualité existentielle.

➔ Une fiche d'observation individuelle a été élaborée afin de mémoriser, d'analyser et de pouvoir évaluer l'impact des ateliers d'art-thérapie auprès de chaque enfant. *(Se référer à l'annexe p. 19)*

- ⇨ La grille d'évaluation a été construite afin d'évaluer l'atteinte ou non d'objectifs spécifiques, caractéristiques au public d'enfants rencontrés, concourant à atteindre l'objectif général d'améliorer la qualité existentielle de l'enfant. Cette fiche a été utilisée après chaque séance de façon à pouvoir observer, mémoriser puis analyser rigoureusement l'évolution dans le comportement des enfants.

- ⇨ L'Opération Artistique* est un outil d'observation spécifique à l'art-thérapie, permettant non seulement de bâtir la stratégie art-thérapeutique, mais il permet aussi d'affiner, au regard de ce qui s'est passé pendant l'activité artistique, le protocole thérapeutique* singulier à chaque enfant pour la séance suivante. En effet, cet outil permet de déterminer les sites d'actions* qui localisent les mécanismes défaillants, et d'en déduire ainsi les cibles thérapeutiques allant coordonner le protocole thérapeutique. Par conséquent, il est utile afin d'évaluer la validation ou non des objectifs thérapeutiques de la prise en soin, de se référer aux observations de l'évolution du comportement de l'enfant pendant l'activité artistique, après chaque séance, au regard de cet outil très spécifique à l'activité artistique.

➔ Au regard de la théorie des 3B[8], (qui découle de l'Opération Artistique), l'art-thérapeute peut être en mesure d'évaluer approximativement l'estime de l'enfant. Cette théorie esthétique des caractéristiques de l'Art* est fondée sur le **Bon*,** le **Bien*** et, le **Beau***, trois

[8] Théorie introduite par Richard FORREESTIER, appelée aussi théorie de l'Art opératoire, elle-même fondée sur l'Opération Artistique, dite « ossature de l'action en art-thérapie » p186 « Tout savoir sur l'art-thérapie » Ed FAVRE, 6ième édition

entités respectivement associées à : **l'intention artistique** (émanant du **plaisir sensoriel**), à **l'action** (engendrée par une **technicité et un style**), et enfin à **la production** artistique (résultat de **l'activité artistique**),

- ⇨ Ces trois B sous-tendent l'activité artistique certes mais permettent aussi de cerner quels mécanismes posent difficulté chez l'enfant. En effet, le Bon, le Bien, et le Beau impliquent à l'enfant, de pouvoir en premier lieu : « ressentir des gratifications sensorielles » issues de provenances diverses, (en regardant une image, la nature, en écoutant un son, « en actionnant » sa bibliothèque d'images appelée autrement : son imaginaire), pour avoir ensuite l'envie de s'engager dans une activité artistique. Le Bien suppose que l'enfant ait, ou acquière de la technique. Cela nécessite qu'il ait confiance en l'art-thérapeute dans sa capacité à pouvoir le guider et lui transmettre un savoir-faire qu'il pourra par la suite s'approprier. Cela présuppose que l'enfant ait à minima confiance en lui, pour ne serait-ce que commencer l'activité. Enfin, le Beau, reposant sur les deux autres B, met en avant les capacités de l'enfant à achever dans la satisfaction sa production artistique et à pouvoir communiquer aux autres sa personnalité (sensibilité artistique, goût, style) visible à travers la production artistique.
- ⇨ Ainsi cette théorie offre à l'art-thérapeute un support d'évaluation approximative de l'estime de l'enfant* au sein de l'atelier d'art-thérapie. Il s'agit d'une notion difficilement quantifiable et observée, en outre, dans un seul et même cadre : l'activité artistique dans le cadre d'une séance d'art-thérapie. Toutefois, à répétition, il est objectif d'affirmer des hypothèses au sujet de l'estime de l'enfant, permettant à l'art-thérapeute d'ajuster sa stratégie thérapeutique.
- ⇨ Le modèle d'estime de soi choisi à cette étude repose sur la théorie de C.ANDRE et F.LELORD.

	Composante	**Description**	**Rôle dans l'estime de soi**	**Impact en art-thérapie :**
ESTIME DE SOI	Confiance en soi	Croire en ses capacités à agir efficacement (anticipation de l'action). S'applique à nos actes.	Favorise l'action au quotidien. **Rapport à l'action, Compétences Personnelles**	Reliée au **Bien** et au style.
	Amour de soi	Aptitude à s'aimer, indépendamment de nos performances et réussites, de façon inconditionnelle.	Favorise la stabilité affective. **Rapport affectif à soi**	Relié au **Bon** et à l'engagement.
	Vision de soi	Regard évaluatif et affectif que l'on porte sur soi, sur ses qualités, défauts, limites et potentialités.	Favorise la résistance aux obstacles et aux contretemps **Rapport évaluatif à soi**	
	Affirmation de soi	Elle concerne les compétences relationnelles de l'individu et vise à l'expression de ses propres émotions, idées, désirs ou besoins.	Favorise l'expression. **Rapport aux autres, compétences relationnelles**	Reliée au **Beau** et à la capacité à affirmer son goût.

Tableau 2: L'estime de soi et ses composantes adaptées d'ANDRE et LELORD et son impact en art-thérapie

- ⇨ L'estime de soi est à penser en relation étroite avec l'estime des personnes comme le souligne Richard FORRESTIER dans son ouvrage *Tout savoir sur l'art-thérapie*. Par conséquent, l'évaluation des qualités relationnelles de l'enfant, telle qu'elle est présentée dans la grille d'évaluation, (située à l'intérieur de la fiche d'observation), suggère une corrélation dans les résultats, avec l'évaluation de l'estime de soi, synthèse des quatre composantes : l'amour de soi*, la confiance en soi*, l'affirmation de soi* et la vision de soi*.

➔Des évaluations orales, effectuées en interrogeant l'enfant en fin de séance, par des questions ouvertes mais précises : « qu'est-ce-qui t'a le plus plu pendant cette séance ? » ou, une fois la production artistique terminée : « Ta production, tu en penses quoi ? ». Ces questions permettent à l'art-thérapeute l'évaluation du protocole thérapeutique, en observant s'il y a une corrélation entre l'évaluation de la production artistique et l'évaluation de la qualité du moment. Tout en interprétant la réponse de l'enfant, ce type d'évaluation spontanée, permet à l'enfant de se rendre lui-même compte de son ressenti au cours de la séance.

RÉSULTATS :

I. Présentation des résultats sous forme de tableaux

1. Tableau n°3 *(ci-dessous)* : Résultats de l'évaluation de la qualité relationnelle de l'enfant ainsi que de l'évolution des différentes composantes de l'estime de soi entre le début et la fin de la prise en soin en art-thérapie.

Critères de cotation choisis :
- ➔ faible
+ ➔ Amélioration perçue
++ ➔ Encourageant
+++ ➔ Résultat très encourageant (but largement atteint)

	En début de PEC en art-thérapie :								En fin de PEC en art-thérapie :			
Enfant venu en art-thérapie G ou F (Garçon ou Fille)	Temps de la PES en art-thérapie		Age de l'enfant		Qualité relationnelle de l'enfant. (attitude générale de l'enfant)		Amour de soi (A) Confiance (C) Affirmation (AF) de l'enfant (évalué à travers l'activité artistique)		Qualité relationnelle de l'enfant.		Amour de soi (A) Confiance (C) Affirmation (AF) de l'enfant	
Individuel G	1 sem		10 ans		Distant		(C)		Chaleureux Relation privilégiée		(C) ++	
F venue en Individuel puis en groupe	1 sem		8 ans		Exclusive		(A) (AF) Sur affirmation		Relation aux autres Acceptation que l'art-th s'occupe d'un autre enfant		(A) +++ AF +	
G venu en groupe, en individuel puis en groupe	2 sem		7 ans		Distant/ isolé (timidité majeure)		(C) (AF)		Relation .privilégiée Relation avec le groupe		(C)++ (AF)+++	
G venu en groupe puis en individuel puis en groupe	2 sem		7 ans		Relationnel verbal faible (Trouble du langage) mais gestualité présente		(A+) (C) (AF)		Relation privilégiée Relation avec le groupe		(A)+++ (C++) (AF)++	
F venue Individuel puis groupe	2 sem		8 ans		Fusionnelle		Sur affirmation		Relation aux autres		(AF)+++	
Groupe de 2 F	**A** 1 sem	**B** 1 sem	**A** 8 ans	**B** 8 ans	**A** Exubérante fusionnelle	**B** Timide Faible	**A** Sur-affirmation	**B** (C) (AF)	**A** Relation privilégiée Relation aux autres	**B** Relation privilégiée Relation aux autres	**A** (AF)+++	**B** (C)+++ (AF)++
Groupe de 2 F	**A** 2 sem	**B** 1 sem	**A** 8 ans	B 6 ans	**A** faible (timidité)	**B** Peu démonstrative	**A** (A)	**B** (AF)	**A** Relation privilégiée Relation aux autres	**B** Relation Privilégiée Relation aux autres	**A** (A)+++	**B** (AF)++
Groupe de 2	**A**	**B**	**A**	B	**A**	**B**	**A**	**B**	**A**	**B**	**A**	**B**

F	1 sem	1 sem	7 ans	7 ans	Faible (forte timidité)	Bavarde	(C) (A)	(A)	Relation privilégiée Relation aux autres	Relation privilégiée Relation aux autres	(C)+++ (A)+++	(A)+++
Groupe de 2 G	**A** 2 sem	**B** 2 sem	**A** 9 ans	**B** 9 ans	**A** Réservé e	**B** Chaleureux	**A** (A)	**B** (A F)	**A** Relation privilégiée	**B** Relation privilégiée	**A** (A)++	**B** (AF)+++
Groupe de 2 enfants G	**A** 1 sem	**B** 1 sem	**A** 10 ans	**B** 10 ans	**A** Distant	**B** Distant	**A** (AF)	**B** (C) (A)	**A** Bonne communicati on	Bonne communic ation	**A** (AF)++	**B** (C)+++ (AF)++
Groupe de 2 enfants F	**A** 1 sem	**B** 1 sem	**A** 9 ans	**B** 7 ans	**A** Timide	**B** Réservée chaleureuse	**A** (C) (AF)	**B** (A F)	Relation privilégiée	Relation privilégiée	**A** (C)+++ (AF)+++	**B** (AF)+++

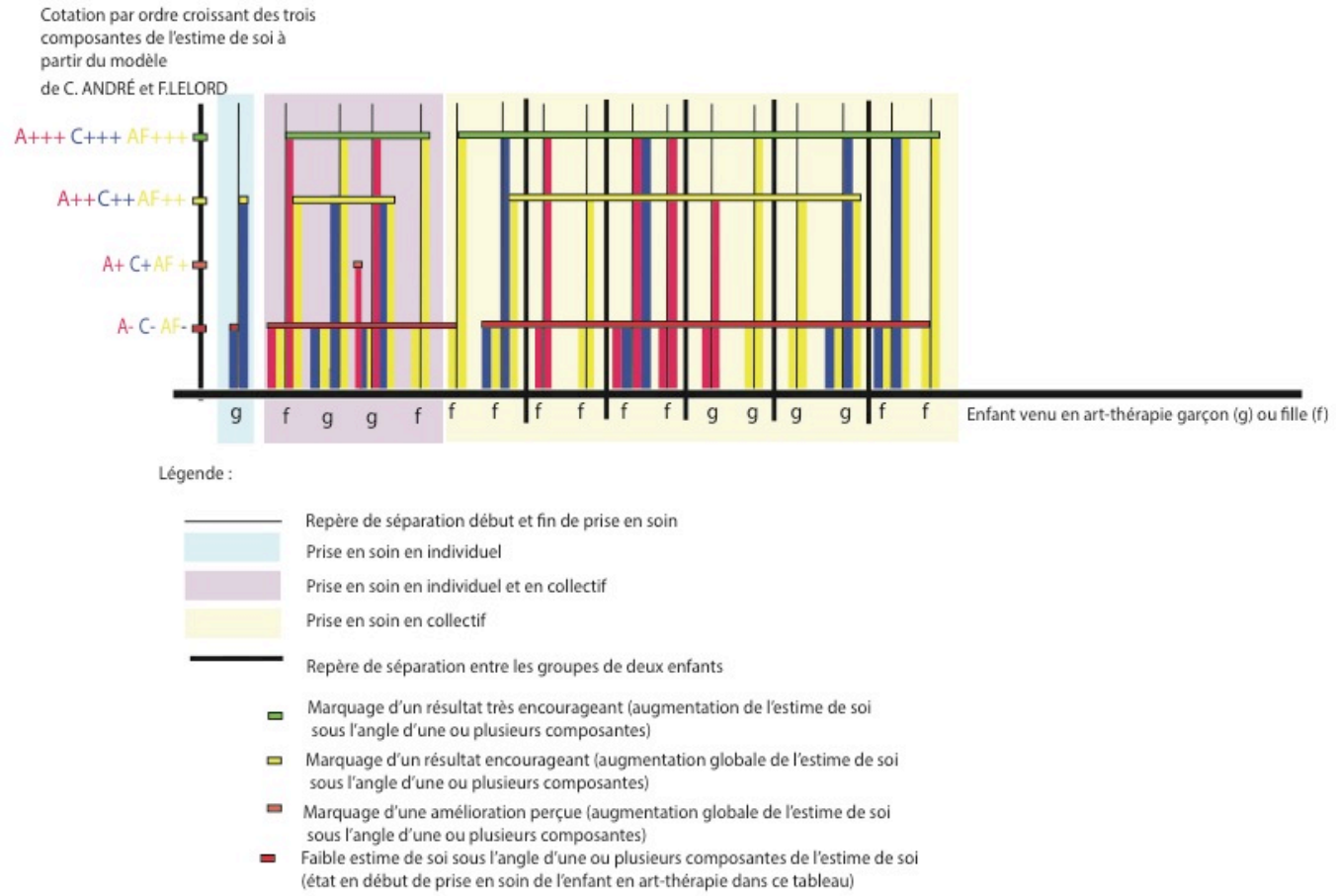
2. Tableau n°4 *(ci-dessous)*: Résultats en cotation à la question posée à l'enfant à la fin de l'accompagnement en art-thérapie : « Est-ce-que ta production artistique te plaît ? »

Echelle de cotation :
Non : -
Un peu : +
Oui : ++
Beaucoup : +++

Enfant venant en groupe ou individuel	Age	Sexe	Réponse à la question : : « Est-ce que ta production artistique te plaît ? Peux-tu m'expliquer ce que tu aimes ?»
Individuel	10	**g**	+++
Individuel et collectif	8	**f**	++
Individuel et collectif	7	**g**	++
Individuel et collectif	7	**f**	+++
Individuel et collectif	8	**f**	+++
Groupe	A 8	B 8 **f**	+++ +++
Groupe	A 8	B 6 **f**	+++ ++
Groupe	A 9	B 9 **g**	++ +++
Groupe	A 10	B 10 **g**	++ ++
Groupe	A 9	B 7 **f**	+++ +++
Groupe	A 9	B 7 **f**	+++ +++

II. Analyse des résultats :

1. Représentation graphique comparative de l'évolution de l'estime de l'enfant en début et en fin de prise en soin, en fonction des types de prise en soin :



2. Synthèse statistique de l'auto-évaluation en fonction du nombre d'enfants par prise en soin :

Résultats en cotation de l'auto-évaluation (voir tableau3)	Nombre d'enfants pris en soin en individuel	Nombre d'enfant pris en soin en individuel et collectif	Nombre d'enfant pris en soin en collectif
	1	4	12
+			1
++		2	3
+++	1	2	8

Ces différents tableaux et graphiques montrent une augmentation nette de l'estime de soi pour les trois types de prises en soin.

En effet, les résultats en cotation ont montré successivement dans chacun des cas, une augmentation de l'estime de soi parallèlement à une amélioration des qualités relationnelles des enfants montrant la corrélation entre ces deux entités. Différentes données : âge, sexe, durée de la prise en soin ont été inclus dans les tableaux de données de départ et de résultats afin de voir s'il pouvait être des facteurs d'influences des résultats. Si les résultats montrent des bénéfices, ils sont aléatoires et l'on n'a pas observé au travers des tableaux des similitudes répétées dans les résultats, permettant de tirer des conclusions objectives entre les trois types d'ateliers. Aussi, la disproportion entre les trois types d'ateliers mis en place rend difficile l'analyse statistique des résultats. Cependant, le dernier tableau fait la synthèse comparative de l'auto-évaluation de l'enfant entre ces différents d'ateliers, et montrent des résultats

meilleurs en pourcentage par rapport au nombre d'enfants dans la prise en soin collective comparés à l'enfant ayant bénéficié des deux types d'atelier.

COMMENTAIRE : *un regard critique sur l'expérience doit s'opérer* :

I. L'atteinte des objectifs thérapeutiques des accompagnements d'art-thérapie en groupe de deux valide l'hypothèse de notre étude.

1. Les résultats semblent valider l'hypothèse de départ

Rappel de l'hypothèse sous-tendue à l'étude : Une prise en soin groupale de deux enfants en art-thérapie, utilisant les techniques de dessin et de peinture, favorise l'amélioration des capacités relationnelles des enfants ainsi que l'estime personnelle de l'enfant.

➔ Les observations des différents tableaux permettent de valider l'hypothèse de départ, l'objectif général d'améliorer la qualité existentielle et d'apporter un mieux-être a été sensiblement atteint, comme le montrent les résultats des différents tableaux. Une interrogation demeure ; Comment peut-on affirmer que le groupe a été un facteur déterminant de la thérapie ?

2. Les résultats sont visibles mais, à inclure avec d'autres facteurs.

Tout d'abord, on ne peut affirmer que la prise en soin groupale de deux enfants a été concluante à elle seule. En effet, la mise en place d'autres éléments extérieurs notamment la musique en fond sonore, a été un facteur de force majeure, participant à créer d'emblée une atmosphère originale, favorisant la naissance d'émotions et pouvant aider l'enfant à s'abstraire du réel (au sens figuré), pour entrer dans son imaginaire, indispensable pour ensuite faire preuve d'imagination, et l'exprimer par l'activité artistique, dessin ou/et peinture. Par conséquent, si l'hypothèse que le groupe de deux enfants a révélé des résultats positifs, précisément dans l'apport de gratifications sensorielles et d'amélioration des qualités relationnelles, il faut prendre du recul et considérer en premier lieu les vertus des supports artistiques déployés, dans un cadre à part, thérapeutique, régi par l'art-thérapeute et le co-thérapeute traducteur. Cette dernière remarque, non pas qu'elle serve à démentir l'hypothèse, apporte un regard critique sur ce qui a été réalisé. Par conséquent, cela implique de reconnaître les différents faits observés afin d'être le plus objectif possible.

Il s'avère cependant, et les résultats en attestent, que nous avons principalement mis en œuvre des ateliers de groupes, destinés à un nombre de deux enfants, révélant en cela les bienfaits apportés par ce choix thérapeutique. En effet, ce type d'atelier conserve une approche privilégiée, presque exclusive, caractéristique de l'atelier individuel, que l'enfant en souffrance affective, consciente ou inconsciente selon son stade de maturité, recherche. Parallèlement à une attention et à une disponibilité entière des thérapeutes, ce type d'atelier a voulu permettre à l'enfant de mettre en œuvre ses capacités relationnelles en toute confiance, à travers un cadre sécurisant, intimiste, renforcé par la douceur ou la fraîcheur qu'apporte à la séance, la musique, s'adaptant aux goûts et envies des enfants. C'est pourquoi, aux termes de ces accompagnements de groupe, on observe des résultats positifs dans l'affirmation des enfants, notamment chez les enfants très timides. Un relâchement des fonctions motrices et une transformation dans l'expression du faciès ont permis de conclure à une amélioration progressive de l'état de l'enfant au sein du groupe. Par ailleurs, pour des enfants, sujets à des comportements de sur-affirmation de leur personne, le groupe de deux enfants a permis d'apprendre à poser un regard sur l'autre, tout en recevant une disponibilité et une attention privilégiée par les thérapeutes.

II. Toutefois, les résultats montrent que le choix d'un atelier individuel plutôt qu'un atelier collectif répond aux difficultés et aux besoins de chaque enfant.

1. Toutefois, les résultats des tableaux ont montré qu'il a fallu parfois s'orienter vers des prises en soin en individuel.

En effet, les résultats ont révélé que le choix d'un atelier individuel plutôt qu'un atelier collectif, même en nombre restreint, dépend de chaque enfant. Certaines prises en charges ont été perturbées par une difficulté majeure d'un des deux enfants à se concentrer. En outre, pour certains enfants trop accaparants dans leur comportement, il a été bénéfique de passer par deux à trois séances en individuel de façon à répondre à la demande d'une attention privilégiée et de pouvoir, de cette façon commencer un accompagnement en art-thérapie et peu à peu viser vers un atelier d'art-thérapie en groupe.

2. Un tableau a été élaboré afin de souligner les avantages et les inconvénients entre le groupe et l'individuel

Atelier d'art-thérapie	Individuel	Groupe de deux enfants
Avantages	• Suivi entièrement personnalisé. • Attention / écoute/ disponibilité exclusive envers l'enfant. • Meilleure connaissance de l'enfant et de son vécu. • Lien privilégié propice au dialogue, à la relation. • Adaptation du déroulement de la séance uniquement en fonction de l'enfant. • Possibilité de cerner les besoins très spécifiques à l'enfant. • Pas de crainte d'être jugé par autrui. • Moins d'éléments perturbateurs, cadre plus propice à l'apaisement. • Analyse clinique optimale des séances.	• Echanges sur les expériences personnelles et sur des difficultés entre enfants. • Soutien y compris émotionnel. • Rupture du sentiment d'isolement. • Convivialité. • Ouverture aux autres. • Communication, regard mutuel sur les productions • Sentiment de valorisation à travers un regard égal à soi-même, extérieur au thérapeute. • Identification à l'autre engendre un élan moteur. • Emulations, interactions. • Stimulation des apprentissages. • Apprentissages expérientiels par « situations problèmes » • Projet artistique collectif dans un but de rassembler

Inconvénients	• Absence de dynamique de groupe. • Absence d'une ouverture sociale • Pas de regard autre que le ou les thérapeutes sur la production artistique	• Enfants trop hétérogènes. • Difficultés à accorder un temps de disponibilité équilibrée. • Inhibition chez certains enfants causée par le groupe. • Sentiment d'exclusion au sein du groupe.

CONCLUSION :

En conclusion, l'hypothèse a révélé, en majorité des résultats positifs. Le double bénéfice d'un apport d'exclusivité et d'une ouverture sociale semble permettre de prolonger les bienfaits de l'atelier d'art-thérapie par une amélioration sensible de l'estime de l'enfant qui est manifeste et s'exerce particulièrement dans le rapport de l'enfant aux autres. En effet, une amélioration des qualités relationnelles de l'enfant a été concluante. Immanquablement, le groupe a présenté des limites. Par conséquent, l'art-thérapeute semble devoir en premier lieu, s'adapter aux difficultés de l'enfant, sans le brusquer. D'autre part, la stratégie art-thérapeutique s'attache davantage à travailler avec la partie saine de la personne, contrairement aux autres professions paramédicales. Par conséquent, l'art-thérapeute, en s'adaptant à l'enfant orphelin, fait naître dans l'esprit de celui-ci, une sorte de considération gratifiante pour ce dernier. A ce jour, aucune étude d'art-thérapie évaluant l'avantage ou non du choix d'une prise en soin en individuel ou en groupe pour des enfants vivant dans un orphelinat, n'a fait l'objet d'une étude rigoureuse. C'est pourquoi, nous ne pouvons comparer ces résultats avec d'autres expériences.

PAGES ANNEXES :

I. Fiche d'observation de la séance d'art-thérapie.
II. Bibliographie et webographie.

I. Fiche d'observation :

FICHE D'OBSERVATION DE LA SEANCE D'ART-THERAPIE

Prénom de l'enfant : ***Séance n° :***
Nom du pédagogue référant : *Date : //*

Ressenti spontané de l'état de bien-être de l'enfant *(juste après la séance)* :

Technique artistique utilisée :
Contenu de la production ; achevée/ non achevée : art 1/ art2
Informations autres à préciser :
Capacité d'attention et concentration : A : faible/ moyenne/bonne // C : faible/ moyenne/ bonne

<table>
<tr><td colspan="3">Grille d'évaluation établie au regard de l'objectif général visé :
Amélioration de la qualité existentielle</td></tr>
<tr><td>Objectif spécifique : Amélioration des qualités relationnelles
Permettre à l'enfant de pouvoir s'exprimer librement, sans crainte d'être jugé et dans le respectant des autres
(Sollicitation des mécanismes relationnels de l'enfant)</td><td>Objectif spécifique : Gratifications sensorielles / Plaisir esthétique (BON)
Permettre à l'enfant de ressentir du plaisir, d'éveiller une sensibilité esthétique
D'éprouver de la satisfaction devant sa production artistique.
(Eveil sensori-moteur et stimulation du plaisir esthétique*)</td><td>Objectif spécifique : Expression entière/ Affirmation de l'enfant (BIEN, BEAU)

Permettre à l'enfant d'affirmer sa sensibilité artistique personnelle et d'affirmer sa satisfaction devant sa production artistique.
(Affirmation de la personnalité de l'enfant)</td></tr>
<tr><td colspan="3">Faisceaux d'items élaborés par rapport aux objectifs thérapeutiques spécifiques</td></tr>
<tr><td>Signes et qualité de l'expression/ la communication/ la relation verbale et gestuelle</td><td>Signes corporels et faciès de gratifications sensorielles pendant et suite à l'activité artistique</td><td>Marques d'autonomie de l'enfant pendant la séance</td></tr>
<tr><td>Au sein du groupe : autre enfant (cas de groupe/ adultes) :
1- absence, fuite de la relation
2- écoute
3- parle sous sollicitation
4- communication
5- relation privilégiée indirecte (présence d'une traductrice)

Avec l'art-thérapeute :
1- absence, fuite de la relation
2- écoute
3- parle sous sollicitation
4- communication verbale/gestuelle/faciès+
5- relation privilégiée indirecte (présence d'une traductrice)

6. Volonté et effort de la part de l'enfant pour mettre en place des stratégies de communication non verbale avec l'art-thérapeute (désir relationnel perçu)
Contenu de ses propos :</td><td>Pendant l'activité artistique :

1. Expressions non perçues
2. Crispation pas de symptome positif au niveau du faciès.
3. Faciès détendu, posture relâchée.
4. Sourires accompagnés de regards communicatifs.
5. Motricité dynamique et visage à l'expression positive => émotion forte

Plaisir esthétique de l'enfant devant à sa production artistique fin de séance :(item ressenti) :
1. Semble indifférent
2. Semble insatisfait
3. Semble satisfait (sourire, regard intense)
4. Jubile (sourire, regard, dynamique+++)</td><td>Attitude de l'enfant :
1. Timide, pratique sous sollicitation
2. Hésitante, besoin régulier d'approbation
3. À l'aise dans ce qu'il produit
4. Entreprenant, prend des initiatives.
5. Audacieux, se projette pour la prochaine séance.

Capacité à avoir un avis critique et le communiquer :
1. Indécis
2. Recherche de soutien ou d'approbation d'autrui
3. Capable de s'exprimer sur sa production, sur autre sujet, sur la musique…
4. Capable de s'exprimer spontanément sur sa production sans jugement.

Auto évaluation : « Est ce que ça te plait ? » (item interprété)
1. Dévalorisation
2. Indifférence
3. Autosatisfaction
4. Fierté

Qualité du moment : item interprété :

De 1 à 5</td></tr>
</table>

Evaluation par l'Opération Artistique : Identification des sites d'action (S) et des cibles thérapeutiques (C) :
En début d'activité artistique : = 1 === 2 === 3 === 4 === 5 === 6 === 7 === 8==
En fin d'activité artistique : = 1 === 2 === 3 === 4 === 5 === 6 === 7 === 8==
Objectif thérapeutique autre révélé pendant la séance :

BILAN de la séance **:** (Limites atteintes et modifications à apporter) :

PROJECTION dans la stratégie thérapeutique

II. Bibliographie et webographie :

ANDRE, Christophe et LELORD, François, *L'estime de soi*, *S'aimer pour mieux vivre avec les autres,* Etude, Ed. Odile jacob, 2008
CYRULNIK, Boris, *Mourir de dire, la honte,* Ed. Odile Jacob, 2010
CYRULNIK, Boris, réd. en chef, *SciencePsy*, nov. 2014, magasine trimestrielle, n°1 « Comment fonctionnent nos émotions ? ».
FORESTIER, A/B/ R., *Regard sur l'Art, approche épistémologique de l'activité artistique*, Texte de la conférence – Sorbonne – Paris, novembre 2005, Ed. See you Soon, 2006
FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur l'Art occidental,* Ed. Favre, Lausanne, 2004
FORESTIER, Richard, *Tout savoir sur l'Art-thérapie,* 6ème édition, Ed. Favre, Lausanne, 2007
LEFEVRE, Cédric, mémoire d'art-thérapie : « Évaluation de l'impact de l'Art-thérapie à dominante arts-plastiques sur l'estime de soi auprès de personnes en situation de précarité et d'exclusion sociale ».
RAMACHADRAN, V, Le cerveau cet artiste, Ed. Eyrolles, 2005
ROYER, Jacqueline, *La personnalité de l'enfant à travers le dessin du bonhomme*, Ed. Editest, Bruxelles, 1977
VASSEUR, R, DELION, P., *Périodes sensibles dans le développement psychomoteur de l'enfant de 0 à 3 ans,* Ed. Ères, 2010
WALLON, Henri, *L'évolution psychologique de l'enfant,* Ed. Armand Colin, 2002
WALLON, Philippe, *Le dessin d'enfant,* Ed. PUF, 2012

http://www.fmed.ulaval.ca/pediatrie/fileadmin/docs/serveur_pediatrie/Etudiants/Notes_de_cours/La_theorie_de_l_attachement.pdf
http://www.unicef.fr/
http://www.sante.gouv.fr/
http://www.ald.lu/fr/articles/generalites/education-therapeutique-de-groupe-ou-en-individuel-que-choisir/
http://www.academie-sciences.fr/academie/membre/Rizzolatti_Giacomo.htm
http://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifsi/cours/cours-soins-infirmiers-virginia-henderson.html.

UNIVERSITE FRANÇOIS RABELAIS
U.F.R DE MEDECINE – TOURS

Les bienfaits thérapeutiques apportés par une prise en soin d'art-thérapie en groupe de deux pour des enfants orphelins

Résumé : Cet article scientifique est une recherche en art-thérapie. Il met en évidence l'importance de réfléchir à la question du groupe ou de l'individuel à choisir, pour un accompagnement en art-thérapie dans le but ultime d'améliorer la qualité existentielle de l'enfant. Cette étude a été élaborée à partir d'une expérience d'art-thérapie dans un orphelinat en Roumanie pendant une durée de trois mois auprès d'enfant âgée en moyenne de huit ans.

Mots clés : art-thérapie, orphelins, carence affective, estime de soi, qualité existentielle, atelier, groupe, individuel

The therapeutic benefits provided by a care decision art therapy in pairs for orphans

Abstract : This article is a scientific research in art therapy. It highlights the importance of thinking about the issue group or individual to choose for coaching in art therapy with the ultimate aim of improving the existential quality of the child. This study was developed from an art therapy experience in an orphanage in Romania for a period of three months with an average age child of eight.

Keywords: art therapy, orphans, emotional deprivation, self-esteem, existential, workshop, group, single

Maÿlis de LAFORCADE

Année 2015