

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

IMPACTS DU CONTE DANS LA RÉTROACTION D'UNE ÉVALUATION COLLABORATIVE
THÉRAPEUTIQUE À L'ENFANT : ÉTAT DES LIEUX ET ILLUSTRATIONS CLINIQUES

ESSAI

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR

ALEXANDRA ROUILLARD

OCTOBRE 2024

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cet essai doctoral se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.12-2023). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Je souhaite exprimer ma profonde gratitude envers mon conjoint, mes enfants, mes parents, ma sœur et l'ensemble de ma famille, ainsi que mes amis qui m'ont tous remarquablement encouragée dans ma quête de poursuivre des études avancées. Leur soutien a été une source de force inestimable alors que je cherchais à approfondir ma compréhension de l'âme humaine, des défis uniques de chaque individu et des moyens de les dépasser.

Je tiens à remercier le professeur J. Éric Dubé, mon directeur de recherche, pour son expertise, sa guidance et son soutien, qui m'ont été essentiels dans ce champ de discipline pendant près de sept années. Je lui suis reconnaissante pour ses conseils à chaque étape de ce parcours, qui ont grandement contribué à l'accomplissement de mon essai. Je souhaite également à exprimer ma reconnaissance envers les membres du jury, les professeurs Marie-Alexia Allard et Miguel M. Terradas, pour leurs recommandations avisées qui ont enrichi mon travail. J'aimerais, par ailleurs, souligner le privilège que j'ai eu de bénéficier de l'amitié de mes coéquipiers, Caroline, Gabrielle, Catherine et Horia, au sein de mon équipe de recherche, ainsi que de Chloé. Des doctorants déjà remplis de sagesse, de savoir et d'expérience en début de carrière. Je les remercie de tout cœur pour leur esprit d'équipe et pour avoir rendu ces années si agréables en leur compagnie. Je nous souhaite de conserver cette précieuse collaboration au fil des années.

Ma reconnaissance va également à un homme bienveillant, original et créatif, que j'ai eu la chance de connaître au début de mon parcours doctoral, qui m'a touchée par son histoire et m'a fait découvrir la place fondamentale du jeu et de l'imaginaire, éveillant en moi un véritable intérêt pour la « magie » des contes. Je parle ici de Monsieur Gérald Lajoie, psychologue et auteur de la collection *Contes de résilience*, une source d'inspiration précieuse dans la construction de mon propre coffre à outils pour accompagner les petits comme les grands dans leur propre cheminement.

À tous ceux qui ont contribué à l'utilisation du conte pour ses possibilités thérapeutiques et qui intègrent l'art du jeu et de l'imagination dans leurs pratiques pour favoriser le développement affectif sain des enfants, je vous adresse un hommage. Un grand merci à chacun de vous!

DÉDICACE

Mes chers enfants, vous êtes ma plus belle histoire d'amour!

Tout au long de ce dessein,
vous avez été dans mes pensées et mon cœur à chaque instant,
ainsi que la flamme qui a animé mon inspiration.
Souvenez-vous toujours que la vie est une aventure merveilleuse
offrant deux mondes à explorer.

Quand les contraintes du monde réel semblent entraver la réalisation de vos rêves,
l'univers de l'imagination vous offre la liberté de franchir les frontières de l'impossible
et de revenir à la vie réelle en toute quiétude.

Créez votre propre histoire en naviguant entre ces deux mondes,
et saisissez chaque instant comme une opportunité
d'apprendre, de découvrir, de vous amuser et de vous réaliser pleinement.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	ii
DÉDICACE	iii
LISTE DES FIGURES.....	vii
LISTE DES TABLEAUX.....	viii
RÉSUMÉ.....	ix
ABSTRACT.....	x
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 L'ÉVALUATION COLLABORATIVE ET/OU THÉRAPEUTIQUE DE L'ENFANT	6
1.1 Pour situer l'évaluation psychologique collaborative/thérapeutique de l'enfant.....	6
1.1.1 L'évaluation psychologique traditionnelle	6
1.1.2 Les évaluations collaboratives et/ou thérapeutiques.....	7
1.2 Les étapes du processus d'Évaluation Thérapeutique de l'enfant (É.T.-E.).....	8
1.2.1 Étape 1 : séances initiales.....	8
1.2.2 Étape 2 : séances d'évaluation et d'observation de l'enfant par les parents.....	9
1.2.3 Étape 3 : séances d'interventions familiales	9
1.2.4 Étape 4 : séance de restitution des résultats aux parents	10
1.2.5 Étape 5 : séance de rétroaction faite à l'enfant par un conte	10
1.2.6 Étape 6 : séance de relance	11
1.3 Considérations éthiques et contre-indications à l'évaluation collaborative/thérapeutique de l'enfant.....	11
1.4 Principes communs et distincts en évaluation collaborative et/ou thérapeutique selon l'orientation théorique	12
1.5 Les recherches sur l'efficacité des évaluations collaboratives et/ou thérapeutiques pour enfant	16
1.5.1 Efficacité du processus général	16
1.5.2 Études de cas	17
1.5.3 Études quantitatives ou mixtes portant sur plusieurs enfants.....	19
1.5.4 Études quantitatives et mixtes de cas uniques s'appuyant sur les séries temporelles	21
CHAPITRE 2 LE CONTE EN INTERVENTION INFANTILE	24
2.1 Le conte : généralités	24
2.2 Le conte dans le cadre d'un psychodiagnostic.....	26
2.3 Le conte dans le cadre d'une intervention thérapeutique	31
2.3.1 Utilisation des contes populaires ou traditionnels	33

2.3.2	Utilisation de l'approche narrative de la « <i>Mutual Storytelling Technique</i> »	37
2.3.3	Utilisation de contes thérapeutiques	37
2.3.4	Création individuelle d'un récit merveilleux	39
2.3.5	Utilisation de contes taillés sur mesure	39
2.4	Utilisation du conte dans la rétroaction d'une évaluation collaborative et/ou thérapeutique	41
2.5	Conclusion des travaux sur l'utilisation du conte	43
CHAPITRE 3 LES REPRÉSENTATIONS MENTALES DE SOI, DES AUTRES ET DES AFFECTS		45
3.1	Le développement du moi et son lien avec l'adaptation à la réalité	45
3.2	Concept de représentations mentales de soi, des autres et des affects et mode de construction	46
3.3	Évolution des représentations mentales de soi, des autres et des affects	48
3.4	Objectif, question et hypothèses de recherche	50
CHAPITRE 4 MÉTHODE		52
4.1	Source des cas retenus pour l'essai.....	52
4.1.1	Archive.....	52
4.1.2	Procédure de recrutement et critères d'inclusion et d'exclusion pour la collecte globale	53
4.2	Sélection des cas retenus pour l'essai	54
4.3	Cliniciennes et auxiliaires de recherche impliquées dans les cas sélectionnés	54
4.4	Profils des participants retenus	55
4.4.1	Tristan.....	55
4.4.2	Amy	56
4.5	Déroulement des évaluations collaboratives et identification des phases d'intérêt.....	56
4.6	Instrument de mesure et calculs des scores des données quotidiennes	59
4.6.1	Traitement des données manquantes	60
4.7	Stratégie d'analyse des données des séries chronologiques.....	60
CHAPITRE 5 RÉSULTATS.....		62
5.1	Analyses préliminaires.....	62
5.1.1	Autocorrélation.....	62
5.1.2	Statistiques descriptives et analyse visuelle des courbes	62
5.2	Évolution des représentations au fil du processus d'évaluation collaborative/thérapeutique de l'enfant : résultats des séries chronologiques.....	63
5.2.1	Échelle globale	64
5.2.1.1	Amy	64
5.2.1.2	Tristan.....	64
5.2.2	Sous-échelle de l'image de soi.....	66
5.2.2.1	Amy	66
5.2.2.2	Tristan.....	66

5.2.3	Sous-échelle de la représentation que se fait l'enfant de ses parents	67
5.2.3.1	Amy	67
5.2.3.2	Tristan.....	68
5.2.4	Sous-échelle des affects	68
5.2.4.1	Amy	68
5.2.4.2	Tristan.....	69
CHAPITRE 6 DISCUSSION		70
6.1	Retour sur les résultats et hypothèses d'interprétation de ceux-ci	71
6.1.1	Changements aux moyennes et pentes des scores	71
6.1.2	Réduction de la dispersion des scores	73
6.1.3	Autres phénomènes d'intérêt	73
6.2	Synthèse des résultats en regard des hypothèses initiales de l'étude.....	75
6.3	Limites de l'étude et suggestions pour les recherches futures	76
CONCLUSION		79
RÉFÉRENCES		80

LISTE DES FIGURES

Figure 5.1 Évolution des scores d’Amy - Échelle globale des représentations mentales	64
Figure 5.2 Évolution des scores de Tristan - Échelle globale des représentations mentales.....	65
Figure 5.3 Évolution des scores d’Amy - Sous-échelle liée à la représentation mentale de soi	66
Figure 5.4 Évolution des scores de Tristan - Sous-échelle liée à la représentation mentale de soi	67
Figure 5.5 Évolution des scores d’Amy - Sous-échelle liée aux représentations mentales des parents	67
Figure 5.6 Évolution des scores de Tristan - Sous-échelle liée aux représentations mentales des parents	68
Figure 5.7 Évolution des scores d’Amy - Sous-échelle liée aux représentations mentales des affects	69
Figure 5.8 Évolution des scores de Tristan - Sous-échelle liée aux représentations mentales des affects	69

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 4.1	Séquence des rencontres d'un processus prototypique d'évaluation collaborative/thérapeutique de l'enfant et identification des phases de l'étude.....	58
Tableau 4.2	Énoncés du questionnaire quotidien rempli par l'enfant et sous-échelles associées.....	59
Tableau 5.1	Moyennes et écarts-types aux mesures quotidiennes des représentations mentales à chaque phase du processus pour chacun des deux enfants.....	63

RÉSUMÉ

Le nombre croissant d'enfants confrontés à des problèmes de santé mentale constitue une préoccupation majeure dans les sociétés occidentales contemporaines. Les délais ou l'absence de soins psychologiques concourent à accentuer la détresse des enfants et de leurs parents affectés par cette réalité. Au cours des trois dernières décennies, le conte s'est révélé être un outil thérapeutique efficace dans le cadre d'un bilan d'évaluation dite *collaborative et/ou thérapeutique* à l'enfant, en présence de difficultés émotionnelles et comportementales. Cependant, malgré ces effets prometteurs, nous avons constaté que le potentiel thérapeutique du conte, en tant que moyen ludique de rétroaction à l'enfant, n'avait pas reçu l'attention nécessaire de la part des chercheurs. Afin de promouvoir la valeur ajoutée de cette approche, nous avons mené une étude rigoureuse visant à explorer si le bilan d'une évaluation collaborative/thérapeutique, présenté sous la forme d'un conte à un enfant, pouvait entraîner des modifications significatives dans les mesures quotidiennes de trois variables ayant une incidence positive sur diverses affections pathologiques. Ces variables comprennent les représentations mentales de soi-même, des autres, ainsi que des affects. Pour répondre à cette question, les données portant sur les enfants de deux familles (l'une comptant un enfant de 9 ans, l'autre un enfant de 7 ans) ont été tirées d'une archive de processus d'évaluation collaborative/thérapeutique de l'enfant conduits dans la grande région de Montréal dans le cadre d'un projet de recherche plus vaste portant sur cette modalité d'évaluation. Dans les deux cas, les parents avaient consenti pour eux et leur enfant à prendre part volontairement au processus d'évaluation de leur enfant et à ce que les rencontres soient enregistrées à des fins de recherche. Ils avaient complété l'ensemble des six étapes d'une évaluation collaborative/thérapeutique de l'enfant (É.C./T.-E.). Les variables à l'étude ont été mesurées à l'aide de six questions tirées du questionnaire Kidscreen-52. Un plan de recherche à séries temporelles à cas unique a été déployé pour évaluer l'impact de l'évaluation entre des phases préétablies du processus.

Dans un cas, les analyses ont révélé la présence de changements significatifs et positifs, notamment à la suite de la présentation du bilan-conte, dans les mesures associées à l'image de soi, aux affects et à l'indice global, laissant entrevoir un pronostic favorable chez ce sujet, sur le plan émotionnel et sur celui de sa santé mentale à la fin du processus. En revanche, dans le second cas, l'analyse des données n'a offert aucune différences statistiquement significatives. Il convient donc d'adopter une approche prudente lors de l'interprétation des résultats. Cependant, il est important de concevoir que chaque série chronologique est une étude de cas individuelle, alliant analyses statistiques et approche idiographique; ainsi l'absence de résultats significatifs dans un cas ne discrédite pas les conclusions dans l'autre cas. Un autre phénomène intéressant et insoupçonné a par ailleurs été observé chez nos deux sujets, à savoir la réduction en fin de processus de la variabilité de certaines de leurs réponses liées aux trois variables dépendantes, ce qui suggère une nature plus stable de leurs représentations mentales de soi et des autres (notamment de leurs parents), un état généralement recherché dans le cadre d'une psychothérapie. Cette étude permet de mieux préciser ce qui contribuerait potentiellement à l'efficacité d'une évaluation collaborative/thérapeutique de l'enfant, dont de présenter les résultats sous la forme d'un conte personnalisé lors du bilan fait à l'enfant. L'étude ouvre des perspectives pour des investigations futures sur l'impact du bilan-conte auprès de diverses clientèles et problématiques et invite à explorer son efficacité à long terme auprès des enfants.

Mots clés: évaluation collaborative thérapeutique, enfant, rétroaction, conte, représentations mentales

ABSTRACT

The increasing number of children facing mental health issues is a major concern in contemporary Western societies. Delays or lack of psychological care contribute to exacerbating the distress of children and their parents affected by this reality. Over the past three decades, storytelling has emerged as an effective therapeutic tool in the context of feedback on the results of a *collaborative and/or therapeutic child assessment*, especially for children experiencing emotional and behavioral difficulties. However, despite these promising effects, we have observed that the therapeutic potential of storytelling as a playful means of providing feedback to the child, had not received the necessary attention from researchers. In order to promote the added value of this approach, we conducted a rigorous study to explore if the outcome of “collaborative/therapeutic assessment” presented in the form of a story to a child, could lead to significant changes in the daily measurements of three variables with a positive impact on various pathological conditions. These variables include the representations of oneself, of others and as well as affects. To answer this question, data concerning children from two families (one with a 9-year-old child and the other with a 7-year-old child) were drawn from an archive of collaborative/therapeutic assessment processes conducted in the Greater Montreal area as part of a broader research project on this assessment modality. In both cases, the parents had consented for themselves and their child to voluntarily participate in the assessment process and to have the meetings recorded for research purposes. They had completed all six stages of a collaborative/therapeutic assessment of the child (C/TA-C). The variables under study were measured using six questions from the Kidscreen-52 questionnaire. A single-case time series research design was implemented to evaluate the impact of the assessment between predetermined phases of the process.

In one case, the analyses revealed the presence of significant and positive changes, particularly following the presentation of the storytelling feedback, in the measures associated with self-image, affects, and the overall index, suggesting a favorable prognosis for this individual, both emotionally and in terms of mental health at the end of the process. In contrast, in the second case, the data analysis did not show any statistically significant differences. Therefore, it is important to adopt a cautious approach when interpreting the results. However, it is essential to understand that each time series is an individual case study, combining statistical analyses and an idiographic approach; thus, the absence of significant results in one case does not discredit the conclusions in the other case. Another interesting and unexpected phenomenon was observed in both subjects, namely the reduction at the end of the process in the variability of some of their responses related to the three dependent variables, suggesting a more stable nature of their mental representations of themselves and others (particularly their parents), a state generally sought in the context of psychotherapy. This study helps to better specify what could potentially contribute to the effectiveness of a collaborative/therapeutic assessment of the child, including presenting the results in the form of a personalized story during the assessment conducted with the child. The study opens up perspectives for future investigations on the impact of the story assessment with various clientele and issues and invites exploration of its long-term effectiveness with children.

Keywords: collaborative/therapeutic assessment, child, feedback, storytelling, mental representations

INTRODUCTION

Cet essai doctoral porte sur les impacts de l'utilisation d'un bilan-conte, à l'étape de la rétroaction des résultats, lors d'une évaluation collaborative/thérapeutique de l'enfant (É.C./T.-E.), sur trois variables relatives aux représentations mentales de l'enfant, à savoir : les représentations de soi, des autres et des affects. L'introduction expose d'abord la problématique de notre étude. Le Chapitre 1 qui la suit aborde le contexte théorique touchant à l'évaluation psychologique de l'enfant et décrit en particulier le processus d'une É.C./T.-E. ainsi que ses composantes. Le Chapitre 2 contextualise l'utilisation du conte dans trois domaines spécifiques d'intervention en psychologie, notamment dans la rétroaction des résultats d'évaluation. Le Chapitre 3 situe le choix des trois variables dépendantes liées aux représentations mentales, ainsi que les objectifs de recherche. Par la suite, le Chapitre 4 présente brièvement la méthodologie utilisée dans le cadre de cette étude. Le Chapitre 5 est consacré à la présentation des résultats, suivi de la discussion au Chapitre 6 et enfin et en dernier lieu, de la conclusion.

* * *

Au cours de la dernière décennie, une augmentation significative des demandes de consultation en santé mentale au sein de la population infantile a été constatée. À titre de référence, entre 2008 et 2019, les visites aux urgences liées à des problèmes de santé mentale chez les jeunes ont augmenté de 61 % (Association canadienne pour la santé mentale, 2021). En 2019, les mesures de restriction de l'activité physique, le manque de soutien social et l'exposition accrue aux réseaux sociaux dus à la pandémie de la COVID-19 ont entraîné une augmentation de 25 % des affections rattachées à la dépression et l'anxiété chez les jeunes, avec 14 % des adolescents, dans le monde, estimés atteints d'un trouble mental (Organisation mondiale de la santé [OMS], 2022). En 2023, l'Institut canadien d'information sur la santé a répertorié qu'environ 20 % des jeunes au Canada, soit 1,2 million de personnes, étaient touchées par un trouble de santé mentale attribuable à l'intensification de l'anxiété, d'un sentiment de solitude et au manque de soins requis (Institut canadien d'information sur la santé [ICIS], 2023). De nombreux problèmes de santé mentale peuvent être soignés de façon à améliorer le mieux-être des personnes affectées, grâce à l'intervention de professionnel (Agence de la santé publique du Canada, 2017), pourtant la prévalence de trouble de dépression majeure et d'anxiété chez les jeunes d'aujourd'hui est plus élevée que chez les générations précédentes (Stephenson, 2023).

Malgré ces chiffres alarmants, les jeunes rencontrent toujours des difficultés persistantes à recevoir les soins psychologiques nécessaires, même lorsqu'ils sont en état de crise depuis des mois (ICIS, 2023). Avant l'avènement de la pandémie de COVID-19, l'OMS (2022) déclarait que le pourcentage de personne recevant un traitement approprié minimal pour la dépression variait de 23 % dans les nations à revenu élevé à 3 % dans celles à revenu faible ou intermédiaire inférieur. Selon Arruda et ses collaborateurs (2023), la Commission de la santé mentale du Canada a estimé, en 2023, que moins de 20 % des 1,2 million de jeunes canadiens souffrant de problèmes émotionnels et comportementaux dont le fonctionnement et le développement étaient affectés pouvaient envisager de bénéficier d'un traitement adéquat. Divers obstacles semblent entraver l'accès des jeunes aux services de santé mentale, notamment la crainte du jugement, les croyances culturelles, la barrière linguistique et le manque de connaissance des troubles mentaux (Ourhou et coll., 2023). Il demeure que l'offre actuelle en santé mentale ne suffit pas à répondre efficacement à la demande croissante de soins en psychologie, notamment pour les jeunes (Stephenson, 2023).

Cette absence de soins concourt à accentuer la détresse vécue par l'enfant affecté et les membres de son entourage. L'accès aux soins de santé mentale est essentiel pour prévenir la dégradation de la santé des jeunes (Ourhou et coll., 2023). En effet, lorsque la détresse psychologique des jeunes n'est pas traitée, elle tend à devenir plus sévère, récurrente et chronique (Lapalme et coll., 2018), pouvant entraîner d'autres difficultés telles que l'isolement, les abus de substances, le décrochage scolaire et le suicide (OMS, 2021). Il est donc crucial de transformer les offres de soins en trouvant des approches efficaces en santé mentale pour répondre rapidement et adéquatement aux besoins des jeunes affectés par ces problèmes, tout en soutenant les parents.

Ce contexte général a motivé notre recherche approfondie sur les bienfaits des nouvelles approches d'évaluation en psychologie dites « collaboratives », en raison de leur potentiel thérapeutique à très court terme. Au cours des trois dernières décennies, certains praticiens (voir Finn, 2016) ont en effet repensé l'évaluation psychologique traditionnelle pour en faire une activité plus collaborative avec les patients, permettant ainsi de renforcer l'alliance thérapeutique et la connaissance de soi et de favoriser l'amorce de changements significatifs et positifs, et ce, dans le cas de la clinique infantile, dès la prise en charge de l'enfant (dont grâce à l'accompagnement de ses parents en parallèle).

Sur divers continents, un large éventail de contributeurs a participé à cette évolution vers des approches plus collaboratives et thérapeutiques. Finn (2016) souligne qu'en Amérique du Nord, des praticiens tels que Connie Fisher, Leonard Handler et Caroline Purves ont explicitement reconnu les effets thérapeutiques de leurs pratiques d'évaluation et ont développé leurs propres approches afin de rendre le processus plus humain et curatif pour leurs clients. Différents modèles d'évaluation dits « collaboratifs et thérapeutiques » ont ainsi été élaborés afin d'offrir à une clientèle variée une expérience adaptée aux besoins respectifs de chacun (Finn, 2016; Frackowiak et coll., 2015). Ces avancées ont eu un impact sur les pratiques en matière d'évaluation psychologique chez les enfants, donnant naissance à des modèles tel celui de l'Évaluation Thérapeutique de l'enfant (É.T.-E.) (voir par exemple, Tharinger et coll., 2007, 2008a, 2008b, 2008c).

Une étude récente menée par Dorceus et ses collaborateurs (2023) au Canada met en lumière l'intérêt croissant de nombreux professionnels, en particulier de la nouvelle génération, pour les approches collaboratives en raison de leurs bienfaits thérapeutiques comparativement à ceux d'une évaluation traditionnelle. Cependant, les résultats indiquent que les psychologues travaillant avec des enfants ont tendance à privilégier l'approche traditionnelle d'évaluation (Dorceus et coll., 2023). Cette constatation étonne, car elle semble en décalage avec des travaux antérieurs (Brodard et coll., 2019; Chudzik et coll., 2019; Dubé et Noël, 2015; Tharinger et coll.; 2009; Tharinger et Pilgrim, 2012) soulignant l'impact positif de l'implication des parents dans un processus d'évaluation collaboratif et des rétroactions fournies tout au long du processus, notamment à travers un bilan-conte.

Selon nous, le recours à une évaluation collaborative/thérapeutique de l'enfant (É.C./T.-E.) prend tout son sens pour les familles vivant de la détresse sur le plan psychologique. Cette approche offre l'avantage d'amorcer un travail thérapeutique dès le début de l'évaluation psychologique, une période où chacun se trouve généralement dépourvu de soutien, réduisant ainsi le risque de détérioration de la santé mentale de l'enfant et de membres de la famille. De plus, elle présente le potentiel de procurer un soulagement partiel, voire complet, des symptômes de l'enfant avant la mise en place d'un traitement. Dans ce type d'évaluation, les parents développent une curiosité à propos de leur enfant et les informations recueillies contribuent à mieux comprendre la source de ses difficultés, incitant au changement. Lorsque cette évaluation n'est pas suffisante pour régler l'ensemble de la problématique, elle a l'avantage de faire découvrir à l'enfant et à ses proches les bienfaits de l'analyse de soi et de la dynamique familiale, ce qui aide, par la suite, l'adhésion à d'autres modalités de traitement (Finn, 2016). L'engagement des

évaluateurs à établir et à entretenir une connexion empathique avec leurs clients favorise la co-construction de nouvelles conceptualisations de leur expérience chez ces derniers, ce qui les motive à avancer vers les prochaines étapes de leur processus de croissance (Finn et Tonsager, 1997).

Dans le cadre de cette recherche, nous avons choisi de nous focaliser sur l'étude de l'impact d'un modèle d'É.C./T.-E., s'inscrivant dans la tradition psychodynamique de l'évaluation et de la psychothérapie de l'enfant, que développent depuis quelques années à l'Université du Québec à Montréal les professeurs J. Éric Dubé et Raphaële Noël. Ce modèle partage de grandes similitudes avec celui de l'Évaluation Thérapeutique de l'enfant (É.T.-E.) de Tharinger et ses collaborateurs (2007, 2008a, 2008b, 2008c, 2009), mais il compte deux différences majeures. D'abord, tout comme dans le cas de l'É.T.-E., ce modèle reconnaît la place qu'occupe le changement chez les parents dans le changement chez leur enfant. Cependant, à la différence de Tharinger et ses collaborateurs, qui font des parents la cible principale de l'intervention dans leur modèle parce qu'ils postulent que les changements chez les parents sont plus à même d'entraîner des effets indirects chez l'enfant, Dubé et Noël conçoivent plutôt que ces changements chez les parents pourraient inhiber ou amplifier les changements directs et indépendants (ex. suite au bilan-conte) chez l'enfant lui-même dans l'empan offert par son degré de développement affectif et relationnel. D'autre part, au plan méthodologique, Dubé et Noël (2014) considèrent l'enfant en mesure de fournir des informations utiles quant à son état et à sa perception de son monde interpersonnel. C'est pourquoi, comme nous le verrons plus loin, nous privilégierons, dans l'étude présentée dans cet essai, des mesures obtenues directement auprès de l'enfant sur le plan intrapsychique (représentations mentales), là où Tharinger et ses collaborateurs s'en tiennent généralement plutôt à faire des parents les informateurs sur les changements (surtout au plan des comportements) chez l'enfant.

Notre intérêt dans cette étude résidait donc en partie dans l'apport de certains éléments de réponse en ce qui a trait au questionnement théorico-clinique portant sur les effets directs chez l'enfant de l'évaluation collaborative/thérapeutique en tentant d'isoler autant que possible les indices de changements induits directement chez l'enfant et offerts plus particulièrement par l'utilisation du bilan-conte comme mécanisme d'action thérapeutique. De manière cohérente avec la théorie psychodynamique du changement qui soutient que notre perception de nous-mêmes et de nos relations significatives aux autres influence notre adaptation à nos mondes interne et externe et donc notre degré de détresse ou de bien-être psychologique, nous avons ainsi choisi de nous pencher sur des indices de changement en regard du monde interne de l'enfant et plus spécifiquement de ses représentations

mentales de soi, des autres et de ses affects. Il est important de le souligner qu'à ce jour, aucune recherche n'avait encore exploré les modifications induites par un bilan-conte sur les représentations mentales de l'enfant.

Nous souhaitons ainsi démontrer que l'information obtenue de l'enfant et de ses parents, en un laps de temps relativement court (entre cinq à six séances d'évaluation et d'intervention brève), peut servir avantageusement à dégager un narratif assimilable des difficultés de l'enfant et de la famille permettant ensuite de construire une rétroaction sous la forme d'un conte. De plus, nous souhaitons vérifier qu'un tel conte peut aider l'enfant à modifier favorablement ses perceptions de soi et d'autrui, à la source de ses affects et comportements problématiques. Le tout constituerait certainement un « retour sur l'investissement » fructueux pour beaucoup de familles.

Comme nous venons d'y faire allusion, nos prémisses concernant le mécanisme d'action de l'É.T./C.-E. soutiennent que l'élaboration de nouvelles représentations mentales de soi et d'autrui contribuerait à l'émergence d'affects et de comportements plus adaptés améliorant ainsi l'état de santé psychologique de l'enfant et la dynamique familiale (Dubé et Noël, 2015). La section suivante présente le contexte théorique rattaché au concept d'une évaluation psychologique dite collaborative/thérapeutique de l'enfant, permettant une compréhension plus approfondie de ses composantes et de ses effets thérapeutiques.

CHAPITRE 1

L'ÉVALUATION COLLABORATIVE ET/OU THÉRAPEUTIQUE DE L'ENFANT

Ce premier chapitre vise à mettre en lumière les différences fondamentales les plus marquées entre deux approches distinctes de l'évaluation psychologique destinées à une population infantile : celle dite « traditionnelle » d'une part, et celle communément désignée comme « collaborative et/ou thérapeutique » d'autre part. Par la suite, nous exposons les étapes du modèle d'Évaluation Thérapeutique de l'enfant (É.T.-E.) de Finn (2016) et Tharinger et ses collaborateurs (2007, 2008a, 2008b, 2008c, 2009), étapes qui sont reprises pour l'essentiel dans le modèle d'évaluation collaborative/thérapeutique de l'enfant (É.C./T.-E.) à l'étude. Enfin, nous présentons des résultats de recherches qui ont été réalisées pour démontrer l'efficacité de l'É.T.-E. et, par extension, des approches collaboratives de l'évaluation. Ces études fournissent des données tangibles quant aux avantages et améliorations enregistrées dans le contexte de ces approches novatrices de l'évaluation psychologique de l'enfant, renforçant ainsi leur légitimité et leur pertinence dans le domaine de la psychologie.

1.1 Pour situer l'évaluation psychologique collaborative/thérapeutique de l'enfant

1.1.1 L'évaluation psychologique traditionnelle

Les modèles d'évaluation traditionnels impliquent généralement les parents et les membres de la famille lors d'une ou deux rencontres au début du processus. Parmi ces modèles, nous retrouvons, par exemple, l'approche psychopathologique qui se concentre davantage sur les symptômes observables (Finn, 2016) et s'appuie souvent sur le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* publié par l'American Psychiatric Association (2015) pour poser un diagnostic. Par contraste, l'approche psychodynamique porte une attention particulière à l'anamnèse, à la demande de consultation latente par rapport à la demande manifeste, ainsi qu'à l'investigation des représentations parentales concernant la problématique de l'enfant. Ces éléments sont cruciaux pour explorer le sens caché (inconscient) des symptômes de l'enfant et pour élaborer une compréhension théorique et clinique de la situation de l'enfant (Passone et Guignard, 2014).

Cependant, dans ces deux approches traditionnelles, les rencontres avec les parents se limitent souvent à la description des problèmes de l'enfant, à l'histoire de son développement, et parfois à la complétion de questionnaires servant à poser un diagnostic ou à formuler des hypothèses cliniques. Cela confère aux

parents un rôle essentiellement passif, comme le soulignent Finn et Tonsager (1997). De plus, les résultats, conclusions et recommandations sont généralement communiqués aux parents à la fin de l'évaluation, lors d'une rencontre-bilan, sans collaboration continue avec eux. Ce manque d'implication limite leur engagement, rendant souvent plus difficile la compréhension et l'intégration des résultats et recommandations à long terme. Ce processus peut ainsi entraîner des difficultés d'adhésion aux recommandations, comme l'ont noté Aschieri et ses collaborateurs (2015), en particulier en l'absence d'un travail réflexif conjoint. Cela souligne l'importance d'une approche plus collaborative qui favorise l'engagement des parents tout au long du processus d'évaluation, le développement de l'alliance de travail entre le clinicien, les parents et l'enfant, ainsi que la co-construction d'une compréhension commune de la problématique de l'enfant à travers un bilan-conte.

1.1.2 Les évaluations collaboratives et/ou thérapeutiques

Différents praticiens et chercheurs ont contribué à l'évolution de la pratique de l'examen psychologique pour enfant, en transformant l'évaluation « traditionnelle » en une évaluation dite « collaborative » et/ou « thérapeutique » (Fischer, 1985/1994; Tharinger et coll., 2007, 2008a, 2008b, 2008c, 2009). Selon Finn (2016), de nombreux psychologues pratiquent ce type d'évaluation de diverses manières et influencent positivement leurs clients sans nécessairement revendiquer sa dimension thérapeutique.

Au plan terminologique, la particularité d'une évaluation *collaborative* réside dans l'engagement du clinicien à faire de la personne évaluée une partie prenante de son évaluation, en encourageant le développement de sa curiosité vis-à-vis d'elle-même plutôt que de demeurer un simple objet d'évaluation (Finn, 2016). Finn souligne par ailleurs que l'évaluation *thérapeutique* (orthographiée avec un « t » minuscule) repose sur l'intention d'user de plus de l'examen psychologique pour offrir au patient une intervention brève, contrairement à l'évaluation traditionnelle. Ainsi, toute évaluation thérapeutique est en soi une forme d'évaluation collaborative (Finn et Tonsager, 2002; Tonsager, 2016).

Dans le modèle de l'É.T.-E., cette collaboration s'étend aux parents qui deviennent des participants essentiels pour construire une compréhension conjointe des problèmes rencontrés par l'enfant dans sa vie quotidienne (Finn, 2016). Selon Finn, les parents sont les personnes qui comptent le plus dans la vie du jeune et qui ont le plus d'impact sur ce dernier. Selon lui, la meilleure façon d'influencer l'histoire présente des enfants est donc d'aider les parents à développer des histoires plus justes et emphatiques sur l'origine des problèmes de leur enfant et à leur expression courante dans la dynamique familiale.

Une évaluation collaborative et/ou thérapeutique n'est pas liée en soi à un ensemble particulier d'interventions ou de techniques cliniques. Elle jumelle toutefois aux processus et buts d'une évaluation psychologique traditionnelle des moyens d'évaluation et d'intervention qui vont au-delà de la simple restitution traditionnelle des résultats de l'évaluation (Finn et Tonsager, 2002). Elle permet le décodage des symptômes de l'enfant ainsi que le repérage de leurs origines possibles dans le cadre d'une amorce de relation thérapeutique, opérant sur les bases de certaines valeurs fondamentales qui doivent d'abord émaner du clinicien. Ces valeurs fondamentales sont la compassion, l'humilité, le respect, la collaboration, l'ouverture et la curiosité (Finn, 2016).

1.2 Les étapes du processus d'Évaluation Thérapeutique de l'enfant (É.T.-E.)

Finn (2016) a élaboré et systématisé une approche de l'évaluation psychologique qu'il a désignée sous l'appellation « Évaluation Thérapeutique » (ici, avec des majuscules). Cette approche systématisée a donné naissance à quatre variantes afin d'offrir une expérience adaptée aux besoins spécifiques d'une clientèle variée, soit pour les adultes (É.T.), (2) les adolescents (É.T.-A.), (3) les couples (É.T.-couple) et (4) les enfants (É.T.-E.) (pour une revue des quatre variantes d'une É.T., voir Frackowiak et coll., 2015).

Pour les besoins de cet essai, nous nous centrerons sur le modèle adapté aux enfants de 6 à 12 ans, qui comprend généralement, un compte-rendu de l'évaluation psychologique à l'enfant sous la forme d'un conte dans le but de favoriser, chez l'enfant, une nouvelle façon de comprendre ses difficultés et de favoriser différents changements thérapeutiques. Le processus d'une Évaluation Thérapeutique de l'enfant (É.T.-E.) se décompose en plusieurs étapes bien définies.

1.2.1 Étape 1 : séances initiales

La première séance, conduite avec les seuls parents, a pour objectif d'expliquer le processus d'évaluation, de développer un lien de confiance avec eux, de les recruter comme collaborateurs, de comprendre leurs préoccupations, l'histoire de vie de l'enfant et la dynamique familiale (Tharinger et coll., 2008b). Cette première étape permet d'établir une frontière générationnelle appropriée qui n'est pas toujours maintenue dans certaines familles (Finn, 2016). Elle permet également d'entrevoir la conscience qu'ont les parents des difficultés vécues par l'enfant et leur ouverture à explorer des sujets sensibles. Les questions du clinicien visent à attiser ensuite la curiosité des parents : elles décentrent l'accent de l'évaluation placé uniquement sur l'enfant et clarifient la dynamique familiale, par exemple « Pourquoi votre enfant ment, crie, s'oppose, se replie? », « Qu'est-ce qui accentue ces comportements difficiles? »,

« Comment faire ressortir son bon côté? » (Finn, 2016). Les parents sont ensuite invités à formuler des objectifs et des questions sur les difficultés de leur enfant, de leur famille et eux-mêmes; celles-ci deviennent, pour le clinicien, des portes ouvertes par lesquelles il devient plus facile de présenter des informations qui sont en conflit avec leur vision initiale (Finn et Tonsager, 2002). Lors de la rencontre subséquente, c'est au tour de l'enfant d'être rencontré, seul et avec ses parents, et de poser des questions s'il le désire. Une question des parents lui est communiquée et ses questions sont ensuite transmises aux parents afin de générer une réflexion systémique (Frackowiak et coll., 2015).

1.2.2 Étape 2 : séances d'évaluation et d'observation de l'enfant par les parents

À cette étape, le clinicien évalue l'enfant en recourant à une variété de tests et de techniques ayant le potentiel de répondre aux questionnements soulevés par les parents et l'enfant (Chudzik et coll., 2019). Par exemple, pour clarifier des questions liées à l'affectivité, aux relations interpersonnelles et à la personnalité en développement, l'évaluateur peut recourir à des tests projectifs et au jeu libre. D'autres questionnements concernant le développement intellectuel ou les performances scolaires pourront impliquer l'utilisation de tests cognitifs ou d'intelligence. Chaque batterie de tests utilisés dépend donc foncièrement des questions d'évaluation.

Dans tous les cas, toutefois, les parents sont invités à observer de façon discrète la passation des épreuves administrées à leur enfant en deux à trois séances, ce dernier ayant été prévenu qu'il est observé. Cette observation se fait soit derrière un miroir sans tain, soit en retrait dans la salle de tests pour les observations en temps réel, ou encore via le visionnement d'un enregistrement en différé (Tharinger et coll., 2009). Les parents discutent de leurs impressions avec le clinicien ou avec un co-évaluateur lorsque le tout se fait en temps réel. L'objectif est d'explorer comment les problèmes se présentent et comment ils sont compris par chacun. Cette enquête approfondie, les interventions spontanées du clinicien et les comparaisons d'interprétations permettent aux parents de découvrir des aspects nouveaux sur leur enfant et eux-mêmes qui leur échappaient jusqu'à ce jour (Finn, 2016).

1.2.3 Étape 3 : séances d'interventions familiales

Le clinicien planifie une ou deux séances d'intervention familiale, en utilisant des techniques issues des thérapies familiales telles que le dessin en famille et le jeu libre, dans le but d'explorer ce qui se joue lorsque la famille est réunie (Finn, 2016). L'objectif des interventions brèves est ensuite d'aider les parents à adopter une vision systémique du problème, favorisant ainsi leur empathie et le partage de la

responsabilité concernant les difficultés de leur enfant de manière qu'ils s'engagent à travailler sur les enjeux ciblés en séance. Les interventions variées, axées sur des prises de conscience et la mise en pratique de nouveaux modes d'interactions, visent ensuite à aider l'enfant à ne pas se sentir seul responsable des difficultés et à renforcer son engagement ainsi que son mieux-être (Tharinger et coll., 2008a).

1.2.4 Étape 4 : séance de restitution des résultats aux parents

Après la correction et l'interprétation des tests ainsi que l'intégration qu'il fait du matériel issu de l'évaluation, l'évaluateur présente les résultats de l'évaluation sous la forme d'un dialogue avec les parents. Cette présentation interactive s'organise autant que possible autour de leurs questions initiales (Smith et coll., 2010). Les éléments fournis sous forme d'hypothèses liées à des exemples (Fisher, 1985/1994) permettent habituellement d'expliquer les difficultés émotionnelles et comportementales de l'enfant d'une façon plus cohérente et compatissante (Finn, 2016). Les parents sont ensuite encouragés à corroborer et à modifier les éléments présentés (Tharinger et coll., 2007). Lorsque les parents sont sur la même longueur d'onde et développent une histoire cohérente concernant la problématique de l'enfant, leur chance d'apporter des changements augmente (Finn, 2016). Une lettre résumant l'ensemble des constats présentés est ensuite remise ou postée aux parents dans un langage accessible à ceux-ci (Frackowiak et coll., 2015).

1.2.5 Étape 5 : séance de rétroaction faite à l'enfant par un conte

En fin de processus, une histoire qui vise à traduire les conclusions de l'évaluation sous la forme de métaphores est rédigée par le clinicien, avec la collaboration des parents, en vue de les aider à se mettre à la place de l'enfant et que ce dernier accepte plus facilement les messages thérapeutiques qu'elle contient (Finn, 2016). Par exemple, les parents sont amenés à s'interroger sur la manière d'aider leur enfant à comprendre le sens de ses comportements inadaptés, malgré lui, tout en lui offrant la perspective d'un changement possible vers le mieux-être. Ce compte-rendu oral et écrit des résultats de l'évaluation, présenté sous la forme d'un conte, permet à l'enfant de prendre conscience de ce qu'il a lui-même révélé inconsciemment, l'aidant ainsi à explorer sa propre identité et à découvrir son entourage sous un angle nouveau. L'élaboration de solutions de rechange, dont les recommandations suggérées à travers le conte, insufflent un sentiment d'espoir face à l'avenir et les problèmes deviennent plus susceptibles d'être résolus. L'enfant a le loisir de choisir la personne qui procèdera à la lecture du conte (p. ex. : sa mère, son père, le clinicien) et de demander que des changements soient apportés à l'histoire afin qu'elle résonne davantage

avec lui. Une version écrite du conte est ensuite remise ou postée à l'enfant, qui est invité à le relire seul ou avec ses parents ensuite s'il le désire (Tharinger et coll., 2008c; Finn, 2016).

1.2.6 Étape 6 : séance de relance

Cette rencontre préétablie intervient entre quatre à huit semaines après la rétroaction à l'aide du conte. Elle permet au clinicien de revoir avec les parents et l'enfant les progrès et les difficultés qui demeurent, de répondre aux questions de chacun et de favoriser une meilleure intégration des informations rattachées à leur histoire existante. Cette séance permet également au clinicien de réévaluer ses recommandations et conclusions à la lumière des récentes informations reçues (Tharinger et coll., 2007).

1.3 Considérations éthiques et contre-indications à l'évaluation collaborative/thérapeutique de l'enfant

Bien que les pratiques d'évaluation collaborative/thérapeutique de l'enfant visent à promouvoir le développement et le bien-être du jeune et de sa famille, la participation des parents soulève des questions éthiques et pratiques importantes, nécessitant une réflexion approfondie. Parmi les enjeux clés figurent le respect de la confidentialité, la prise en compte des émotions de l'enfant, ainsi que l'indication des méthodes employées.

Le droit à la confidentialité est essentiel en psychologie pour instaurer un climat de confiance. Dans la clinique de l'enfant mineur de moins de 14 ans, ce droit n'existe toutefois pas au plan légal, mais beaucoup de cliniciens ont recours à un engagement moral, de bonne foi, des parents à l'effet de ne pas questionner leur enfant quant à ses propos. C'est pourquoi certains psychologues se familiarisant avec les modèles d'évaluations collaboratives et/ou thérapeutiques, où la participation des parents (dont par l'observation de l'administration des tests) est requise, expriment parfois des questionnements à l'effet que la confidentialité de l'enfant puisse sembler compromise. Il demeure donc crucial d'expliquer aux parents et à l'enfant que la participation des parents au processus vise à permettre à tous de clarifier la souffrance de l'enfant et comment chacun y contribue possiblement malgré elle ou lui; d'élaborer un récit mieux ajusté, cohérent, précis et compatissant de ces difficultés; et de dégager des voies de résolution (Finn et Chudzik, 2013). Bien sûr, le clinicien doit être attentif au fait que la présence des parents ou leur accès au contenu de certaines séances, puisse inhiber l'expression libre de l'enfant, le dissuader de partager des informations sensibles ou même le pousser à se conformer aux attentes parentales. Dans certains cas, il pourrait être nécessaire de créer des espaces confidentiels à des moments précis, pour permettre à un

enfant de s'exprimer librement, sans crainte que ses propos soient immédiatement ou nécessairement partagés avec ses parents. Toutefois, une fois les buts et l'esprit de la méthode bien explicités, l'expérience montre que les enfants font soit peu de cas de ce que leurs parents les observent, soit qu'ils utilisent au contraire le dispositif pour transmettre certains « messages » à ceux-ci alors qu'ils ne le feraient pas nécessairement en leur présence.

On pourrait d'autre part se questionner sur l'efficacité de l'évaluation collaborative/thérapeutique chez les enfants présentant des capacités symboliques limitées. Nous souhaitons toutefois rappeler que l'un des objectifs d'une telle démarche est de favoriser le développement de la capacité de symbolisation face à la souffrance vécue, voire d'outiller les parents pour poursuivre ce travail avec leur enfant tant en parallèle que suite à la démarche. Comme nous le verrons au chapitre 2, le jeu, le dessin, les contes pour enfants et les métaphores constituent un support offrant des illustrations concrètes et tangibles à des concepts abstraits tels que les ressentis internes.

Finalement, il apparaît important de souligner des contre-indications à ce type d'évaluation. D'abord, dans les cas d'évaluation non volontaire (liés à une expertise de garde, par exemple), une É.C./T.-E. peut s'avérer non seulement plus difficile à utiliser, mais le contexte risquerait même d'interférer avec les objectifs du processus. Il en va de même avec les contextes où les parents sont à risque d'utiliser l'information obtenue au détriment de leur enfant, comme dans certaines évaluations requises en protection de la jeunesse. Finalement, le besoin d'une appréciation mentale servant seulement à déterminer s'il s'agit d'un jeune apte à intégrer un programme scolaire destiné aux élèves doués ne nécessite pas une implication dans une É.C./T.-E. En dehors de ces situations spécifiques, il n'y a aucune autre contre-indication générale à son utilisation (Finn, 2016), sans que cela dédouane le psychologue de son jugement clinique quant à son indication et à sa potentielle utilité pour une famille donnée.

1.4 Principes communs et distincts en évaluation collaborative et/ou thérapeutique selon l'orientation théorique

Les méthodes intégrées au processus d'Évaluation Thérapeutique tel que systématisé par Finn et ses collaborateurs ont été largement inspirées par l'approche humaniste, mettant l'accent sur le respect dû à la personne et sur la nécessité d'une discussion des résultats des épreuves psychologiques avec ce dernier en vue de se rapprocher de sa subjectivité. Dans cette perspective, le clinicien cherche à ne pas se limiter à la comparaison des observations cliniques avec des critères objectifs (Tonsager, 2016). Une É.T.-E.

intègre également des aspects de l'approche systémique¹, ainsi que des principes de la théorie narrative² (Tharinger et coll., 2008a).

D'autres cliniciens comme Dubé et Noël (2015) ont quant à eux intégré à une évaluation psychologique collaborative et thérapeutique avec les enfants des techniques d'exploration issues de l'approche psychodynamique³. Selon la théorie psychanalytique, un individu n'est pas structurellement en mesure d'accéder aux véritables motivations de ses actions inadaptées, car ces comportements sont souvent issus de forces qui empêchent l'accès à la conscience (Carré et Fenouillet, 2019). Outre l'action du refoulement et ses échecs, la souffrance psychologique peut par ailleurs résulter de réminiscences⁴ ou de reviviscences⁵ de situations de vie passées, liées à une appropriation insuffisante d'expériences émotionnelles qui ont dépassé la capacité d'un individu à les intégrer ou à les traiter de manière adaptative parce qu'elles se sont avérées trop intenses ou douloureuses (Roussillon, 2012). Selon Roussillon (2010, 2012), la guérison s'opère en jouant symboliquement avec l'expérience en manque d'appropriation subjective et d'intégration au sein de la psyché.

Dans le contexte d'une évaluation collaborative/thérapeutique, le soutien à cette appropriation subjective pourrait être central aux changements s'opérant tant chez les parents que chez l'enfant. En effet, la symbolisation des expériences ne va pas de soi, puisque les traces internes laissées par ces expériences en manque de symbolisation sont multi-sensori-motrices, multi-perceptives, et multi-pulsionnelles, ce qui

¹ L'approche systémique met l'accent sur l'impact des contextes sociaux sur le comportement d'un individu, en considérant la famille comme une unité où les symptômes d'un membre ont un sens seulement dans le cadre d'une compréhension de la famille en tant que système. La thérapie vise à aider le patient et sa famille à adopter une perspective différente et à trouver leurs propres solutions pour générer des changements (Alberne et Alberne, 023).

² L'approche narrative se concentre sur l'histoire existante de la famille en tentant d'identifier les problèmes de l'enfant et les éléments de cette histoire qui peuvent être modifiés. L'objectif est d'aider les familles à développer une histoire présentant plus de compassion, de précision et d'empathie envers leur enfant et leur famille (White et Epston, 1990).

³ L'approche psychodynamique en psychologie, fortement enracinée dans la psychanalyse, met l'accent, sur les processus inconscients. Elle vise à libérer le patient des contraintes liées aux forces inconscientes en conflit à l'origine de son mal-être. Pour expliquer les motivations d'un individu, Freud a modélisé le fonctionnement psychique à l'aide de deux topiques. La première distingue métaphoriquement différents lieux psychiques soit le conscient, le préconscient et l'inconscient. La seconde distingue le ça, d'où prennent naissance les désirs; le moi, lieu d'expression de cette énergie; et le surmoi, représentant la conscience morale qui empêche l'expression de comportements jugés déviant par l'individu et qui génère de l'anxiété par le biais de remords, de la dépréciation de l'estime de soi et de pressions internes. Dans l'éventualité où un individu n'est pas en mesure d'éliminer l'énergie psychique du ça déversée dans le moi, des symptômes peuvent émerger altérant les pensées, les affects, le contact à la réalité, les comportements, les relations et le bien-être (Blondeau, 2019).

⁴ Réminiscences : souvenirs qui resurgissent de manière vague, déformée, incomplète, non reconnus comme appartenant à son histoire, en raison d'un relâchement des liens (de Mijolla et coll., 2002)

⁵ Reviviscences : sensation de réexpérimenter de façon vivante un souvenir ou phénomène psychologique intense mal intégré (Stryckman et Neuter, 2019).

dans certains cas conduit à mêler bien souvent ce qui appartient à soi et à l'autre, ce qui est à l'intérieur et à l'extérieur et ce qui est subjectif et objectif. Ces situations peuvent ainsi créer de la confusion et de l'incompréhension chez un individu face à son vécu (Roussillon, 2010) et entre individus dans un système telle une famille.

Roussillon (2010) a ainsi exposé sa vision de la fonction thérapeutique des dispositifs de soin, en mettant en avant l'importance des techniques et des outils de médiation dans le travail de symbolisation et d'appropriation subjective. Différents médiums ayant des propriétés malléables (le clinicien lui-même, le jeu libre, les tests projectifs, les contes) peuvent selon lui servir d'outils pour soutenir le sujet dans la transformation d'expériences refoulées, imprécises ou perçues comme étrangères à soi, en représentations de soi et des autres plus claires et cohérentes. L'attitude du clinicien, le langage et les échanges avec un patient sont des formes de médiums au service de l'accueil et de la transformation des expériences que l'individu cherche à saisir. D'autres dispositifs « symbolisants » (Roussillon, 2010, p. 28) tels que le jeu libre, le dessin, la peinture, la sculpture ou les contes sont des médiums plus manifestes pour aider le sujet à communiquer ses expériences subjectives insaisissables. Le transfert opéré sur ces outils intermédiaires plutôt que sur le seul clinicien contribue au maintien du lien entre ce dernier et le patient, ainsi qu'à la communication et à l'activité de symbolisation (Roussillon, 2010).

Ainsi, pour permettre de comprendre ce qu'un enfant vit et exprime inconsciemment à travers ses symptômes et mieux saisir ses fonctionnements intrapsychique et interpersonnel (pour éventuellement les réaménager), des techniques d'approche psychodynamique, telles que le jeu libre, seraient à privilégier (de Becker, 2011; Passone et Guignard, 2014). Même s'ils s'appliquent surtout à la psychothérapie plutôt qu'à l'évaluation seule dans leur déploiement complet, il apparaît important de revoir quelques éléments des techniques psychodynamiques visant l'expression par l'enfant de ses difficultés puisque ces techniques se retrouvent dans une démarche d'évaluation collaborative/thérapeutique (processus mis en place dans notre étude). Comme l'explique Bailly (2001), la technique de l'analyse par le jeu libre, développée par Melanie Klein et ensuite adaptée dans plusieurs directions par divers cliniciens travaillant auprès d'une clientèle infantile, dont Donald W. Winnicott, est considérée une façon de faire parler le plus possible l'inconscient de l'enfant, en évitant qu'il cherche à se conformer aux règles sociales et à se cacher derrière un faux self. Dans cette visée, différents matériaux peuvent être utilisés au choix du jeune tels que les crayons, du papier, des personnages miniatures, des blocs, de la pâte à modeler, des livres d'histoires (Chung et coll., 2023). L'utilisation de ces matériaux mis à la disposition de l'enfant lui permet

l'expression symbolique d'expériences réelles ou imaginaires qui ont une signification émotionnelle pour lui. Grâce à l'écoute et à l'analyse des thèmes et des mises en scène présentées par l'enfant dans l'aire de jeu, le clinicien peut arriver à mieux saisir ce qui est essentiel à l'enfant, sa perception de soi et des autres ainsi que les tensions et les réactions qui peuvent survenir devant ses besoins non assouvis dans son quotidien (Paquette et Terradas, 2018). Pour Winnicott (1971/1975), il ne s'agit pas uniquement pour le clinicien de favoriser la mise en acte de la réalité psychique interne de l'enfant; l'objectif est également d'aider l'enfant, à travers le jeu libre, à assujettir les contraintes de la réalité qui le conduit à se protéger, pour qu'il arrive à exprimer ses pulsions agressives et/ou libidinales, se sentir exister en tant que personne distincte (vrai self) et intégrer la source de ses angoisses et comportements inadaptés (Bailly, 2001). Autrement dit, en se voyant faire dans l'aire de jeu et en s'entendant exprimer des pensées et des ressentis, l'enfant s'approprie différentes parties de lui-même qu'il avait du mal à reconnaître jusqu'à ce jour.

De son côté, le clinicien, par sa fonction réflexive⁶, représente les états mentaux et les expériences internes de l'enfant. En ce sens, il vient combler des lacunes qui pourraient s'être manifestées au cours de son développement. Un bilan-conte se présente comme un outil privilégié dans une évaluation collaborative et/ou thérapeutique pour aider un jeune à mieux se comprendre (Tharinger et coll., 2008c). Pour faciliter les prises de conscience chez l'enfant, le clinicien peut choisir de lui refléter, verbalement et/ou par le jeu, ce qu'il semble vivre en jouant, sans jugement, afin de lui permettre de se sentir entendu, reconnu, compris et validé (Passone et Guignard, 2014). Dans l'É.C./T.-E. intégrant une approche psychodynamique, le bilan au moyen du conte se présente comme un outil privilégié pour aider un jeune à mieux comprendre sa problématique affective. Il permet de transformer les enjeux inconscients en un contenu manifeste, préconscient ou conscient, de manière symbolique et de réduire les résistances (Raguenet, 1999). Lorsqu'une prise en compte des signes de conflits liés à des traumatismes affectifs ou des carences se réalise, elle ouvre la voie à la recherche de moyens propices au dénouage des fixations et/ou des régressions qui entravent l'évolution du jeune (Raguenet, 1999).

⁶ La fonction réflexive, désigne la capacité à comprendre et à interpréter les états mentaux, notamment, les pensées, les émotions et les besoins d'autrui, tout en réfléchissant sur sa propre expérience. Cela permet de réagir de manière appropriée aux besoins affectifs de l'autre et d'ajuster son approche en conséquence. En créant un espace où l'enfant se sent compris et soutenu, le clinicien favorise l'établissement d'une communication empathique et d'un attachement sécurisant. De plus, en montrant à l'enfant comment réfléchir sur ses propres émotions et comportements, cela contribue au développement de sa propre conscience réflexive.

En ce sens, à une démarche d'évaluation collaborative s'entremêle une démarche thérapeutique brève. Elle se présente propice à la symbolisation des besoins psychiques ainsi qu'au développement de la capacité de renoncer progressivement aux comportements inadaptés, par des moyens adaptés tels que la créativité et la sublimation, en dépit des frustrations vécues, pour se sentir plus libre (Raguenet, 1999). Par la suite, les symptômes n'ont plus leur raison d'être (Dubé et Noël, 2015). Cela implique, comme nous l'avons mentionné plus haut, que le modèle de Dubé et Noël (2014) qui est celui utilisé dans l'étude présentée dans cet essai conçoit l'enfant comme un interlocuteur à part entière et comme une cible potentielle directe de l'intervention brève offerte.

1.5 Les recherches sur l'efficacité des évaluations collaboratives et/ou thérapeutiques pour enfant

1.5.1 Efficacité du processus général

Selon Finn et Tonsager (1997), les améliorations résultant d'une Évaluation Thérapeutique (É.T.) découlent de la capacité à répondre aux besoins d'autodécouverte, d'autovérification et d'autovalorisation. Cette découverte de soi suscite un grand intérêt chez de nombreuses personnes. Arbisio (2013) a souligné que les réponses pertinentes fournies aux questions soulevées lors de la première rencontre engendrent un sentiment de cohérence. En outre, Castro (2003) indique qu'en invitant le client à participer à la validation des hypothèses formulées par le clinicien, un sentiment d'efficacité et de valorisation est ressenti. Selon ses observations, le processus contribue à renforcer la confiance en soi et à favoriser de nouvelles manières d'organiser son expérience. Enfin, Finn (2016) indique qu'en réévaluant son histoire personnelle et sa perception du monde, il devient plus probable que des émotions positives et des comportements adaptatifs se manifestent.

À ce jour, plus d'une centaine d'articles et livres ont été publiés sur l'Évaluation Thérapeutique (modèle de Finn) et sur les approches collaboratives et/ou thérapeutiques plus globalement. Ces travaux présentent, de façon générale, ses composantes et ses effets thérapeutiques auprès de divers patients, notamment des adultes (Durosini et coll, 2017; Tarocchi et coll., 2013; Smith et coll., 2015), des adolescents (Ougrin et coll., 2008) et des enfants (Aschieri et coll., 2012). Les recherches ont porté sur des problèmes cliniques variés, parmi lesquels figurent la dépression, les troubles de la personnalité, la psychose, la douleur chronique, le trouble de stress post-traumatique et les troubles comportementaux chez l'enfant (Finn, 2014; Aschieri et coll., 2015).

Dans plusieurs études, les clients adultes, parents et/ou les enfants sont invités à donner leurs impressions et à indiquer leur niveau de satisfaction concernant diverses variables du processus (par exemple, l'alliance, les interventions effectuées), ainsi que sur des variables liées aux résultats (tels que l'évolution des symptômes et de la dynamique familiale), et ce, avant, pendant et/ou après l'intervention (Aschieri et coll., 2015). En général, les études qualitatives et quantitatives auprès de l'adulte montrent que ce type d'évaluation peut produire deux effets significatifs : (1) une réduction des symptômes chez le patient et (2) une augmentation de son engagement envers le traitement actuel et futur. Cela inclut une amélioration de la qualité de l'alliance thérapeutique avec le clinicien et une satisfaction à l'égard du traitement (Finn, 2014). En clinique infantile, on observe aussi une réduction de la symptomatologie qui se couple à une amélioration du sentiment d'unité familiale et de la communication entre les membres de la famille, et à une plus grande empathie les uns pour les autres (Smith, Finn et coll., 2010; Tharinger et coll. 2009).

1.5.2 Études de cas

Dans plusieurs études de cas, les parents ont déclaré avoir une meilleure compréhension des problèmes de leurs enfants, se sentir plus compétents dans leur rôle parental et être plus motivés à poursuivre les services appropriés par la suite. La majorité des cliniciens ont également observé, dans ces contextes thérapeutiques, une amélioration de l'humeur chez les enfants, une diminution de leurs problèmes comportementaux et une amélioration de leur fonctionnement social (Chudzik et coll., 2019; DuBose, 2002; Fantini et coll., 2013; Handler, 2007; Mutchnick et Handler, 2002; Smith et coll., 2009).

Bien que les études de cas comportent des limites méthodologiques et nécessitent une interprétation prudente des résultats, nous avons choisi de présenter brièvement dans un premier temps, quatre illustrations de cas cliniques. Ces présentations nous semblent sensibiliser à certaines valeurs prônées dans une évaluation dite collaborative et/ou thérapeutique, tout en mettant en avant la dimension participative des parents et de l'enfant qui encourage non seulement l'engagement des familles, mais renforce également l'intégration des perspectives et des expériences de chacun, propice aux changements. Par la suite, nous exposons succinctement des études qualitatives et quantitatives contrôlées recourant à des méthodes d'analyse variées.

DuBose (2002) a présenté l'histoire de Lydia, une enfant de 11 ans, présentant des diagnostics contradictoires. Elle a participé à une forme d'évaluation collaborative, le *Comprehensive Evaluation Diagnosis Referral and Re-evaluation process* (CEDARR), dans l'État du Rhode Island, aux États-Unis. Cette

illustration visait, notamment, à sensibiliser les intervenants dans un processus d'évaluation psychologique à visée thérapeutique, à l'importance d'un accueil bienveillant vis-à-vis de l'histoire familiale, sans jugement, au ciblage des forces de chacun, au dialogue et à la collaboration. DuBose explique comment cette approche centrée sur la famille a permis d'établir une compréhension mutuelle entre le professionnel et la famille des difficultés de l'enfant, de soutenir chacun dans certains deuils (comme la cécité de Lydia), de dépasser le désespoir et l'épuisement parental, tout en ouvrant la voie à un avenir porteur d'espoir.

Smith et Handler (2009) ont quant à eux présenté le cas de Danielle, une fillette de six ans dont les parents remettaient en question sa maturité intellectuelle, émotionnelle et sociale pour débiter sa première année scolaire. Une É.T.-E. a été réalisée au sein d'une clinique ambulatoire, servant à la fois des membres de la communauté et des étudiants, à l'Université du Tennessee à Knoxville, aux États-Unis. Les outils d'évaluation de l'enfant comprenaient le *Child Behavior Checklist (CBCL)*, le *Youth Self-Report (YSR)*, le *Rorschach Inkblot Test*, les *Woodcock-Johnson III Tests of Achievement et Cognitive Ability*, ainsi que le *House-Tree-Person Test* et le *Sentence Completion Test for Children*. Le processus a aidé les parents à constater que leur fille avait des capacités intellectuelles supérieures à la moyenne de son groupe de comparaison, mais qu'elle éprouvait des difficultés émotionnelles et sociales, notamment une sensibilité à la critique et une tendance à se sentir coupable. Les parents ont pris conscience de l'impact de leur approche parentale sur l'estime de soi de leur fille et ont commencé à modifier leurs interventions, ce qui a conduit à des améliorations dans le comportement et les performances scolaires de l'enfant.

Fantini et coll. (2013) ont réalisé une étude de cas avec une jeune fille nommée Clara, âgée de quatre ans, rencontrée avec ses parents dans le cadre d'une É.T.-E. au Centre Européen d'Évaluation Thérapeutique à Milan, en Italie. Les outils d'évaluation comprenaient des dessins projectifs réalisés par Clara, des discussions avec les parents et des observations des comportements de l'enfant pendant les rencontres. L'évaluation a permis de changer la narration que les parents avaient sur Clara, en leur fournissant de nouvelles significations pour ses comportements, tout en prenant conscience de l'impact de leurs propres traumatismes sur leur capacité à gérer les émotions de leur fille. Clara a été identifiée comme une enfant ayant des besoins émotionnels non satisfaits, et les parents ont appris à mieux reconnaître et répondre à ses émotions. Le père ne percevait plus les crises de l'enfant comme des caprices, tandis que la mère est parvenue à plus de fermeté face à celles-ci. À la fin de l'évaluation, les parents ont exprimé un soulagement devant les progrès de leur fille et une meilleure compréhension de leur rôle dans ses difficultés.

Chudzik et ses collègues (2019) ont réalisé une étude portant sur Nicolas, un garçon de 10 ans, au sein du Centre Européen d'Évaluation Thérapeutique en France. Une É.T.-E. a permis de mieux comprendre les difficultés de l'enfant, qui souffrait de dépression et de problèmes d'interaction sociale. Les outils d'évaluation sélectionnés comprenaient des dessins projectifs, le Rorschach et le *Early Memories Procedure*. Les parents ont pris conscience de ce que leur crainte d'aggraver les émotions négatives de leur fils les conduisait à minimiser ses sentiments. En réalisant que leur approche avait pour conséquence de causer chez Nicolas de la honte, son isolement, sa tendance à dissimuler ses difficultés et de la solitude, les parents ont reconnu la nécessité de travailler sur leur propre dynamique relationnelle. Nicolas a montré des signes d'amélioration, devenant plus énergique et socialement ouvert.

1.5.3 Études quantitatives ou mixtes portant sur plusieurs enfants

En 2009, Tharinger et ses collaborateurs ont réalisé une étude auprès de 14 enfants âgés de 7 à 11 ans figurant sur la liste d'attente d'une clinique de santé mentale communautaire du sud-ouest des États-Unis. Cette recherche contrôlée visait à investiguer plus précisément les effets positifs rapportés dans les études de cas en É.T.-E. Les jeunes consultaient en raison de problèmes sociaux, émotionnels ou comportementaux de modérés à graves, tels que la dépression, l'opposition, la réactivité à un traumatisme, l'encoprésie, l'anxiété et des relations parents-enfant tendues. Pour mesurer les variations dans la symptomatologie des enfants au cours et post-intervention, le *Behavior Assessment System for Children* (BASC), versions parent et enfant, a été rempli à quatre reprises. Les scores des mères et des enfants ont montré une réduction significative des problèmes externalisés et internalisés. En utilisant le questionnaire *Parents' Positive and Negative Emotions About Their Child* (PPNE-C), il a été constaté qu'avant l'évaluation, de nombreux enfants étaient souvent perçus, comme « méchants », tandis qu'après, ils étaient considérés comme « blessés » ou « tristes ». Les parents ont de plus exprimé avoir reconnu leur rôle dans les difficultés de leurs enfants et ressentir davantage de sentiments positifs et moins de sentiments négatifs envers leur enfant à la suite de l'É.T.-E. Les résultats ont également mis en évidence une forte acceptabilité du traitement par les clients par la suite et une augmentation significative de la connexion familiale.

Quant à eux, Brodard et ses collaborateurs (2019) de l'Université de Lausanne en Suisse ont réalisé une recherche sur un échantillon constitué de 105 parents et 68 enfants âgés de 6 à 16 ans présentant des difficultés d'apprentissage, d'attention, de comportement ou émotionnelles. Des questionnaires intitulés *Perception de la consultation psychologique — pré- et post-consultation* ont été conçus pour cette étude afin d'explorer les attentes, le degré d'engagement des parents à différents moments du bilan, l'alliance

de travail, la satisfaction liée à la prise en charge, l'utilité perçue du bilan, ainsi que la motivation au changement. Les résultats ont montré un niveau de satisfaction très élevé des parents vis-à-vis de la démarche. Après le bilan, les parents ont indiqué que la consultation leur avait été bénéfique pour mieux comprendre leur enfant. Ils avaient l'impression que ce dernier présentait une vision plus positive de son image personnelle suite au bilan et que leur relation avec lui s'était améliorée. L'étude a également mis en lumière l'importance des attentes parentales en début de processus, jouant un rôle déterminant dans leur engagement tout au long du processus. Enfin, une relation de confiance et de collaboration entre les parents et les professionnels a été corrélée à une perception plus positive des résultats du bilan. Ces conclusions soulignent la nécessité d'établir une communication ouverte et empathique dès le premier contact, afin de favoriser une alliance solide et de maximiser les bénéfices de l'évaluation psychologique pour les enfants et leurs familles.

Une étude réalisée par Tharinger et Pilgrim (2012) dans l'état du Texas, aux États-Unis, a permis d'explorer l'impact de la présentation des résultats d'une évaluation neuropsychologique sous la forme d'une histoire (fable) à 32 enfants. La majorité des participants étaient d'origine européenne-américaine, et leurs difficultés incluaient l'inattention, l'hyperactivité, les difficultés scolaires ainsi que des problèmes sociaux et émotionnels. Les enfants, âgés en moyenne de 9 ans et accompagnés chacun d'un parent, ont été répartis en deux groupes : un groupe expérimental qui a reçu les conclusions sous forme de fable avant de remplir les différentes mesures liées à la recherche, et un groupe contrôle qui les a reçues après avoir rempli les mesures. Ces mesures étaient constituées de trois questionnaires : *Parent Experience of Assessment Survey* (PEAS), *Client Satisfaction Questionnaire* (CSQ-8) et *Child Experience of Assessment Survey* (CEAS).

Comparativement au groupe témoin, les enfants du groupe expérimental ont révélé avoir un plus grand sentiment d'apprentissage sur eux-mêmes, une relation plus positive avec leur évaluateur, et la perception d'une compréhension accrue de leurs problèmes par leurs parents. De plus, les analyses statistiques ont mis en évidence des différences significatives entre les groupes, notamment en ce qui concerne la satisfaction globale des parents, qui était plus élevée dans le groupe expérimental. L'utilisation de groupes expérimental et témoin a renforcé la validité interne de l'étude, tandis que les analyses statistiques multivariées et univariées ont confirmé la crédibilité des résultats, suggérant que l'utilisation de fables thérapeutiques pour fournir des retours aux enfants peut améliorer leur expérience et celle de leurs parents lors d'évaluations neuropsychologiques.

1.5.4 Études quantitatives et mixtes de cas uniques s'appuyant sur les séries temporelles

Bien que les designs de groupes, tels que les essais contrôlés randomisés, soient souvent privilégiés dans la recherche en psychologie, leur mise en œuvre peut s'avérer complexe dans de nombreuses situations cliniques, et leurs résultats s'avérer trop globaux pour bien cerner les variations individuelles. C'est pourquoi l'utilisation de séries temporelles apparaît comme une approche méthodologique d'intérêt pour les études cliniques. L'*American Psychological Association* (APA) a d'ailleurs reconnu les séries temporelles comme des approches méthodologiques pertinentes pour tester l'efficacité des traitements (Borckardt, 2008). L'analyse de séries de données longitudinales permet d'évaluer la trajectoire des variables d'intérêt, telles que l'évolution des symptômes et la qualité de l'alliance thérapeutique, tout au long du traitement ou dans certaines phases précises de celui-ci.

Afin d'évaluer l'efficacité d'une É.T.-E., Smith et ses collaborateurs (2009, 2010, 2011) ont utilisé un devis de recherche à séries temporelles à cas uniques pour analyser les trajectoires de changement dans le cadre de trois études distinctes portant sur l'É.T.-E. quant à la symptomatologie des enfants et quant au fonctionnement familial. Lors de l'entretien initial, des comportements problématiques ont été identifiés pour chaque enfant. Les parents devaient noter quotidiennement la fréquence et l'intensité de ces comportements tout au long du processus d'évaluation. Les données recueillies à partir de ces mesures quotidiennes ont été organisées en trois phases : le niveau de base (soit avant l'intervention), la phase d'intervention elle-même et la période de suivi post-intervention. Les données des différentes phases ont ensuite été comparées à l'aide de l'analyse de modélisation simulée proposée par Borckardt (2006).

Dans une première étude, lors de l'évaluation de Jeff, un garçon de neuf ans présentant des troubles du comportement, Smith et ses collaborateurs (2009) ont utilisé plusieurs outils psychométriques, tels que les *Échelles d'intelligence de Wechsler pour enfants* (WISC-IV) pour évaluer son quotient intellectuel, le *Millon Pre-Adolescent Clinical Inventory* (M-PACI) pour identifier les traits de personnalité, et le *Behavior Assessment System for Children, Second Edition* (BASC-2), pour obtenir des informations sur ses comportements, à travers les rapports de ses parents et de son enseignant. D'autres outils, tels que le *Sentence Completion Test for Children* et le *Early Memories Procedure*, ont aussi été employés pour approfondir la compréhension des pensées et des souvenirs de l'enfant. Les discussions sur les résultats de cette batterie de tests ont permis aux parents d'acquérir une compréhension plus approfondie du vécu subjectif de leur fils. Les évaluations quotidiennes, basées sur un design en séries temporelles, ainsi que les rapports du BASC-2 ont démontré une diminution des problèmes externalisés et internalisés de Jeff,

ainsi qu'une amélioration du fonctionnement familial. Au final, les parents ont rapporté une meilleure compréhension des problèmes de leur fils, une capacité accrue à interagir de manière empathique avec lui et une réduction significative des accès de colère et des comportements hostiles de Jeff dirigés vers sa mère.

Par la suite, Smith et ses collaborateurs (2010) ont mené une étude à Knoxville, dans l'État du Tennessee, auprès de trois garçons préadolescents, âgés de 9 à 11 ans, diagnostiqués avec un trouble oppositionnel avec provocation. Les chercheurs ont utilisé un design en séries temporelles à cas unique répliqué, avec des mesures quotidiennes, pour évaluer l'efficacité du modèle d'évaluation thérapeutique. Les mesures quotidiennes ainsi que les résultats au *Behavior Assessment System for Children (BASC-2)* ont révélé des améliorations significatives dans plusieurs domaines de fonctionnement, pour les trois jeunes participants, notamment en ce qui concerne les comportements agressifs et les problèmes de conduite.

Finalement, en 2011, Smith et ses collaborateurs ont porté leur attention sur l'impact potentiel d'une séance d'intervention familiale dans le cadre d'une évaluation thérapeutique auprès de David, un garçon de 12 ans qui présentait des préoccupations concernant ses performances académiques et des difficultés à se faire des amis. Son père attribuait les problèmes de son fils à la jalousie des autres enfants envers son intelligence. Plusieurs outils ont été utilisés, notamment les *Échelles d'intelligence de Wechsler pour enfants (WISC-IV)*, qui ont indiqué des performances intellectuelles dans la moyenne, ainsi que le *Millon Pre-Adolescent Clinical Inventory (M-PACI)* et le Rorschach. Les résultats ont mis en lumière un problème d'estime de soi, des sentiments de frustration et des difficultés relationnelles. David oscillait entre un désir de conformité et une volonté d'être plus assertif, tout en cachant ses sentiments d'insécurité. La séance familiale a aidé à aborder les attentes et les difficultés dans les dynamiques familiales. Les présentations des résultats des tests ont aidé d'autre part à la réflexion. Les résultats de l'étude indiquent que la séance familiale a agi comme un point de bascule, entraînant des prises de conscience chez le père et des améliorations significatives au niveau de la relation père-fils, de l'estime de soi de l'enfant et de ses interactions sociales.

Les résultats des trois études précédentes (Smith et coll., 2009, 2010, 2011) montrent une diminution significative des comportements problématiques pendant la phase d'intervention par rapport au niveau de base. De plus, les chercheurs ont noté que les effets ont été maintenus durant la période de suivi post-intervention, indiquant que les améliorations étaient durables même en l'absence de contacts réguliers

avec les cliniciens. Selon Smith et collaborateurs (2011), il est essentiel de mener d'autres études utilisant des séries temporelles à cas unique pour mieux comprendre et discerner les effets spécifiques aux différentes étapes d'une É.T.-E.

Pour conclure cette section, nous noterons que les études de l'efficacité des évaluations collaboratives et/ou thérapeutiques chez l'enfant apparaissent prometteuses et soulignent le potentiel de ces approches pour améliorer le fonctionnement familial et réduire les comportements problématiques chez les enfants. Bien que les méthodologies de recherche employées ne permettent pas toujours de tirer des conclusions causales définitives, plusieurs cliniciens estiment que les principes des théories systémique et narrative offrent une compréhension plus approfondie des dynamiques familiales qui contribuent aux changements observés (Smith et coll., 2011).

Notre recherche bibliographique sur l'efficacité des évaluations collaboratives et/ou thérapeutiques a toutefois révélé un manque d'études examinant la plus-value de chacune des étapes distinctes de ce processus, notamment celle qui correspond à la remise d'un bilan-compte à l'enfant. Bien que la pratique de fournir un retour à l'enfant sur son évaluation psychologique soit reconnue comme bénéfique, elle demeure peu courante et peu étudiée (Kim, 2015). Les travaux de Tharinger et coll. (2008c) ainsi que de Tharinger et Pilgrim (2012) sur le bilan-compte nous ont amenée à nous pencher sur cette intervention, mais d'abord à approfondir notre revue de la littérature pour mieux saisir la valeur ajoutée de l'outil que représente le conte en santé mentale.

Ainsi, dans le prochain chapitre, nous présenterons l'évolution de l'utilisation du conte dans trois domaines spécifiques d'intervention en psychologie, afin de mieux comprendre les raisons qui ont conduit à son utilisation dans la rétroaction des résultats d'une É.T-E et de justifier le choix de cette intervention comme objet d'étude dans cet essai.

CHAPITRE 2

LE CONTE EN INTERVENTION INFANTILE

Dans ce chapitre, nous exposons d'abord sommairement les fondements du conte. Par la suite, à la lumière des conclusions tirées de notre revue de la littérature, nous explorons l'évolution de l'utilisation du conte dans trois domaines spécifiques en psychologie depuis le début du XX^e siècle, notamment dans le cadre d'un psychodiagnostic, d'une psychothérapie et d'une évaluation collaborative/thérapeutique de l'enfant (É.C./T.-E.). L'objectif principal est de clarifier les raisons qui ont conduit à l'utilisation du conte dans ce dernier champ de pratique. Nous présentons ensuite des recherches effectuées, en particulier sur l'utilisation d'un bilan-conte dans une évaluation thérapeutique (É.T.-E.). Cette présentation est suivie de notre réflexion sur les travaux menés à ce jour sur l'utilisation du conte en psychologie et des besoins qui en ressortent concernant un bilan-conte présenté dans une évaluation collaborative/thérapeutique de l'enfant (É.C./T.-E.).

2.1 Le conte : généralités

L'intérêt pour l'étude des contes remonte au XIX^e siècle, une période où les études mythologiques ont bénéficié d'une attention particulière dans divers domaines des sciences humaines (Zoghaib, 2013). Bien que tout le monde ait une idée générale de ce qu'est un conte, sa définition en demeure néanmoins laborieuse (Belmont, 2019). La littérature témoigne d'une large gamme d'approches interprétatives de ce concept englobant, entre autres, des aspects historiques, ethnographiques, pédagogiques, typologiques, morphologiques, structurels, sémantiques et psychanalytiques (Rondeau, 2009). Dans le cadre de cette étude, nous mettons succinctement en évidence les éléments que nous considérons comme les plus significatifs pour guider notre analyse de l'efficacité du conte dans une É.C./T.-E.

D'un point de vue historique, les contes existent depuis le début de l'humanité, transmis de génération en génération par voie orale. Selon Ariès, historien français du XX^e siècle, les contes étaient, dans la société médiévale, plutôt destinés aux adultes qui avaient moins de conscience sociale de la particularité enfantine (Larivée et Sénéchal, 2011). Les frères Grimm, célèbres auteurs allemands à qui l'on doit des contes intemporels tels que *Blanche-Neige et les Sept Nains*, *La Belle au bois dormant*, *Le Petit Chaperon rouge* et plus de 200 autres histoires, percevaient dans ces récits une résurgence des légendes anciennes, elles-mêmes issues de mythes ancestraux, dépouillés de leur dimension religieuse (Zoghaib, 2013).

Rondeau (2009) présente comment les contes incarnent, sur les plans ethnographique et pédagogique, un moyen privilégié de transmettre des valeurs, croyances, normes sociales et enseignements fondamentaux, tout en explorant les dynamiques entre le bien et le mal ainsi que des concepts universels de générosité et d'altruisme.

En termes de typologie, les contes se classent selon leurs motifs, leurs structures narratives et leurs thèmes récurrents. Belmont (2019) souligne que Vladimir Propp, célèbre pour ses travaux sur les contes russes, en particulier son ouvrage de 1928 intitulé *Morphology of the Folktale*, s'était inspiré de la classification tripartite d'Arfanassiev pour cataloguer les différents types de contes. Cette classification comprend (a) les contes d'animaux, (b) les contes fantastiques (mythologiques) ou merveilleux, et (c) les contes novellistiques ou réalistes. Chouvier (2023) explique que le conte réaliste s'apparente à la nouvelle en plongeant dans la vie quotidienne à diverses époques. Il le distingue ainsi des contes merveilleux, imprégnés de magie et de réversibilité, ainsi que des contes fantastiques où règne une atmosphère inquiétante et d'étrangeté.

La perspective structuraliste de Vladimir Propp nous invite à envisager la morphologie de l'ensemble des contes merveilleux comme un récit composé de 31 fonctions narratives de base, considéré comme les éléments constitutifs de tous contes de fées. Parmi ces fonctions, on retrouve, par exemple, l'absence, l'interdiction, la tromperie, le méfait, la punition, l'épreuve, la magie, la réparation, l'union. Propp observe également sept personnages généralement récurrents dans le conte merveilleux tel que le mandataire, l'agresseur, le faux héros, le donateur, l'auxiliaire, la princesse, le héros. Cependant, pour Vladimir Propp, ce qui donne forme à la trame narrative de l'histoire des divers protagonistes, demeure leurs actions telles que l'éloignement, la lutte, la reconnaissance. De son avis, chaque conte naît soit d'un manque à combler, soit d'une transgression à réparer (Rondeau, 2009).

Les contes ont également été étudiés d'un point de vue sémantique, explorant la signification de leurs symboles revêtant des figures de style métaphorique qui renforcent la profondeur de son contenu. Ses images sous la forme de métaphores possèdent une puissance évocatrice qui nourrit l'imaginaire et permet de transcender la réalité vers un espace alternatif qui éclaire les concepts abstraits, rendant visible l'invisible (Assoun, 2005; Papas, 2007). Pour Lacan (1981), la métaphore est une substitution signifiante qui intervient à un moment précis où le sens émerge du non-sens : l'émergence de la signification se formerait par le passage du signifiant (symbole, mot) au signifié (l'idée associée au signifiant). Ainsi, dans

un conte, le signifié serait construit par le signifiant, soit le jeu des images métaphoriques du conte. Pour Dumarsais (cité dans Papas, 2007), la métaphore est une figure de style qui consiste à transporter le sens propre d'un mot littéral vers une signification différente, rendu possible que suite à une comparaison implicite établie dans l'esprit. La capacité des jeunes à saisir les messages des symboles relèverait davantage de l'intuition et des associations créatives que de la logique (Loeffler-Delachaux, 1949).

Ensuite, Rondeau (2009) propose que les contes, analysés à travers le prisme des théories psychanalytiques, permettent de déchiffrer à quels phénomènes font écho des représentations fantasmagoriques, comme Alice en cavale aux pays des merveilles ou Peter Pan qui se refusent de grandir, et pourquoi tant d'enfants trouvent un plaisir profond à s'immerger dans les aventures des contes. En 1908, Freud (1933/1976) a été le premier à souligner que les contes merveilleux constituaient des scènes propices au déploiement de fantasmes originaires (scène primitive, castration, séduction...). Selon Chouvier (2023), l'exploitation du merveilleux offre à l'enfant un éventail de possibilités dans son univers imaginaire, dont celui de donner vie à ses désirs inconscients, pour faire échec à la rigidité ou à la perte de contact avec la réalité lorsque celle-ci devient trop confrontante. Comprenant qu'il s'agit simplement d'un moment d'évasion temporaire garantissant un retour dans le monde réel, l'enfant se laisse entraîner par la trame narrative, profitant pleinement, de brefs moments fugaces de régression, pour savourer son plaisir.

Grâce aux nombreuses spécificités du conte, notamment celle de faciliter l'établissement d'un lien avec l'enfant (Belmont, 2019), cet outil est devenu fort utile dans le domaine de la psychologie. Dans les prochaines sections de ce chapitre, nous verrons brièvement comment certains personnages clés du XX^e siècle dans le champ de la psychologie ont contribué à l'emploi du conte pour mieux appréhender le monde intérieur d'un individu, l'aider à se découvrir et entrevoir des voies favorables au dénouement de ses difficultés affectives. Passons maintenant à la présentation des trois champs en psychologie où le conte trouve sa pertinence.

2.2 Le conte dans le cadre d'un psychodiagnostic

Sigmund Freud (1900/1967), fondateur de la psychanalyse, a découvert que les rêves, les lapsus, les actes manqués et les créations imaginaires, accompagnées de leurs symboles, inversions, substitutions et déplacements, peuvent être interprétés pour révéler les désirs refoulés et conflits psychiques d'un individu,

à la source de ses pensées, ses sentiments et ses comportements souffrants. Ces découvertes ont jeté les bases de la compréhension du psychisme humain et ont ouvert des voies d'accès à l'inconscient.

Depuis cette découverte, l'analyse des créations imaginaires d'une personne s'est avérée être un moyen judicieux de fournir des indications pertinentes sur le monde interne d'un sujet. Un éventail d'outils projectifs a ensuite été développé pour favoriser les créations imaginaires (Coulacoglou, 2006; Grenier, 2002). Dans l'optique d'une recherche de connaissance de sa propre subjectivité, la genèse de contes ou les tests de complétion de phrases, de dialogues ou de récits représentent deux approches couramment utilisées en matière d'évaluation psychologique pour accéder au monde interne d'un individu. Ces méthodes projectives offrent à un sujet l'occasion de projeter différents aspects de sa personne. En analysant les constructions langagières dans un récit raconté par un sujet, notamment en ce qui concerne les contenus, les signifiants, la syntaxe structurale, les représentations et les affects, l'évaluateur peut dégager différentes conduites défensives mettant en relief des registres conflictuels spécifiques et des problématiques (Brelet-Foulard et Chabert, 2003).

Dans le premier cas, qui correspond à la genèse de conte, la personne est invitée à créer une histoire de vie sans aucune contrainte. Diverses études montrent que ces récits peuvent fournir du matériel sur différents aspects psychologiques, tels que les représentations des figures parentales et de l'humeur (Poudat et Boulard, 2014), l'image de soi, l'idéal de la personne, la détresse émotionnelle qui y est associée (Luborsky, 1993) ainsi que sa relation à l'objet (Chromé et coll., 2000).

Dans le deuxième cas, qui concerne les tests de complétion, différentes techniques sont employées pour inciter l'élaboration d'un conte tel que le *Test des contes de fées* de Coulacoglou (2013), la *Méthode des fables* de Düss (1950), le *Test des contes* de Royer (1970) et de Tychey (2010), le *Children Apperception Test* (C.A.T.) de Bellak et Bellak (1949). Diverses études ont examiné les propriétés psychométriques des tests projectifs mentionnés précédemment. Dans cette section, l'objectif est d'illustrer des recherches fournissant un éclairage sur les informations accessibles liées au vécu subjectif d'un individu à partir des récits qu'il élabore.

Par exemple, le *Test des contes de fées* administré à 803 enfants en 1993, puis à 873 jeunes entre 2001 et 2003 (Coulacoglou, 2014), a été conçu pour évaluer les traits de personnalité d'une population infantile. Les 21 cartes constituant ce test, représentant des personnages de contes populaires, se sont révélées efficaces pour détecter, dans les récits des enfants, 30 variables de la personnalité divisées en cinq

catégories (l'agressivité réactive et proactive, le retrait social, l'ambivalence, la jalousie possessive et l'utilité contre l'envie) et la qualité de la relation entre les parents et l'enfant, la dynamique familiale ainsi que l'impact d'événements de la vie sur l'enfant tels que la naissance d'un frère ou d'une sœur, le divorce, la maladie, l'hospitalisation ou le décès d'un proche. De plus, cet outil a été considéré comme efficace pour évaluer la nature et le niveau d'anxiété, la dépression, l'estime de soi, le contact avec la réalité, la force du moi, et son fonctionnement incluant les mécanismes de défense privilégiés (Coulacoglou, 2014). D'autres recherches ont montré qu'il possédait les propriétés psychométriques nécessaires pour évaluer le développement affectif de l'enfant dans diverses cultures (Coulacoglou et coll., 2008; Coulacoglou et Kotsoni, 2008), les comportements d'extériorisation et d'intériorisation (Savina et coll., 2012) ainsi que l'agressivité (Coulacoglou et coll., 2008) les troubles d'apprentissage (Souyouldzoglou, 2008a) et troubles mentaux (Souyouldzoglou, 2008b).

La *Méthode des fables* de Düss a été reconnue, quant à elle, pour son efficacité dans l'identification rapide des zones complexes sur le plan affectif, telles que les complexes de sevrage, des frères et sœurs, de Caïn, de culpabilité, de castration ou d'Œdipe, incluant l'agressivité, les désirs de mort et d'autopunition ainsi que le niveau de sévérité de ces dimensions (Guyot et Ancelin, 1950). Dix petites fables, où un héros, soit un enfant ou une bête, se trouve dans une situation déterminée représentant un stade de l'évolution de l'inconscient, confrontent l'enfant au choix d'une voie pour compléter ses récits, choix qui est susceptible de réveiller et de refléter des complexes auxquels son parcours développemental peut être fixé (Guyot et Ancelin, 1950).

Ducros (1959) a utilisé quatre fables de Düss pour comparer les réponses de 300 enfants provenant de divers milieux familiaux distincts. Ces groupes étaient caractérisés soit par (1) une structure familiale constituée d'une mère et d'un père unis et vivant ensemble, (2) une atmosphère familiale défavorable, (3) des parents divorcés, (4) des parents décédés, ou encore (5) une structure familiale inexistante. En regroupant les réponses des enfants issues des milieux perturbés (des quatre derniers groupes susmentionnés) et en les comparant avec celles des enfants provenant de milieux « normalement constitués » (premier groupe), les chercheurs ont observé chez les enfants issus de « milieux perturbés » une prédominance de réponses chargées affectivement, notamment en lien avec des vécus de solitude, de colère, de peur d'être seul, de mourir ou du décès d'une figure significative, lorsque le complexe œdipien n'est pas en cause. Passi Tognazzo et Zanettin Ongaro (1975) ont, pour leur part, fait passer ce

test à 290 individus âgés de 8 à 21 ans et ont montré qu'il était efficace pour dépister, à grande échelle, des problèmes émotionnels majeurs chez les adolescents et les adultes.

En 2009, Sarris a démontré, à partir de cas cliniques, que les récits issus du C.A.T. et des fables de Düss facilitaient la projection des représentations de membres de la famille chez des enfants prépsychotiques, révélant ainsi les problématiques familiales sous-jacentes telles qu'une image parfois hyperprotectrice et dominante de la figure maternelle procurant à l'enfant un sentiment de quiétude, tandis que le rôle du père peut apparaître secondaire mais engendrer le positionnement de l'enfant en tant que pilier au côté de la mère et des angoisses prégénitales (p. ex. de dévoration, de mort, de perte d'objet et de culpabilité) devant le père. Un contexte suscitant des besoins de protection, d'unité familiale, donnant un caractère dangereux à l'indépendance.

En 2017, Vladislav et Marc ont également illustré que ces deux mêmes tests avaient permis de distinguer l'image de soi et les figures parentales de 80 enfants issus, à parts égales, de famille en situation de divorce ou de familles intactes. Les études subséquentes ont aussi permis de faire la démonstration que les fables de Düss permettent d'explorer : la capacité à faire face aux pertes futures (Spurio, 2020), les représentations de la mort en lien avec les types d'attachement (Procaccia et coll., 2018), le niveau de résilience chez de jeunes enfants touchés par le VIH et le SIDA (Ebersöhn et coll., 2015; Grobler, 2011), la représentation des images de la famille de l'enfant (Sarris, 2009), les peurs (Simond, 2008), la vulnérabilité sociale et le niveau d'adaptation des enfants atteints de paralysie cérébrale (Nielsen, 1964) ainsi que les traits distinctifs des enfants vivant dans un environnement dit « anormal » (Ducros, 1959).

L'utilisation du *Test des contes* de Royer (1978), pour sa part, a permis d'évaluer l'image de soi (Diwo et De Tychey, 1992) et le niveau de capacité à introjecter une représentation suffisamment positive de sa figure d'attachement, indicateur des tendances dépressives face aux séparations (Royer, 1978).

Bien que les méthodes projectives soient distinctes l'une de l'autre, chacune d'elles offre généralement à l'enfant de présenter sa façon de faire face aux aspects non acceptés de soi, par le recours aux mécanismes de défense (Coulacoglou, 2014). Les outils facilitant la création d'un récit s'avèrent être une ressource précieuse pour les cliniciens afin d'explorer la résonance psychique des comportements difficiles chez les enfants, particulièrement chez ceux pour qui le tableau clinique peut être complexe, voire contradictoire (Brelet-Foulard et Chabert, 2003; Coulacoglou, 2014).

Bien que leurs utilisateurs soutiennent que les tests projectifs offrent des aperçus uniques sur les processus psychiques inconscients, leur utilisation s'est restreinte depuis quelques années malgré leur apparition il y a plusieurs décennies. De nombreux auteurs (voir, p.ex. : Lilienfeld et coll., 2000; Wood et coll., 2002, 2015) ont remis en question la qualité des évaluations qui se concentrent sur les processus inconscients du fonctionnement psychique plutôt que sur les symptômes manifestes. Cette situation peut s'expliquer par plusieurs facteurs, notamment des questionnements éthiques, des préoccupations liées à la validité et la fiabilité des résultats, ainsi qu'un manque de normes dans certains cas.

Sur le plan éthique, la compréhension par le patient de la nature ambiguë et subjective des tests peut soulever des réflexions. Certains patients peuvent ne pas comprendre comment leurs réponses seront interprétées ou utilisées, ce qui peut compromettre la capacité à donner un consentement véritablement éclairé. De plus, on a soutenu que chaque évaluateur peut percevoir des éléments différents dans les mêmes réponses, en fonction de sa propre expérience, de sa formation et de sa perspective. Cette subjectivité et les variations dans les interprétations d'un évaluateur peuvent soulever des préoccupations quant aux biais potentiels dans l'évaluation. Certains peuvent craindre que les cliniciens projettent leurs propres enjeux sur les réponses des patients (Lilienfeld et coll., 2000).

Or, les tests projectifs représentent pour un clinicien d'orientation psychodynamique des outils précieux permettant d'accéder aux éléments signifiants et inconscients de la conduite individuelle (Bernaud, 2014), qu'un individu ne peut signaler dans un test objectif tel le *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2* (MMPI-2) qui ne permettent pas l'expression de ce dont l'individu n'a pas conscience (Finn, 1996). Les tests projectifs atteignent un niveau différent de la personnalité qui n'est pas visible pour la plupart des gens ni pour la personne elle-même. Les difficultés ne se posent que lorsque la personne rencontre des situations très émotives, interpersonnelles ou inconnues (Finn, 1996).

Ainsi, le cadre de référence et la démarche d'analyse des difficultés diffèrent-ils fondamentalement d'une approche axée sur l'observation des seuls symptômes. Dans le contexte d'un psychodiagnostic, l'un des objectifs du clinicien adoptant une approche psychodynamique est de repérer chez un individu les conflictualités inconscientes et leurs spécificités pouvant compromettre sa capacité : a) à se percevoir en tant qu'individu, b) à aimer, c) à être aimé, et d) à sublimer tout en maintenant une productivité ainsi qu'une vie relationnelle satisfaisante (Brunet et Casoni, 2011). Les hypothèses du clinicien visent ainsi à rendre compte de la spécificité des modalités de fonctionnement psychique propres à chaque sujet

(Brelet-Foulard et Chabert, 2003). D'un point de vue structuraliste (Bergeret, 1996; Kernberg, 1995), le clinicien s'intéresse principalement à la résonance des productions verbales à travers des axes organisateurs de la personnalité. L'appropriation de la subjectivité d'un patient rend nécessairement, en revanche, la reproductibilité des résultats plus difficile, contrairement aux questionnaires de personnalité standardisés, qui ont gagné en popularité dans des contextes cliniques, où des mesures précises et uniformes sont recherchées pour des décisions et des comparaisons rapides.

Chacune des méthodes projectives exploitant les créations imaginaires présente un intérêt certain dans un contexte de psychodiagnostic. Néanmoins, il est évident qu'il est insuffisant de se baser exclusivement sur les résultats d'une seule épreuve, quelle qu'elle soit, pour parvenir à des conclusions. Le couplage de différentes méthodes contribue à étayer la réflexion et à affiner les hypothèses (Abgrall et coll., 2014).

2.3 Le conte dans le cadre d'une intervention thérapeutique

Dans son ouvrage intitulé *Foundations of Play Therapy*, Schaefer (2011) explore les potentialités thérapeutiques du jeu en mettant en lumière sa capacité à induire le changement au cœur de la thérapie par le jeu. Malgré la pluralité des approches théoriques et des méthodes employées en psychothérapie, le conte demeure généralement reconnu comme un outil favorisant l'approfondissement de la connaissance de soi et le développement personnel (Chouvier, 2023; Gardner, 1971; Schaefer, 2011).

L'utilisation du conte en psychothérapie a été influencée par divers cliniciens, parmi lesquels figurent incontestablement Donald Winnicott (1971/1975) et plus récemment René Roussillon (2013). En effet, l'introduction de concepts novateurs tels que *l'objet transitionnel* et *l'espace intermédiaire et potentiel* par Winnicott, ainsi que celui de *médium malléable* repris par Roussillon (2013) sur la base des travaux antérieurs de Marion Miller (de Mijolla, 2002) ont suscité l'intérêt de nombreux professionnels pour la mécanique du conte en psychothérapie avec les jeunes.

Le premier concept, l'objet transitionnel, désigne un objet (comme une peluche, une couverture) qui aide l'enfant à faire la transition entre la dépendance à la figure d'attachement et l'autonomie (Winnicott, 1971/1975). Le conte peut jouer un rôle similaire, offrant aux enfants des figures symboliques sécurisantes, encourageant la transition vers une plus grande individualisation et une vie autonome (Raguenet, 1999).

Le second concept, l'espace intermédiaire et potentiel, fait référence à une zone psychique située entre le monde intérieur de l'individu et le monde extérieur, permettant à l'enfant de naviguer entre la réalité et l'imaginaire (Winnicott, 1971/1975). Le conte permet de créer un tel espace d'illusion où les aspirations d'un individu peuvent s'exprimer sans entrave. Cet espace paradoxal, du lieu et du non-lieu, lève les barrières et estompe l'angoisse, permettant le plaisir de jouer avec ses pensées, d'exercer une omnipotence imaginaire, de rêver et de découvrir et apprivoiser son monde interne et externe, ainsi que des façons de s'y adapter. L'enthousiasme du conteur, sa voix, ses mimiques, ses regards, ainsi que la richesse des symboles et des images issues de l'activité conte mobilisent la vie psychique des auditeurs par la sensorialité et assure son ancrage, facilitant ainsi le passage dans un monde envoutant dégagé de pesanteur et d'interdits sur une courte durée pour permettre un lâcher-prise (Chouvier, 2023).

Enfin, le troisième concept de médium malléable désigne un support qui est disponible, flexible, prévisible, constant, transformable et adaptable, tout en étant suffisamment résistant à la destructivité. Ce type de médium offre un potentiel d'expériences créatives, ainsi qu'un sentiment de continuité et de permanence de l'objet (Roussillon, 2013). Le conte incarne ces caractéristiques de médium malléable. Cet outil narratif thérapeutique s'adapte à tous les âges et types de pathologies. Il facilite l'exploration de thèmes difficiles en maintenant une distance sécurisante. Le conte devient un voyage où l'individu peut s'abandonner au pouvoir des êtres protecteurs et naviguer à travers ses rêves et craintes, en bénéficiant d'une structure qui soutient son exploration, la compréhension de son vécu, sa transformation personnelle, sa maturation et son retour à un équilibre (Chouvier, 2023).

Ces notions ont évidemment profondément influencé de nombreux professionnels en santé mentale, engendrant un engouement pour ce médium, tout comme le jeu, dans un travail psychothérapeutique avec des jeunes pour favoriser le développement émotionnel et psychologique des enfants dans un cadre ludique et plaisant. Ainsi, depuis le milieu du XXe siècle, de nombreux écrits ont été consacrés au conte et à son utilité dans différentes approches utilisées en psychothérapie. Nous avons identifié cinq approches principales :

- (1) les contes populaires ou traditionnels (Bettelheim, 1976);
- (2) l'approche narrative mutuelle, également connue sous le nom de « *Mutual Storytelling Technique* » (Gardner, 1971);
- (3) les contes thérapeutiques axés sur des thématiques affectives (Lajoie, 2011);

- (4) la création individuelle d'un récit merveilleux par l'enfant lui-même (Chromé et coll., 2000);
- (5) les contes taillés sur mesure par le clinicien (Raguenet, 1999).

Nous proposons dans ce qui suit une brève présentation de chacune de ces approches, ainsi qu'un aperçu des conclusions de diverses études ayant eu recours à ces techniques, soulignant leurs potentialités en psychothérapie.

2.3.1 Utilisation des contes populaires ou traditionnels

Les contes populaires, tels ceux des frères Grimm comprennent des histoires comme celles de *Cendrillon*, *Raiponce*, *Hansel et Gretel* présentant une structure narrative relativement simple et des symboles reconnaissables leur étant associés, par exemple des héros, des méchants, des aidants, le bien et le mal, considérés intelligibles pour les enfants (Bettelheim, 1976) et les adultes qui sont encore en contact avec leur « enfant intérieur » (Coulacoglou, 2014, p. 177).

Dès le début du XX^e siècle, Sigmund Freud s'était lui-même tourné vers ce type de conte dans le cadre de sa pratique psychanalytique. Différents contes, notamment « Le loup et les sept chevreaux » des frères Grimm, lui ont servi d'exemples symboliques pour illustrer des analogies avec les enjeux inconscients de ses patients. Le cas clinique de *L'homme aux loups* (Freud, 1918/2020) qui relate la cure psychanalytique d'un jeune homme dans la vingtaine, en est une illustration. Ses analyses de différents clients lui auraient aussi permis d'observer que les créations imaginaires constituent un substitut à la satisfaction de désirs refoulés au cours de l'enfance.

Vers la même époque, Carl Gustav Jung, psychiatre suisse et psychanalyste, reconnu pour ses théories sur l'inconscient collectif et les archétypes dans le fonctionnement de l'esprit humain, s'est également intéressé au conte. De son point de vue, les contes constituent des parcours emblématiques en mesure

d'orienter l'individu vers la découverte de ses zones d'ombres ainsi que vers l'intégration d'aspects de soi tels que l'*anima*⁷ et l'*animus*⁸, afin de les harmoniser au moi conscient (von Franz, 1974/1980).

Marie-Louise von Franz, psychologue suisse inscrite dans la lignée de la psychologie analytique de Jung, a mis de l'avant dans son ouvrage *L'interprétation des contes de fées* (1970/1980) que les archétypes présents dans les contes offraient une fenêtre privilégiée sur les profondeurs de l'inconscient collectif, ainsi que sur les luttes, les défis et les triomphes de la psyché humaine. Elle a souligné la pertinence de ces symboles pour l'exploration introspective, la compréhension de soi et la transformation personnelle. De plus, cette auteure a montré comment l'identification aux personnages des contes pouvait aider un individu à cheminer face aux défis et aux transitions de vie (von Franz, 1990, citée dans Rondeau, 2009).

Ensuite, en dépit des critiques lui ayant été adressées post mortem, Bruno Bettelheim (1976) a produit une analyse désormais classique des contes merveilleux, exposée dans son livre *Psychanalyse des contes de fées*. Bien que certaines de ses réflexions aient été jugées rigides et univoques, notamment en ce qui concerne l'utilité des contes modernes versus traditionnels, de nombreux cliniciens reconnaissent Bettelheim comme un pionnier ayant profondément influencé l'utilisation des contes en psychologie (Larivée et Sénéchal, 2011). Selon lui, les contes merveilleux abordent de grands thèmes liés au développement affectif (Bettelheim, 1976) englobant les préoccupations et aspirations fondamentales de l'humanité (Borgogno, 2018). Leur objectif serait de favoriser la structuration psychologique de l'enfant sur le plan affectif (Bettelheim, 1976). Leur fonction principale consisterait à guider l'enfant dans la gestion et la socialisation de ses désirs omnipotents, en offrant des réponses imaginaires face aux conflits réels (Chromé et coll., 2000). Par exemple, Bettelheim (1976) avance que l'histoire des Trois petits cochons aide à intégrer le besoin pour mûrir de passer du principe de plaisir, dominé par la prévalence de la toute-puissance infantile, au principe de la réalité, régi par les contraintes de la vie quotidienne.

⁷ L'*anima*, selon la définition de Jung (1933/1962), représente l'archétype féminin dans l'inconscient des hommes, incarnant des traits tels que l'intuition, l'émotion et la réceptivité. Elle se manifeste souvent à travers les rêves ou les fantasmes, permettant l'accès à l'inconscient et à des aspects intérieurs jusque-là inexplorés. L'intégration de l'*anima*, chez l'homme, offre une nouvelle attitude plus ouverte, qui atténue les rigidités psychiques.

⁸ L'*animus* est l'archétype masculin dans l'inconscient des femmes. Il représente des traits et des qualités masculines, telles que la rationalité, la logique et l'affirmation de soi. L'*animus* aide les femmes à intégrer et à développer leur force intérieure.

Ces concepts soulignent l'importance de l'intégration et de l'équilibre entre ces dimensions masculines et féminines dans la psyché pour le développement personnel.

Plusieurs auteurs tels que Diatkine (1998), Bonnafé (1994) ou Borgogno (2018) ont reconnu le conte comme un objet de relation entre le clinicien et l'enfant, favorisant la création d'un espace transitionnel entre la réalité et l'imaginaire, la symbolisation des causes des symptômes et la libération de l'incompréhension à la source de la souffrance. Sa forme littéraire comprenant un lieu d'action non défini, représenté par des expressions telles « Il était une fois... », encourage les projections créatives (Picard, 2002) en procurant la possibilité de manipuler les phénomènes extérieurs par ce qui est souhaité (Gutfreind, 2002). De plus, il inspire l'espoir et insuffle le courage de rechercher ses propres solutions pour affronter ses conflits intrapsychiques (Chaxel et coll., 2014; Grenier, 2002).

Schneider (2005) a proposé que la fonction de l'imaginaire offerte par le conte n'était pas tant de fuir le réel, mais plutôt de produire le réel. Dans le même esprit, Auster (2009) explique qu'en suggérant autre chose que la réalité, le conte amènerait l'auditeur à voir ce qu'il a devant les yeux et qu'il n'arrive pas à percevoir.

Les résultats de recherche de Gutfreind (2002) suggèrent que les ateliers contes animés par des enseignantes-lectrices ont permis à des enfants de parents divorcés de trouver une voie d'ouverture pour entamer des verbalisations créatives autour de leurs difficultés et prendre plaisir à écouter raconter des histoires offrant des représentations à leurs propres expériences. Ce chercheur explique que la « fonction alpha » (au sens de Bion, 1962) des lectrices, comme celle de la mère contenante, aiderait les enfants à métaboliser les expériences émotionnelles non disponibles à la pensée (éléments bêta), les transformant en pensées cohérentes et intégrées (éléments alpha). Ainsi, les excitations initiales des enfants, traduites par des cris ou de l'agitation motrice (éléments bêta associés à des sensations, impulsions et affects non compris et non représentés), auraient évolué vers des verbalisations d'affects ressentis, telles que la peur, la tristesse et la joie.

D'après l'étude menée par Lubetsky (1989) portant sur trois cas d'enfants exposés aux contes d'Hansel et Gretel, du Petit Chaperon rouge et de Blanche-Neige, ces récits ont servi de pont vers des étapes antérieures du développement tout en ouvrant des perspectives sur l'avenir. Ils auraient encouragé l'expression des préoccupations, la réflexion, la sublimation et le refoulement des pulsions, canalisant ainsi l'énergie vers des activités plus productives. Les résultats de cette recherche montrent que les contes de fées sont une voie pour vaincre diverses craintes dont la peur des représailles, de l'abandon et le sentiment d'infériorité, tout en favorisant l'émergence d'une indépendance croissante chez l'enfant.

En s'inspirant de l'approche de Lafforgue (2002), qui a mis en place des ateliers de conte de fées avec des enfants, Borgogno (2018) a mené des observations précieuses en unité d'accompagnement auprès d'enfants autistes et psychotiques. Elle a notamment noté une nette préférence chez ces jeunes pour la voie cognitive plutôt que la voie pulsionnelle, cette dernière étant plus courante dans le développement typique. Elle explique que les enfants qui ont accès à la parole et un rapport construit avec l'autre trouvent généralement du plaisir dans les fantasmes qui émergent de la lecture d'un conte, grâce à un niveau plus élevé de différenciation psychique entre le dedans et le dehors, le soi et l'autre, le fantasme et la réalité. En revanche, les enfants présentant un trouble grave de l'autisme ou psychotiques, dont le lien à l'autre est grandement affecté, présentent une circulation de l'énergie pulsionnelle et une communication corporo-émotionnelle entravées, liées à l'angoisse d'une désorganisation, dues au manque de structuration (de protection) psychique. Ces enfants cherchent ainsi, bien souvent et désespérément à se raccrocher à des éléments concrets de la réalité (p. ex. une toupie, des objets sécurisants) pour fuir leur réalité interne. Son analyse d'un cas clinique type démontre que les ateliers de contes, chez les enfants présentant ces caractéristiques, favorisent des prises de conscience au niveau de l'enveloppe corporelle et du monde externe ainsi que la construction progressive de représentations plus évoluées de soi et des environnements de l'enfant. L'analyse des dessins d'un enfant, partant de gribouillages à des bonhommes et lieux de plus en plus définis et différenciés de séance en séance, a permis d'appuyer ces conclusions.

Dans ses conclusions Borgogno (2018) a souligné avoir observé l'importance que revêtent les ateliers-contes pour les enfants confrontés à ces défis. Ces ateliers fournissent ce qui leur fait défaut, à savoir un cadre structurant et contenant, leur permettant d'écouter de manière détachée, d'assimiler la structure du conte, notamment lorsqu'il est narré d'une voix neutre pour maintenir leur attention sans les effrayer (les « crics », « cracs » et émotions leur sont insupportables). Ce cadre leur offrirait l'occasion de « penser une pensée », selon les termes de Bion (1962), avec moins de craintes, et favoriserait l'inscription des pensées qui permet l'accès à la symbolisation et leur engagement dans le langage comme le jeu, aidant à distinguer l'imaginaire de la réalité. Cette approche aiderait ainsi l'enfant à s'éloigner de la confusion, du corps à corps, et des comportements rigides et agressifs face aux changements. Ces idées vont dans le sens de celles de Chouvier (2023) qui indique que la neutralité du conteur peut permettre, lors d'un accroissement de l'excitation chez un auditeur, l'optimisation de la régulation émotionnelle.

2.3.2 Utilisation de l'approche narrative de la « *Mutual Storytelling Technique* »

Développée par Richard A. Gardner, pédopsychiatre américain et auteur de *Therapeutic Communication with Children: The Mutual Storytelling Technique* (1971), cette méthode de communication applicable à un grand éventail de problématiques de l'enfance consiste en la cocreation d'une histoire entre le clinicien et un individu, particulièrement les enfants et adolescents. Comme le rêve, l'histoire autocréée est une voie vers l'inconscient. Dans l'éventualité où un enfant résolve son récit de manière inadaptée, le clinicien répond au sujet avec une fin qui représente une résolution plus saine (Gardner, 1971). Gardner a noté que l'observation de tentatives par l'enfant de substituer des solutions plus saines aux conflits précédemment proposés par le thérapeute dans ces histoires constitue une indication du progrès thérapeutique (Gardner, 1971). Ce type de narration mutuelle à travers un conte est considéré par plusieurs auteurs comme un véhicule permettant : a) de projeter ses propres expériences sur les personnages et situations; b) de refléter les défis, les conflits et affects auxquels l'individu est confronté dans sa vie; c) d'acquérir une meilleure clarté et perspective sur ses propres problèmes, et d) de développer des compétences en matière de communication, de résolution de problème et de régulation émotionnelle (Gardner, 1971; Mutchnick et Handler, 2002; Schaefer, 2011).

2.3.3 Utilisation de contes thérapeutiques

Les contes thérapeutiques sont une approche distincte traitant généralement d'expériences affectives particulières et douloureuses vécues par de nombreux enfants tels que la maltraitance, l'inceste, les placements répétitifs, les conflits de loyauté, le rejet, la psychose, les secrets de famille, l'énurésie, la surprotection, la vengeance, les contentions physiques, le deuil. Ainsi, les personnages de ces histoires transforment les expériences humaines caractérisées par de véritables impasses en récit tolérable. De ce fait, ces histoires préviennent l'enfermement dans la pensée magique en proposant des réalités un peu plus assimilables et des solutions constructives aux défis présentés (Lajoie, 2011).

Les *Contes de résilience* de Gérald Lajoie (2011) en sont une illustration. Ce psychologue doté d'une expérience significative dans les centres de protection de l'enfance a observé que de nombreux enfants deviennent souvent étrangers à eux-mêmes en évacuant de leurs pensées certaines expériences traumatisantes de leur histoire. Les maux qu'ils développent, tels que l'agitation, la passivité, les comportements agressifs, les symptômes somatiques, dépressifs et/ou anxieux, deviennent ainsi des substituts à la parole pour exprimer leur souffrance. Ces manifestations peuvent alors sembler dénuées

de sens pour les jeunes concernés et leur entourage, car aborder ces sujets directement avec eux demeure souvent difficile.

L'auteur a observé chez ces enfants que, par l'intermédiaire de l'imaginaire, les contes thérapeutiques atténuent leurs angoisses et les conduites désorganisées qui en découlent. Ils peuvent alors aborder leur vécu traumatique et réapprendre à ressentir leurs émotions, à penser, à imaginer, à communiquer, à faire confiance aux autres et espérer. Dans le guide accompagnant sa collection de contes, l'auteur souligne les conditions essentielles à la réussite d'une intervention à l'aide d'un conte thérapeutique. Il explique d'abord que le manque d'intérêt initial d'un enfant face au conte peut signifier l'absence de déploiement de l'aire de jeu, une augmentation de l'anxiété, ou que l'activité ne lui convient pas. Il encourage, tout intervenant à préconiser la création d'un environnement valorisant le caractère spécial de la relation entre l'adulte et l'enfant, en évitant tout jugement ou comportement intrusif. Il souligne également l'importance de nourrir la curiosité du jeune avant l'activité de conte, en évoquant par exemple une phrase clé, telle qu'« Un jour, il faudrait bien que je te raconte l'histoire de Sapinet, un lièvre très spécial! » (Lajoie, 2011).

Ce psychologue explique ensuite qu'en adoptant une narration à la troisième personne, le conte thérapeutique joue un rôle de tiers permettant à l'enfant de se sentir protégé des drames qui surviennent à des personnages fictifs extérieurs à lui. En faisant appel à l'imaginaire, ces histoires captivent l'attention des enfants en les transportant dans un monde où ils peuvent arriver à apprivoiser leur réalité, avec de nouveaux compagnons incarnant une promesse de plaisir. Il ajoute ensuite que le maintien d'un équilibre entre la réalité de l'enfant et des éléments trop éloignés de son vécu permet au conte thérapeutique de conserver son aspect ludique et de réduire la charge affective de l'enfant pour susciter son intérêt et le maintien de son attention. Cette juste distance évite que l'enfant se sente dans l'obligation de décrocher pour fuir ses propres expériences troublantes, ou se sente incapable de s'identifier à des personnages qui ne correspondent pas à sa réalité.

Ce processus permettrait aussi à l'enfant de voir que l'innommable est abordé par d'autres sans catastrophe. Le conte aiderait ainsi l'enfant à aller au bout de sa peine, afin d'arriver à rebondir sur des bases authentiques. En réalisant qu'il n'est pas seul, ni méchant, ni fou, ni marginalisé, ni incompris, l'enfant ressentirait un sentiment de soulagement et un changement de perspective, indispensable à son apaisement et à l'émergence de son désir de devenir maître de sa propre histoire (Lajoie, 2011).

La finalité d'un conte thérapeutique est ainsi, selon Lajoie (2001), de sortir l'enfant et son entourage d'un cycle de défenses qui enferment chacun dans une impasse émotionnelle. Cet objectif devient possible en substituant les silences par la communication, l'évitement par la curiosité, les attaques contre les liens par la symbolisation, l'isolement par la construction d'une relation de confiance, l'impuissance par la stimulation de la créativité, la répétition par la liberté de choix, ainsi que la pensée magique et les espoirs illusoires par des deuils progressifs et l'intégration d'une réalité mobilisante.

2.3.4 Création individuelle d'un récit merveilleux

Le principe général de l'activité de création d'un récit merveilleux est d'encourager l'enfant, à partir d'une consigne et formulation établie, à inventer un conte par lui-même, oralement dans le moment présent, en utilisant son imagination (Chromé et coll., 2000).

L'étude menée par Chromé et ses collaborateurs en 2000, qui a porté sur 16 enfants de 8 ans, suggère que leur outil d'investigation des processus de pensée, encourageant la création d'un conte, s'est avéré bénéfique, à la fois sur le plan diagnostique et thérapeutique. Les chercheurs expliquent que la demande de création narrative vise à favoriser l'accès à la transitionnalité, selon la terminologie de Winnicott (1971/1975), et à permettre la création d'un lieu où les mots et les choses peuvent se relier et rendre une représentation à des expériences en manque d'élaboration, facilitant ainsi le langage et la création d'un récit. Chez tous les enfants de l'étude, cette activité aurait ainsi facilité leur verbalisation, la production de scénarios relationnels et la possibilité de rejouer leurs conflits et angoisses.

2.3.5 Utilisation de contes taillés sur mesure

Pour Ragueneau (1999), les contes taillés sur mesure, s'inscrivant dans une approche clinique psychodynamique, amènent le clinicien à exploiter les révélations de l'enfant en psychothérapie, dans son intérêt, pour élaborer un récit sous la forme d'un conte personnalisé, à son attention. Ce récit traduit l'histoire interne de l'enfant et lui permet de mieux comprendre sa souffrance émotionnelle à la source de ses difficultés. L'utilisation judicieuse de ce type de conte offre une voie non catastrophique au retour du refoulé issu de l'inconscient vers le préconscient et le conscient, facilitant la communication entre différentes instances psychiques pouvant se trouver en conflit (le ça, le moi et le surmoi) et contribuant à la mise en place d'un moi unifié.

Dans son livre *La psychothérapie par le conte*, Raguinet (1999) illustre à l'aide de différents cas cliniques les mécanismes d'action du conte dans une psychothérapie d'approche psychodynamique avec les enfants. Il explique comment l'évolution de l'intrigue favorise l'identification de ce dernier aux personnages et événements de l'histoire ainsi que la stimulation du ça. Dans ces circonstances, le conte jouerait le rôle d'un appât, faisant émerger le contenu refoulé face aux scènes qui le sollicitent, en accord avec ce que Freud associait à la prime de séduction et les plaisirs préliminaires. Lorsque les fantasmes de l'enfant affleurent à son conscient, celui-ci s'éloigne brièvement de ses symptômes manifestes, se dirigeant vers les contenus latents générateurs de symptômes. En déplaçant l'attention de l'enfant des symptômes et des solutions vers les causes sous-jacentes, le conte libère la pensée de la contrainte du surmoi paralysant, contrairement à d'autres formes narratives telles que les fables, reconnues pour faire davantage appel au surmoi par une leçon de morale. Ainsi, le clinicien encourage l'enfant à aborder ses difficultés en se rapprochant de ses souvenirs pulsionnels refoulés angoissants plutôt que de rester focalisé sur une compréhension rationnelle de ses maux.

Raguinet (1999) explique que ce processus entraîne une baisse des résistances, préparant ainsi le terrain à la phase de régression vers des points de fixation dans le passé tels que la période œdipienne, le stade anal ou la phase orale. Sous l'influence de processus pulsionnels et affectifs, les idées, affects et sensations de l'enfant se bousculent, rendant sa pensée imprécise, son langage hésitant, désordonné, peu clair et marqué de contradictions, indiquant la présence d'enjeux. La revisite du passé, en s'identifiant aux personnages, permettrait à l'enfant, de faire des associations et de prendre conscience des origines de ses difficultés sans se sentir personnellement visé et jugé (Mills et Crowley, 1986, cité dans Raguinet, 1999). Les situations inconscientes se mettraient en voie de symbolisation sous une forme acceptable pour le moi, permettant ainsi qu'elles soient appréhendées autrement (Raguinet, 1999). Dans ces conditions, le conte permettrait la transition des processus primaires en processus secondaires⁹ et des fantasmes inconscients en fantaisies préconscientes (Kaës, 1984, cité dans Raguinet, 1999).

En fin de compte, Raguinet (1999) a constaté, dans sa pratique clinique, que le conte personnalisé à l'enfant ainsi que l'attitude d'écoute attentive pouvaient permettre l'expression de souvenirs refoulés

⁹ Les processus primaires et secondaires représentent deux modes de fonctionnement distincts de l'appareil psychique. Les processus primaires, au service du principe du plaisir, définissent le système inconscient. L'énergie s'écoule librement dans le but d'une décharge sans considération de la réalité du monde extérieur (de Mijolla et coll., 2002). En revanche, les processus secondaires, sous le contrôle du principe de réalité, caractérisent le système préconscient-conscient. L'énergie est reliée aux représentations et circule sous l'influence du principe de plaisir permettant l'émergence de réflexions plus affranchies de la pression du désir immédiat de satisfaction (Académie nationale de médecine, 2024).

particulièrement angoissants comme la crainte de sa colère et de l'émergence d'une dépression latente. Pour d'autres qui parlent plus ouvertement, le conte pourrait contribuer à maintenir le dialogue ouvert sur des difficultés vécues. Pour certains enfants très agités présentant un système défensif défaillant, et s'exprimant parfois par des cris, une incohérence verbale, une agitation motrice ou des rituels, le conte représente un contenant qui permet de passer d'une errance de la pensée sans lien à des amarrages dans le récit et l'acquisition de repères (p. ex. dehors/dedans, agresseur/agressé). De plus, par sa capacité à contenir les angoisses d'une manière non menaçante pour le moi, tel un rêve éveillé, le conte préviendrait un déséquilibre psychique en absorbant les éléments refoulés que la pensée consciente ne peut traiter (Lafforgue, 1984, cité dans Ragueneau, 1999). Le conte aiderait, finalement, à trouver des moyens de se libérer de blocages importants, tels que des inhibitions massives comme dans les cas névrotiques ou des comportements problématiques comme dans les cas limites.

2.4 Utilisation du conte dans la rétroaction d'une évaluation collaborative et/ou thérapeutique

La précédente mise en contexte concernant l'utilisation du conte dans le cadre du psychodiagnostic et de l'intervention thérapeutique présentait une panoplie de bénéfices ayant motivé certains cliniciens à recourir à son utilisation dans la rétroaction lors d'une évaluation psychologique faite à l'enfant.

Constance Fischer a illustré comment utiliser les informations révélées par l'enfant durant une évaluation psychologique collaborative pour produire un conte taillé sur mesure et traduire à l'enfant ce qui est compris de son fonctionnement psychique afin qu'il puisse saisir son mal et trouver des moyens de s'en dégager (Tharinger, 2008b). Finn (2016) explique qu'il s'est inspiré de la plupart des techniques de Fischer pour faire vivre les résultats des tests présentés à ses clients, particulièrement celle qui invite les enfants à modifier l'histoire qui présente les conclusions de leur évaluation sous forme d'un conte. Les travaux de Fischer ont donc inspiré directement les concepteurs du modèle de l'Évaluation Thérapeutique de l'enfant dans leurs pratiques liées aux comptes rendus de l'évaluation (Finn, 2016).

Pour Smith et ses collaborateurs (2010), l'efficacité de la rétroaction dans une É.T.-E. peut s'expliquer par les fondements de l'approche narrative qui considère que l'identité de l'individu est construite par ses relations et les histoires racontées à son propos. Le conte permettrait de construire, en lieu et place, des schèmes de pensée qui enferment l'individu face à son problème et des histoires alternatives lui permettant de se rapprocher de sa subjectivité et de celles des autres. Cela rejoint les propos de Roussillon (2012) qui soutient que l'on souffre du non approprié de son histoire et que l'on guérit en l'intégrant.

Il demeure que les études sur l'efficacité d'un bilan-conte que nous avons pu répertorier sont rares. Les tenants de l'approche de l'Évaluation Thérapeutique considèrent tout de même le bilan-conte comme un outil innovateur et percutant vu ses impacts positifs et curatifs appréciés des clients. Au dire de Westervelt et coll. (2007), de Tharinger et Pilgrim (2012) et de Tharinger et coll. (2009), un bilan sous la forme d'un conte, à la fois *digeste* et significatif, permet à l'enfant :

- de se sentir compris et entendu à travers l'évaluation;
- d'avoir une plus grande compréhension de soi et de ses difficultés;
- de développer une meilleure collaboration et relation avec son évaluateur;
- d'éprouver le sentiment que ses parents en ont appris davantage sur lui et leur situation grâce à l'évaluation.

D'autres auteurs ont montré l'importance clinique d'un retour collaboratif d'informations aux enfants en arrivant à des résultats similaires (Finn, 2016; Purves, 2002).

Une recherche de Tharinger et coll. (2008a) appuie cette idée en montrant qu'un bilan sous la forme d'un conte individuel offre à l'enfant une nouvelle perspective quant à ses problèmes d'une manière soutenante et sécuritaire qui lui permet de se sentir comme un interlocuteur valable et actif dans l'évaluation.

Mutchnick et Handler (2002) ont quant à eux mis en évidence, à l'aide d'un cas clinique, que les histoires thérapeutiques interactives, inspirées de l'approche narrative mutuelle de Gardner (1971), humanisent l'interaction entre l'enfant et le clinicien dans un processus d'É.T.-E. et promeuvent la collaboration du jeune pour chercher une compréhension mutuelle des difficultés et des solutions.

Les parents des enfants ayant reçu un bilan-conte ont rapporté une relation enfant-clinicien plus positive, une plus grande impression de collaboration et une plus grande satisfaction à l'égard des services psychologiques reçus dans leur ensemble (Tharinger et Pilgrim, 2012). Les résultats de Gorske et Smith (2009) vont dans le même sens en montrant, dans un contexte d'évaluation neuropsychologique, que le fait de fournir aux patients une rétroaction appropriée sur le plan du développement s'avère bénéfique et augmente la satisfaction des clients à l'égard du processus d'évaluation.

Dubé et Noël (2015) soutiennent quant à eux, dans leur article théorique, qu'une intervention centrée sur les représentations mentales passant par différentes formes de rétroaction lors d'une É.T.-E. — incluant le bilan-conte — pourrait permettre de réactiver l'empathie chez les parents et de produire divers changements bénéfiques chez l'enfant. À l'aide d'un exemple clinique, les auteurs démontrent, entre autres, comment le moment du bilan sous la forme d'un conte peut permettre au clinicien de médiatiser les représentations mentales de l'enfant (ex. des préoccupations face à l'abandon), et d'apporter aux parents une compréhension plus près des réelles préoccupations de leur enfant permettant de le voir sous un nouvel angle de manière à impacter leur empathie et la vie affective de l'enfant positivement.

2.5 Conclusion des travaux sur l'utilisation du conte

Certains cliniciens ont émis des réserves face à l'utilisation du conte dans la rétroaction d'une évaluation psychologique de l'enfant, notamment en raison du temps de rédaction anticipé pour sa création (Kim, 2015). Toutefois, la littérature suggère qu'il puisse avoir des bienfaits notables à l'utilisation d'un conte comme outil psychodiagnostic, d'intervention thérapeutique et de rétroaction dans une évaluation psychologique thérapeutique.

Plus spécialement en ce qui nous concerne pour cet essai, il ressort des publications recensées sur l'efficacité d'une Évaluation Thérapeutique de l'enfant (É.T.-E.), le sentiment subjectif des cliniciens, parents et enfants que la rétroaction par le conte est utile à bien des égards. Ses apports reposent néanmoins en grande partie, comme nous venons de le voir, sur des comptes rendus cliniques et autres observations de cas ou encore sur des études portant sur de petits échantillons aux méthodologies souvent critiquables. Ainsi, peu d'éléments ont été répertoriés au-delà des observations qualitatives des cliniciens et de la satisfaction des participants, particulièrement lors de la séance finale du processus d'une É.T.-E. Les retentissements de l'étape du bilan-conte gagneraient, selon nous, à être approfondis afin de clarifier si, effectivement, cette pratique aurait avantage à être préconisée par les psychologues dans leurs évaluations psychologiques d'enfants et de leur famille.

Dans ce contexte, il nous est apparu essentiel d'examiner une théorie fondamentale du fonctionnement psychologique. La théorie de la relation d'objet de Kernberg (1995), offre une perspective éclairante à cet égard. Elle considère le construit des représentations mentales comme un élément central à la perception de soi, des autres ainsi que des affects, elles-mêmes, la base des actions humaines ainsi que du bien-être psychologique. En tenant compte de ce postulat, il nous apparaît pertinent de centrer notre attention sur

la variable « des représentations mentales de soi, des autres et des affects » qui, selon nous, est susceptible d'être réorganisée ou transformée par les mécanismes d'action du conte. Dès lors, la prochaine section fournira une exploration sommaire du concept des représentations mentales selon une perspective psychodynamique.

CHAPITRE 3

LES REPRÉSENTATIONS MENTALES DE SOI, DES AUTRES ET DES AFFECTS

Ce chapitre expose initialement le concept du moi ainsi que son lien avec la perception du monde extérieur et du soi. Il examine également la construction des représentations mentales de soi et d'autrui, ainsi que leurs influences sur le comportement, le mode d'entrée en relation avec autrui, les expériences émotionnelles et la santé mentale. Il se conclut par une réflexion sur les effets possibles d'un bilan-conte présenté à l'enfant dans une évaluation collaborative/thérapeutique sur la transformation des représentations mentales de soi, des autres et des affects. Le développement du moi et son lien avec l'adaptation à la réalité

3.1 Le développement du moi et son lien avec l'adaptation à la réalité

Dans son article de 1950, intitulé en français *Commentaires sur la théorie psychanalytique du Moi* (Hartmann, 1967), Heinz Hartmann a quant à lui proposé un élargissement des fonctions du moi, en introduisant le concept de « moi adaptatif ». Il a ainsi contribué à une compréhension des fonctions synthétiques, intégratrices et organisatrices du moi dans l'analyse des dangers provenant du monde interne ou externe et du choix des barrières protectrices à ériger. Hartmann (1950/1967) a ainsi souligné le rôle déterminant de l'instance du moi dans la psyché humaine au niveau de l'ajustement d'un individu à la réalité. Il a également sensibilisé à l'importance de l'influence des expériences précoces sur la construction du moi et du choix des stratégies pour maîtriser les expressions des luttes libidinales ou agressives, ainsi que les défis provenant de l'environnement. Un déficit dans le développement du moi peut entraver la capacité de l'individu à neutraliser adéquatement les énergies instinctuelles (libidinales et agressives) face aux exigences internes et externes.

Dans son ouvrage de 1939 intitulé en français *La psychologie du Moi et le problème de l'adaptation* (Hartmann, 1968), l'auteur souligne plusieurs conditions nécessaires afin qu'un individu développe la capacité à concilier avec la réalité. D'abord, il doit être capable de reconnaître des objets constants et indépendants dans le monde externe, ce qui lui permet de développer une compréhension stable de la réalité. Ensuite, l'accès à des relations affectives saines est crucial pour le développement d'un sentiment de sécurité, d'appartenance et vie relationnelle saine. Un apprentissage de la capacité à différer la satisfaction des besoins issus du ça est aussi fondamental pour une adaptation réussie. En fin, pour réussir à renoncer progressivement à la satisfaction instinctuelle, le moi doit également ouvrir l'accès à de

nouvelles sources de récompenses permettant un sentiment d'une vie autonome, productive, capable de relations et libre de conflits (p. ex. la sublimation).

Hartmann (1968), évoque d'autres spécificités associées au développement d'une perception en adéquation avec la réalité. Il explique d'abord que la vie psychique de tout individu, considéré comme normal, présente, à un moment ou un autre, des éléments de déni de la réalité et de fantasmes qui commencent parfois par l'éloignement de réelles situations. Le jeu, les rêveries, l'imaginaire sont des exemples de tremplins vers une adaptation plus mature à la réalité. Il ajoute toutefois que le « surmoi » doit s'assurer que les processus d'adaptation sont soumis à certaines limites (ne soient pas utilisés excessivement et de façon rigide) et correspondent aux situations extérieures. Dans ce contexte, le surmoi constitue un modèle idéal vers lequel les tendances du moi peuvent être dirigées. Lorsque le moi ne parvient pas à s'ajuster adéquatement à la réalité et recourt à des défenses inadaptées provoquant des erreurs de perspective pour aplanir les tensions liées à la réalité, le développement d'une perception stable de soi et des autres ainsi que la pensée (en particulier la pensée causale) sont affectés. Ce contexte met à l'épreuve la préservation de l'intégrité personnelle, de l'équilibre émotionnel et la capacité à affronter les défis de la vie avec résilience.

3.2 Concept de représentations mentales de soi, des autres et des affects et mode de construction

Au sein de son monde perceptivo-cognitif, l'enfant se construit « un monde représenté, capable de représentation » (Sandler et Rosenblatt, 1962, cités dans Bouchard, 1995, p. 178). Piaget a soutenu que l'image mentale n'est pas le simple prolongement de la perception, tel une copie du réel, mais plutôt un processus symbolique abstrait d'un objet, réalisé par le sujet (Meyer, 2001). Garnier et Sauvé (1999) expliquent, en se basant sur la théorie des représentations sociales, qu'une représentation est un phénomène mental plus ou moins conscient, organisé et cohérent, constitué d'éléments cognitifs et affectifs concernant un objet particulier. Cet univers symbolique est forgé d'éléments conceptuels, d'attitudes, de valeurs, d'images mentales, de connotations, d'associations, de préjugés et d'opinions qui façonnent les décisions d'action. Pour Hartmann (1967), les représentations de soi correspondent aux images que le sujet évoque de lui-même à partir de son interprétation tandis que les représentations des autres sont les images du monde externe, toutes deux investies d'énergie libidinale et destructrice. Kernberg (1995) ajoute que la représentation de soi est la perception qu'un individu a de lui-même dans ses interactions fantasmatisques avec les représentations internes des autres, c'est-à-dire ses représentations d'objets.

Slade (2000) explique que les représentations mentales d'un enfant sont des schèmes subjectifs qu'il construit et entretient à propos de lui-même ainsi que des autres, en fonction de ses interactions avec son environnement. Pour Niec et Russ (2002), l'inscription de représentations mentales de soi et des autres se produit par la répétition de prototypes d'interaction entre l'enfant et ses parents. Selon White et Epston (1990), les expériences précoces de la vie ont un impact majeur sur la qualité du développement de ces représentations mentales. La manière dont les parents perçoivent leur enfant tendrait à influencer la façon dont ce dernier se définit et imagine que les autres le perçoivent en raison de ce que l'identité est construite à partir des histoires racontées à son propos (White et Epston, 1990). Certaines de ces histoires accompagnent parfois l'individu depuis le début de sa vie. Lorsque ces histoires sont alignées sur les valeurs de l'enfant, elles contribuent à son épanouissement, tandis que d'autres peuvent l'enfermer dans la souffrance (Blanc-Sahnoun et Dameron, 2022).

Ainsi, le niveau de fonctionnement réflexif parental — qui englobe la capacité d'un parent à réfléchir et à s'approprier la vie intérieure de son enfant et à lui refléter le tout adéquatement — est crucial au développement de l'enfant, à son attachement sécurisé, à son expérience émotionnelle, à sa capacité à maintenir un comportement adapté et à une série d'autres acquisitions (Slade, 2005). Lorsque les parents peuvent refléter avec justesse ce que leur enfant ressent, celui-ci peut se sentir compris et bien structuré, favorisant ainsi le sentiment d'une existence individuelle autonome, c'est-à-dire une différenciation entre le moi et le non-moi. Toutefois, lorsque les parents mésinterprètent leurs propres états psychologiques, ils peuvent créer une incertitude ou une confusion chez l'enfant quant à ses propres pensées ou ressentis ou quant à ce que les autres vivent réellement, ce qui provoque un état psychologique déstructuré.

Le processus de création de sens des états internes de l'enfant par le biais de la mise en miroir de ses émotions permet une connaissance de soi profonde et le développement de la capacité d'autorégulation de base. Ensuite, pour que l'enfant puisse entrer dans l'expérience d'autrui, il doit reconnaître que ses idées et ses sentiments ne reflètent pas ceux des autres. Il doit aussi s'imaginer ce qui se passe dans l'esprit d'autrui (Slade, 2005). Cette capacité à percevoir et interpréter son propre comportement ainsi que celui des autres en fonction des réels états mentaux tels que les pensées, sentiments, souhaits, croyances, intentions correspond à la capacité de mentalisation. La capacité de la figure d'attachement à naviguer dans ce que Winnicott (1971/1975) appelle l'aire transitionnelle, entre le jeu et la réalité, tout en reliant continuellement les deux mondes, permet à l'enfant de se découvrir et de comprendre les autres de

manière ludique, sans se sentir submergé par la réalité, ce qui favorise la création de symboles où l'état de soi et de l'autre se mettent en voie de symbolisation (Slade, 2005).

Lorsque la mentalisation est entravée chez l'enfant, la vision affective de soi et du monde est affectée et s'éloigne de la réalité. Il peut avoir tendance à percevoir des menaces et réagir de façon exagérée, ce qui peut créer des relations interpersonnelles tumultueuses et les briser (Bateman et Fonagy, 2019). Une tendance vers un monde clos, un état narcissique ou régressé à un sentiment de fusion avec l'objet va à l'encontre du processus de différenciation moi/non-moi, un état pourtant indispensable au développement de perceptions de soi et des autres en lien avec la réalité (Hartmann, 1968).

Les convictions, les désirs, les sentiments et les pensées qu'une personne entretient, qu'elle en soit consciente ou non, déterminent ses actions. Des perceptions qui se rapprochent de la réalité sont susceptibles de favoriser l'adoption de comportements plus adaptés, ainsi qu'un mieux-être (Bateman et Fonagy, 2019). Cependant, les conclusions tirées par une personne à partir de ses observations peuvent parfois être erronées quant à l'état mental de l'autre, avec des conséquences parfois tragiques. La théorie contemporaine des relations d'objet de Kernberg (1995) présente une classification des personnalités normales ou pathologiques basée sur des dimensions considérées essentielles de la structure psychique, c'est-à-dire les représentations de soi et des objets intériorisés, ainsi que de l'état affectif qui les relie et colore les rapports entre deux personnes.

3.3 Évolution des représentations mentales de soi, des autres et des affects

Blume (2010) indique que chaque individu est engagé tout au long de sa vie dans un processus de définition de soi par rapport à autrui. Dans le même sens, Garnier et Sauvé (1999) soutiennent que les représentations mentales sont malléables et évoluent au cœur des interactions avec l'objet appréhendé. Ainsi, malgré les influences subies, l'histoire d'un individu n'est pas considérée comme figée à jamais dans le temps (White et Epston, 1990). L'approche narrative soutient que tout individu a la possibilité de se réinventer à travers des histoires alternatives, en développant une identité nouvelle qui lui permet d'échapper à l'emprise de ses problèmes (Blume, 2010; White et Epston, 1990). En ouvrant de nouvelles perspectives, les histoires alternatives sont perçues comme des vecteurs efficaces pour transmettre des messages complexes avec efficacité et soutenir le changement chez un individu, puisqu'elles permettent de toucher le cœur des individus, un prérequis souvent nécessaire pour atteindre la raison (Blanc-Sahnoun et Dameron, 2022).

La reconnaissance du rôle crucial des représentations mentales de soi et des autres dans nos interactions avec le monde suggère que leur transformation peut conduire à des changements bénéfiques pour la santé mentale et le bien-être en général. En utilisant le conte comme bilan dans une évaluation collaborative/thérapeutique de l'enfant, il nous apparaît possible d'aider à revisiter et à reconstruire la compréhension de soi et des autres d'un individu, influençant ses émotions, ses comportements et sa santé psychologique.

Les contes touchent profondément les enfants, car ils abordent ce qu'il y a de plus intime en eux, leurs désirs et leurs angoisses qui les accompagnent au quotidien. Lorsque cet univers intérieur est peuplé, consciemment ou non, de monstres, de sorcières ou d'ennemis menaçants ou de princesses et princes charmants déstabilisants, l'imaginaire peut susciter, pour certain, un mélange complexe de désirs, de peurs, et de sentiments déstabilisants l'équilibre psychologique. Les contes révèlent que leurs fantasmes, qu'ils soient passionnels ou destructeurs, ne sont ni uniques ni monstrueux (Bettelheim, 1976). Les histoires racontées aux enfants reflétant leurs expériences subjectives les aident à déchiffrer la complexité de leurs émotions difficiles et de leurs expériences ambiguës et à renoncer à la toute-puissance pour s'en protéger, ainsi qu'à leurs désirs infantiles. Ce processus ouvre vers des voies alternatives acceptables de l'expression de leurs besoins et désirs, au bénéfice d'une vie plus harmonieuse et indépendante. Les histoires facilitent ainsi l'identification des individus aux personnages, la symbolisation d'aspects complexes de soi et d'autrui, une réorganisation dynamique du fonctionnement psychique au profit d'un renforcement du moi et l'adoption de comportements plus adaptés à la réalité, propice à des émotions positives et l'atteinte d'un mieux-être psychologique (Raguenet, 1999)

En s'appuyant sur plusieurs concepts clés, tels que l'objet transitionnel, le médium malléable, l'espace transitionnel et potentiel, le fonctionnement réflexif, l'approche narrative et la théorie de la mentalisation, il est envisageable que le clinicien puisse aider l'enfant à travers un bilan-conte. Cette méthode permet de présenter à l'enfant une histoire qui l'aide à se projeter dans un lieu où il sera susceptible de trouver un sens à sa souffrance et de découvrir des clés pour accéder à des voies saines.

En favorisant son entrée et adhésion à une histoire plus en adéquation avec ses besoins, valeurs et rêves l'enfant est invité à se libérer de récits préconçus qui l'enfermaient avec ses incompréhensions et perceptions limitantes. Les représentations de soi et des autres qui entravaient son développement devraient ainsi à se dissoudre au profit d'une construction de nouvelles représentations mentales de soi

et des objets intériorisés plus proches de la réalité. Des changements propices à guider des comportements plus adaptés, des relations harmonieuses avec autrui ainsi qu'un mieux-être.

Bien qu'aucune étude ne semble encore avoir examiné spécifiquement l'impact d'un bilan-conte sur les représentations mentales de soi, des autres et les affects chez l'enfant, la littérature suggère que cette approche pourrait produire des changements significatifs chez l'enfant dans des délais relativement courts. Ces conclusions motivent notre recherche présentée dans la prochaine section.

3.4 Objectif, question et hypothèses de recherche

L'objectif général de cette recherche consistait à illustrer l'impact d'un bilan-conte dans le contexte de la rétroaction d'une évaluation psychologique collaborative/thérapeutique pour enfant, en capturant, auprès de deux jeunes, les changements induits au niveau de leurs représentations mentales de soi, des autres et des affects.

Plus spécifiquement, cette étude visait à vérifier que la remise d'un bilan psychologique à l'enfant à l'aide d'un conte (modalité potentiellement mieux adaptée à son développement cognitif et émotif qu'un bilan verbal traditionnel) constituait une composante déterminante du processus d'une évaluation collaborative/thérapeutique en permettant chez lui des modifications à ses représentations mentales liées à l'image de soi, des autres (les parents) et des affects. Le rationnel théorique sous-jacent, développé plus en détails dans les sections précédentes, demeure que ces modifications sont considérées favorables à l'adoption de comportements plus adaptés, à des relations plus harmonieuses avec autrui ainsi qu'à un sentiment de mieux-être. L'exploration du lien entre la rétroaction à l'aide d'un conte et les changements aux représentations mentales des enfants constituait l'aspect novateur de cette étude.

En pratique, la question de recherche pourrait s'exprimer comme suit : est-ce que le bilan-conte dans le cadre d'une évaluation psychologique collaborative/thérapeutique, entraîne des modifications significatives dans les mesures quotidiennes de trois variables chez l'enfant, à savoir : (1) les représentations mentales de soi, (2) celles des autres (parents) et (3) les affects leur étant associés?

En nous appuyant sur les différentes théories présentées précédemment, notre recension des résultats d'études antérieures et les méthodes d'analyse des séries chronologiques, nous formulons l'hypothèse

que des changements dans les mesures des représentations mentales seront observés de *l'une ou l'autre* des deux manières suivantes :

- Il est attendu d'observer chez l'enfant, à la suite du bilan lui ayant été présenté sous la forme d'un conte, la présence d'une moyenne plus élevée des scores aux mesures quotidiennes des représentations mentales de soi, des autres (les parents) ainsi que des affects.
- Il est attendu d'observer chez l'enfant, après le moment où le conte lui sera présenté, un changement de trajectoire (c'est-à-dire un changement des pentes intra-phases) des flux de données des mesures quotidiennes des représentations mentales de soi et des autres (les parents) ainsi que des affects, tout spécialement un changement ascendant significatif de trajectoire dans les courbes des mesures quotidiennes.

CHAPITRE 4

MÉTHODE

Ce chapitre présente la méthodologie utilisée dans le cadre de notre étude comparative de deux cas, en abordant les aspects essentiels de notre recherche. Nous débutons en précisant la source des cas retenus pour cet essai. Nous mettons ensuite en lumière la procédure de recrutement ainsi que les critères d'inclusion et d'exclusion ayant été utilisés pour la collecte des participants au projet de recherche plus vaste dont proviennent les deux cas retenus pour cette étude spécifique, suivie de la procédure de sélection de ces derniers. Par la suite, nous présentons la composition des membres de l'équipe de recherche, les mandats de chacun et le profil de nos deux petits participants, soit Tristan et Amy. Subséquemment, nous décrivons le déroulement des évaluations collaboratives effectuées avec ces deux enfants en détaillant les phases d'intérêt et les instruments de mesure qui ont été utilisés pour recueillir les données. L'approche que nous avons adoptée pour traiter les données quotidiennes, y compris la gestion des données manquantes, est aussi exposée. Enfin, nous terminons le chapitre en explicitant notre stratégie d'analyse des données recueillies, soit l'analyse de séries chronologiques.

4.1 Source des cas retenus pour l'essai

4.1.1 Archive

Les données des deux cas du présent essai ont été tirées d'une banque d'archives de processus d'évaluation collaborative/thérapeutique de l'enfant ayant été conduits dans la grande région de Montréal¹⁰. Cette banque est constituée de plusieurs matériaux (enregistrements vidéo, mesures quotidiennes remplies par les parents et par l'enfant, mesures à temps préétablis, dossiers cliniques, etc.) colligés depuis 2016. En accord avec le certificat éthique émis pour le projet de recherche plus vaste (qui se poursuit), les parents avaient tous consenti pour eux et leur enfant à prendre part volontairement au processus d'évaluation de leur enfant et à ce que les rencontres soient enregistrées à des fins de recherche. Ils n'avaient rien à déboursier pour recevoir les services cliniques. En retour, ils consentaient à compléter toutes les mesures associées à la composante recherche du processus et à ce que les données et des

¹⁰ L'accès à l'archive a été autorisé par son curateur, le professeur J. Éric Dubé du département de psychologie de l'UQAM, directeur du présent essai.

extraits des enregistrements soient utilisés à des fins de recherche et de formation par les chercheurs responsables (J. Éric Dubé et Raphaële Noël).

4.1.2 Procédure de recrutement et critères d'inclusion et d'exclusion pour la collecte globale

Depuis le début de la collecte globale, le recrutement des familles participantes s'effectue principalement grâce à la sollicitation auprès de psychologues en exercice (ou d'autres personnes dans le réseau de contacts des membres de l'équipe de recherche) invités à partager une brochure d'information auprès de familles potentielles pour que celles-ci prennent contact elles-mêmes avec l'équipe de recherche. Même si d'autres stratégies pourraient être envisageables pour le recrutement (et conformes au certificat éthique) — telles que l'affichage d'informations sur le projet de recherche sur des sites internet spécifiques permettant l'accès à un bassin ciblé de la population, ou la publication d'annonces dans les journaux en cas de difficultés majeures de recrutement — celles-ci n'ont à ce jour pas eu à être utilisées.

Lorsqu'une famille contacte l'équipe de recherche en manifestant son intérêt, une entrevue téléphonique avec le responsable de la recherche ou un(e) de ses assistant(e)s permet de vérifier que la famille satisfait bien les critères d'inclusion et que leur situation ne correspond pas aux critères d'exclusion à la participation. Ces critères sont les suivants. L'enfant de la famille pressentie doit être âgé entre 8 et 11 ans, parler couramment le français et avoir une certaine autonomie en lecture de textes simples; vivre des difficultés de nature principalement affective (p. ex. tristesse, isolement, difficultés à se séparer, humeur très changeante, opposition, crises de colère); et ne pas avoir reçu de diagnostic (ou qu'il ait été suggéré qu'il puisse être atteint) d'un trouble du spectre de l'autisme (TSA) ou de déficience intellectuelle, ou de troubles d'apprentissage spécifiques (comme la dyslexie, la dysphasie, etc.). Quant aux parents, ils doivent vivre ensemble et être motivés à participer tous deux à l'ensemble des rencontres prévues; posséder une maîtrise fonctionnelle de la lecture en anglais (pour certains des questionnaires); ne pas être en processus de séparation ou de divorce; ne pas faire cette démarche dans un but d'expertise psycholégale ou pour servir dans une cause de garde d'enfant; et accepter de remplir les différents questionnaires tout au long du processus d'évaluation.

On propose aux familles ne pouvant être retenues des ressources alternatives pour trouver de l'aide. D'autre part, la collecte s'effectuant par phases depuis son début, lorsque le nombre nécessaire de familles ayant accepté de participer est atteint, la publicité est retirée et les autres familles se manifestant sont informées que le projet de recherche n'accepte plus de nouveaux participants.

4.2 Sélection des cas retenus pour l'essai

Pour notre étude, aucun enregistrement vidéo n'a été consulté. Seules les données dénominalisées des mesures quotidiennes remplies par l'enfant ont été utilisées, de même que certains éléments (dénominalisés aussi) du dossier clinique afin de fournir un aperçu de l'âge des enfants, des motifs de consultation, de certains éléments d'anamnèse et des informations illustratives quant à l'évolution des cas à travers les processus.

La sélection des deux cas retenus pour le présent essai a été effectuée sur la base des critères suivants : que les enfants soient d'âge comparable (différence d'au plus deux ans); que les processus aient été complétés en entier; que les enfants aient rempli les mesures quotidiennes régulièrement et sans désintérêt ou complétion aléatoire flagrante; et qu'au moins deux semaines séparent le bilan fait aux parents de celui fait à l'enfant par le conte dans au moins l'un des deux cas retenus. Ce dernier critère visait à s'assurer d'avoir des données séparant suffisamment les deux bilans pour permettre de mieux statuer, le cas échéant, sur les effets potentiels directs du conte sur les scores de l'enfant, distincts des effets indirects (immédiats ou légèrement différés) sur ces scores possiblement attribuables à des changements intervenant chez les parents à la suite du bilan leur ayant été fait.

4.3 Cliniciennes et auxiliaires de recherche impliquées dans les cas sélectionnés

Des procédures ont été développées et mises en place pour assurer un suivi rigoureux des changements potentiels produits par le processus d'É.C./T.-E. proposé et afin d'évaluer son efficacité le cas échéant, d'une part. D'autre part, ces procédures visaient aussi à éviter que des informations sur le processus de recherche ne colorent ou contaminent le processus clinique (ou bien que les familles puissent s'en inquiéter), d'autre part.

En ce qui concerne les deux cas retenus pour l'essai, du côté clinique, les rencontres avec les parents et l'enfant furent menées par deux doctorantes ayant déjà complété des stages cliniques dans leur parcours. Comme le veut le modèle d'évaluation à l'étude (voir section 1.1.3), l'une était attitrée aux interventions requises auprès de l'enfant et l'autre à celles auprès des parents. Ces deux co-cliniciennes étaient aveugles aux données recueillies dans le processus de recherche. Du côté recherche, deux autres doctorants (dont l'auteure de cet essai) ont agi comme auxiliaires de recherche; ils s'assuraient de recueillir les questionnaires de données quotidiennes complétées par l'enfant (version papier) ou de la gestion des données quotidiennes (remplies électroniquement) des parents, ainsi que de l'administration des autres

mesures associées à l'étude à différents moments à la suite des rencontres cliniques. Ils étaient aveugles au contenu du processus clinique pour éviter toute contamination entre les deux équipes distinctes (clinique et recherche). Les quatre doctorants ont été supervisés par deux psychologues, membres de l'Ordre des psychologues du Québec (OPQ), spécialisés en évaluation collaborative (incluant le directeur de la recherche) afin d'assurer l'intégrité du processus d'évaluation et le bon déroulement du processus de recherche concomitant.

4.4 Profils des participants retenus

Les informations suivantes ont été anonymisées. Pour désigner chaque enfant, nous avons retenu les pseudonymes de Tristan et d'Amy.

4.4.1 Tristan

Au moment de la consultation, Tristan était un garçon âgé de 9 ans, en troisième année du primaire dans une école publique. Il vivait avec sa sœur de 7 ans et ses parents. Ces derniers le décrivaient comme un enfant relativement sensible, bavard, énergique et têtu. Ses réactions d'opposition, lorsqu'on lui demandait de cesser de jouer sur sa tablette, de se brosser les dents ou de faire des tâches de son âge, ainsi que sa tendance à s'investir dans ses propres jeux sans considération de ses pairs, ont été identifiées par les parents comme les principaux motifs de consultation. La mère et le père disaient devoir répéter plusieurs fois leurs demandes avant que leur fils s'exécute. Ils en arrivaient ainsi fréquemment à perdre patience et lever le ton. Ils avaient l'impression que leur fils faisait preuve d'égoïsme et qu'il manquait de considération envers autrui. Les parents rapportaient également que Tristan avait de la difficulté à s'occuper et à jouer seul; il exprimait fréquemment de l'ennui. L'enseignante avait également suggéré aux parents qu'il devrait travailler ses relations interpersonnelles. Bien qu'il avait deux amis proches à l'école avec lesquels il interagissait beaucoup, il ne montrait pas d'intérêt envers les autres enfants. Tristan avait aussi de la difficulté avec la nouveauté. Il préférait rester à la maison plutôt que de s'engager dans de nouvelles activités ludiques. L'accompagnement de son père lui aurait néanmoins permis de commencer à jouer au hockey et à apprécier ce sport. Néanmoins, Tristan craignait le regard des autres en dépit du fait qu'il présentait de bonnes compétences en patinage. Sur le plan académique, il avait de très bons résultats scolaires. Il faisait les tâches demandées rapidement comparativement aux autres enfants de son âge et avait tendance, ensuite, à s'ennuyer. Les parents désiraient approfondir leur compréhension des enjeux auxquels leur enfant est confronté, afin de mieux le soutenir dans ses difficultés et de l'aider à réagir de manière plus appropriée.

4.4.2 Amy

Au début de l'évaluation, Amy était une jeune fille âgée de 7 ans, l'aînée d'une fratrie composée de trois autres enfants. Ils vivaient tous ensemble avec leurs parents. Amy fréquentait une école publique pour sa 2^e année du primaire. Ses parents la décrivaient comme une enfant douce et tranquille, empreinte d'une grande empathie et d'une excellente mémoire. En dépit du fait qu'elle présentait selon eux une bonne maturité sur le plan verbal, ils ont dit ressentir le besoin de consulter en raison des crises d'anxiété régulière qu'elle présentait dans divers contextes, particulièrement lorsqu'elle devait faire des choix ou qu'une situation ne se déroulait pas comme elle l'avait prévu. Dans ces moments, les parents décrivaient qu'il lui arrivait fréquemment de pleurer, de crier, de les repousser et de s'isoler dans sa chambre pour se calmer d'elle-même. Sa mère disait arriver néanmoins, par moments, à la calmer en communiquant avec elle, contrairement au père qui expliquait avoir tendance à s'emporter. La difficulté d'Amy à gérer ses émotions provoquait fréquemment des tensions et des situations de « crises » dans la famille. Les parents étaient aussi inquiets de son grand attachement à certains objets usés ou considérés inutiles ainsi qu'à ses réactions intenses de tristesse lorsqu'elle écoutait des musiques nostalgiques. Enfin, les parents soulevaient chez leur fille la présence d'un problème d'énurésie nocturne primaire et des difficultés d'attention en classe. Ils se disaient préoccupés et désireux de comprendre la signification de ces comportements qui leur paraissaient indiquer une souffrance chez leur fille. Leur objectif était de prendre des décisions éclairées en faveur de son bien-être.

4.5 Déroulement des évaluations collaboratives et identification des phases d'intérêt

Tous les protocoles de l'archive d'où sont tirées les données de Tristan et d'Amy suivent une séquence préplanifiée, mais souple, en raison du caractère clinique de l'évaluation. Ce prototype se déploie sur 14 semaines, à raison d'une rencontre par semaine, quoiqu'il n'y ait pas de rencontres prévues lors de certaines de ces semaines comme nous le détaillerons dans ce qui suit. La durée habituelle des rencontres est de 90 minutes, complétées parfois de 30 à 45 minutes pour la collecte d'autres données à temps fixes (qui ne font pas l'objet d'analyses dans cet essai).

La collecte de mesures quotidiennes (voir section suivante pour les détails) devant être remplies par l'enfant débute à la suite des rencontres d'entretien initial (« intake ») avec les parents seuls, puis avec parents et enfant, et se poursuit jusqu'à la rencontre de relance finale. Ces mesures sont remplies aussi pendant les semaines où il n'y a pas de rencontre clinique. Le déroulement prototypique du processus (et les phases d'intérêt pré-identifiées pour notre essai) va comme suit (voir Tableau 4.1) :

- Un intervalle de deux semaines sans rencontres après les entretiens initiaux sert à établir le niveau de base (pré-intervention); ceci correspond à la *phase A* de la série chronologique dans ce qui suit.
- Des rencontres pour la passation des tests psychologiques à l'enfant, de nombre variable selon les besoins de l'évaluation (mais généralement d'un ordre anticipé de deux à trois), suivent. L'archive comporte (a) une condition où les parents observent dans une autre pièce, accompagnés du clinicien qui leur est attribué, la passation des tests de leur enfant en direct; (b) une autre condition, où ils visionnent en différé des extraits de cette passation, toujours avec le clinicien qui leur est attribué et sans que l'enfant soit présent; et (c) une dernière condition où les parents n'observent rien de la passation, mais reçoivent de la guidance parentale. Les cas de Tristan et d'Amy correspondent tous deux à la condition d'observation en direct (se référer à la section 1.2.2 pour des détails sur le déroulement avec les parents lors de l'observation).
- Les deux à trois rencontres de passation des tests sont complétées par une rencontre prévue pour une séance d'intervention brève avec toute la famille. Le tout correspond à la *phase B* de la série chronologique dans ce qui suit.
- À la suite de la passation des tests et de la séance d'intervention brève, les parents seuls sont rencontrés pour que leur soit présenté un bilan de l'évaluation et des recommandations. Les résultats de l'évaluation sont présentés en tenant compte tout spécialement des questions initiales et des observations et changements observés dans les problèmes de l'enfant et dans la dynamique familiale jusqu'à ce point. Une période d'une à trois semaines, selon les besoins et le calendrier (pause pour le temps des Fêtes, par exemple), passe ensuite avant la prochaine rencontre. Le tout correspond à la *phase C* de la série chronologique dans ce qui suit.
- À ce point, un bilan s'exprimant par la présentation d'un conte personnalisé est présenté à l'enfant en présence de ses parents. Le conte présenté à l'enfant s'articule autour d'un thème correspondant à sa dynamique psychologique et ses enjeux dévoilés en cours d'évaluation; il vise aussi à offrir des éléments des recommandations et à soutenir l'espoir dans le changement. La lecture du conte est d'une durée approximative de 15 à 45 minutes et s'effectue par un des parents ou l'un des cliniciens selon le choix de l'enfant. Cette rencontre est suivie d'une pause de rencontres cliniques de quatre à six semaines pendant laquelle se poursuit la collecte des mesures quotidiennes. Une dernière rencontre de relance a finalement lieu et celle-ci complète les processus tant cliniques que de recherche. Cette rencontre permet aux cliniciens de discuter avec les parents et l'enfant des changements perçus chez ce dernier et au sein de la famille depuis le

bilan-conte. Elle sert aussi à renforcer les changements amorcés. Cette partie finale correspond à la *phase D* de la série chronologique dans ce qui suit.

Tableau 4.1 Séquence des rencontres d'un processus prototypique d'évaluation collaborative/thérapeutique de l'enfant et identification des phases de l'étude

Phases de l'étude
Phase A : niveau de base
Semaine 1 : entrevue clinique initiale avec parents (étape 1)
Semaine 2 : entrevue clinique initiale avec enfant, parents (étape 1)/début mesures quotidiennes
Semaine 3 : poursuite des mesures quotidiennes (sans rencontre clinique)
Phase B : interventions avant bilans
Semaine 4 : épreuves psychologiques 1/guidance parentale avec observation (étape 2)
Semaine 5 : épreuves psychologiques 2/guidance parentale avec observation (étape 2)
Semaine 6 : épreuves psychologiques 3/guidance parentale avec observation (étape 2)
Semaine 7 : séance d'intervention familiale (étape 3)
Phase C : bilan-parents
Semaine 8 : bilan aux parents (étape 4)/poursuite des mesures quotidiennes
Phase D : bilan-conte et relance
Semaine 9 : la rétroaction par le conte (étape 5)
Semaines 10-13 : poursuite mesures quotidiennes (sans rencontres cliniques)
Semaine 14 : rencontre relance (étape 6)

Dans certains cas, des impondérables mènent à devoir ajouter des rencontres ou à déplacer dans le temps une rencontre subséquente. Cela explique que le nombre de semaines pour compléter le processus varie d'une famille à l'autre, même si le prototype demeure de l'ordre de 14 semaines environ. En ce qui nous concerne, les deux enfants et leur famille ont participé à toutes les étapes prévues. Cependant, bien que le protocole prévoie prototypiquement un processus se déployant sur 14 semaines, la famille de Tristan a complété le tout en 20 semaines en raison du bilan aux parents qui a nécessité une rencontre supplémentaire, de quatre semaines d'absences en raison de maladie puis de vacances estivales, et de ce que la rencontre de relance a eu lieu après six semaines sans rencontres. En ce qui concerne la famille d'Amy, le processus s'est échelonné sur 18 semaines dues à une semaine d'absence pour cause de maladie,

du bilan aux parents qui a nécessité deux rencontres et de deux semaines de vacances planifiées durant le temps des Fêtes.

4.6 Instrument de mesure et calculs des scores des données quotidiennes

Dans le cadre de cette étude ainsi que dans l'optique d'atteindre les objectifs de recherche, l'opérationnalisation du concept de « représentations mentales » a entraîné la nécessité de mesurer certains aspects spécifiques de cette variable, tout en minimisant l'ampleur de la tâche quotidienne pour l'enfant. Pour ce faire, six questions ont été sélectionnées dans le questionnaire autorapporté *Kidscreen* — 52. Ce test évalue la perception de la santé et le bien-être des enfants et des adolescents entre 8 à 18 ans. Il se divise en dix dimensions (Ravens-Sieberer et coll., 2001) dont trois sont rattachées à des indices de la représentation de soi, des parents et des affects ressentis. Le Tableau 4.2 présente les énoncés des questions retenues ainsi que les dimensions auxquelles elles se rapportent dans notre étude.

Tableau 4.2 Énoncés du questionnaire quotidien rempli par l'enfant et sous-échelles associées

Sous-échelle	Énoncé
Perception de soi	1. As-tu été content de ce que tu es?
	2. As-tu eu l'impression que tu faisais tout de travers?
Affects	3. T'es-tu senti aimé par tes parents?
	4. As-tu été heureux à la maison?
Relation avec parents	5. As-tu pu parler à tes parents lorsque tu le voulais?
	6. As-tu été compris par tes parents?

Les questions ci-dessus visent l'évaluation de la journée qui vient de se dérouler. L'enfant doit coter son choix de réponse sur une échelle de type Likert en cinq points allant de « *pas du tout* » (0) à « *extrêmement* » (4). Les réponses aux énoncés permettent ensuite de calculer un score global en additionnant l'ensemble, et de calculer des scores pour les sous-échelles suivantes : d'une part, l'image de soi (par l'addition des questions 1 et 2), la perception de leur relation avec leurs parents (par l'addition des

questions 5 et 6) et d'autre part, la représentation de leurs affects (par l'addition de réponses aux questions 3 et 4).

4.6.1 Traitement des données manquantes

Dans le cas où la réponse à un item du questionnaire quotidien avait été omise, nous avons remplacé la donnée manquante par la moyenne des deux données des jours adjacents, une technique classique. Dans le cas où un questionnaire quotidien était complètement manquant, nous l'avons omis de la série. Bien qu'il existe des procédures plus élaborées pour remplacer les données manquantes, dont l'utilisation de l'algorithme d'espérance-maximisation de Dempster et coll. (1977), celles-ci tendent à être assez lourdes à mettre en place et n'ont que peu d'impact quand moins de 20 % des données sont manquantes (Rankin et Marsh, 1985; Velicer et Colby, 2005). C'est pourquoi nous nous en sommes tenus à ces procédures plus simples.

En effet, dans l'ensemble, Tristan n'a omis que trois items dans trois questionnaires distincts (que nous avons remplacés), et il a omis de répondre à un seul questionnaire complet sur les 128 jours. Ceci représente un taux de données manquantes de 0,8 %. Amy a, de son côté, omis un seul item parmi tous les questionnaires complétés (qui a été remplacé), et n'a pas répondu à 10 questionnaires quotidiens sur 99 jours, soit un taux de questionnaires manquants de 10,1 %.

4.7 Stratégie d'analyse des données des séries chronologiques

Le plan d'analyse des données est inspiré de plusieurs études portant sur des cas uniques en évaluation collaborative/thérapeutique (p. ex. Durosini et coll., 2017; Smith et Handler, 2009; Smith et coll., 2010; Tarocchi et coll., 2013) qui ont utilisé des analyses de séries chronologiques (ou temporelles). Les analyses de séries chronologiques ont largement été utilisées au cours des deux dernières décennies pour étudier les effets des interventions lors de processus thérapeutiques individuels. Elles permettent l'examen d'une suite d'observations répétées d'un même phénomène associé à un indice temporel (p. ex. quotidien), avant, pendant et après une intervention donnée, afin de déterminer si des changements significatifs se produisent.

Nous avons utilisé un logiciel permettant de produire des analyses de modélisation simulée de séries chronologiques (*Simulation Modeling Analysis* [SMA], Borckardt, 2006) en raison d'une des limites des principales approches statistiques utilisées pour les analyses chronologiques, soit qu'elles requièrent

généralement un minimum de 30 observations par phase. Toutefois, comme ce critère est souvent inatteignable dans les études d'interventions cliniques, Borckardt a développé sa procédure d'analyse pour permettre de traiter des séries où les données d'une phase comptent aussi peu que cinq observations (Borckardt et Nash, 2014).

Le logiciel SMA permet d'examiner, à la fois, le niveau de changement entre différentes phases (analyse de changement de niveau) et la trajectoire de changement (analyse de changement de pente) des variables à l'étude. La signification statistique de l'observation d'un changement de niveau est obtenue grâce à des simulations de flux de données en série chronologique générées aléatoirement avec un nombre similaire d'observations et des estimations de leurs autocorrélations. Pour les analyses de changements de pentes, SMA détermine la force de la relation entre les flux de données observées et un modèle a priori ou individualisé. Pour les besoins de l'étude, nous nous en sommes tenus au modèle a priori.

Pour chacun des deux cas, quatre analyses distinctes ont été conduites avec nos variables dépendantes, soit une pour chacune des trois sous-échelles de représentations mentales et une autre pour l'échelle globale. Chacune de ces analyses compare les quatre phases du processus d'évaluation que nous avons identifiées. En raison des comparaisons multiples que nous avons effectuées sur un même ensemble de données, nous avons procédé à l'ajustement de Bonferroni comme recommandé dans la littérature — malgré qu'il demeure très conservateur (car présentant un risque d'erreur de type II, soit l'échec de détection d'un effet positif du traitement alors qu'il existe) — afin de déterminer le seuil de significativité statistique, en divisant les valeurs p critiques par le nombre de comparaisons effectuées, c'est-à-dire trois ($p = .05/3 = .0167$).

CHAPITRE 5

RÉSULTATS

5.1 Analyses préliminaires

5.1.1 Autocorrélation

L'autocorrélation, qui mesure l'interdépendance des observations dans les données de séries chronologiques, a été évaluée. À titre de référence, des valeurs d'autocorrélation élevées, égales ou supérieures à 0,80, peuvent entraver la précision inférentielle (Smith et coll., 2012). Dans le cas de Tristan, elles se sont situées entre 0,05 à 0,68, alors que dans celui de Amy, elles ont varié de -0,13 à 0,33. Ceci suggère que l'on puisse écarter la probabilité de biais de cette nature dans les analyses statistiques principales.

5.1.2 Statistiques descriptives et analyse visuelle des courbes

Dans le cas d'Amy, l'analyse visuelle des courbes présentées aux Figures 5.1, 5.3, 5.5 et 5.7 nous a permis, essentiellement, d'observer une réduction de la dispersion des données autour de la phase C (correspondant au bilan présenté aux parents) et de la phase D (associée au bilan-conte). Aucun mouvement ascendant ou descendant notable des courbes ne s'observe tout au long du processus, soit entre la phase A (correspondant au niveau de base) et la phase D (associée au bilan-conte).

Pour Tristan, une analyse visuelle des courbes présentées aux Figures 5.2, 5.4, 5.6 et 5.8 suggère que les mesures quotidiennes ont toutes suivi une apparente tendance à augmenter au cours du processus, soit de la phase A à la phase D. Alors que beaucoup de variabilité dans les scores était observable en début de processus chez Tristan, tout particulièrement dans les phases A (correspondant au niveau de base) et B (correspondant au testing et à l'intervention brève), la tendance générale s'est avérée une réduction progressive de cette variabilité et une certaine stabilisation des scores au fur et à mesure de la progression du processus, tout spécialement à la phase D (correspondant à la phase commençant au bilan-conte fait à l'enfant jusqu'à la rencontre de suivi).

Le Tableau 5.1 présente les moyennes et écarts-types aux mesures quotidiennes des représentations mentales. On notera que, pour Tristan, les valeurs moyennes se sont stabilisées dans le tiers supérieur des

valeurs possibles au final pour l'échelle globale et chacune des sous-échelles. On notera aussi que, malgré l'apparente réduction progressive de la variabilité des scores (dont témoignent les valeurs des écarts-types qui vont en diminuant de la phase A et/ou B à la phase D; voir Tableau 5.1), celle-ci n'est pas complètement disparue. Ceci suggère que Tristan a continué à utiliser l'échelle avec un certain degré de discrimination jusqu'à la fin et que la sensibilité de la mesure est ainsi demeurée bonne.

Tableau 5.1 Moyennes et écarts-types aux mesures quotidiennes des représentations mentales à chaque phase du processus pour chacun des deux enfants

Échelle	Phase A		Phase B		Phase C		Phase D	
	<i>M</i>	<i>É-T</i>	<i>M</i>	<i>É-T</i>	<i>M</i>	<i>É-T</i>	<i>M</i>	<i>É-T</i>
Amy								
	<i>(n = 12)</i>		<i>(n = 39)</i>		<i>(n = 6)</i>		<i>(n = 30)</i>	
Score global	15,58	3,47	15,20	3,02	14,58	1,02	14,21	1,76
Soi	5,29	1,18	5,26	1,06	5,0	0,00	4,87	0,43
Parents-maison	4,74	1,60	4,54	1,53	4,5	0,84	4,03	0,72
Affects	5,54	0,94	5,40	1,00	5,08	0,66	5,32	0,95
Tristan								
	<i>(n = 14)</i>		<i>(n = 28)</i>		<i>(n = 41)</i>		<i>(n = 41)</i>	
Score global	19,14	5,78	19,25	5,56	19,66	3,89	23,05	1,95
Soi	6,14	2,38	7,32	1,06	7,56	0,78	7,95	0,22
Parents-maison	6,57	1,70	5,82	2,54	5,98	2,09	7,63	0,73
Affects	6,43	1,95	6,11	2,45	6,12	1,94	7,46	1,23

Note. Phase A = niveau de base avant le traitement. Phase B = période comprenant toutes les interventions (tests et intervention brève) avant le bilan aux parents. Phase C = période allant du bilan fait aux parents jusqu'au bilan-conte fait à l'enfant (exclus). Phase D = période allant du bilan-conte fait à l'enfant jusqu'à la rencontre de relance. *n* = Pour chaque enfant, le nombre de questionnaires quotidiens remplis dans la phase donnée.

5.2 Évolution des représentations au fil du processus d'évaluation collaborative/thérapeutique de l'enfant : résultats des séries chronologiques

Tel que mentionné, dans le chapitre précédent portant sur la méthodologie, cette étude a utilisé l'analyse de modélisation de simulation de séries chronologiques (Borckardt, 2006) pour évaluer les changements

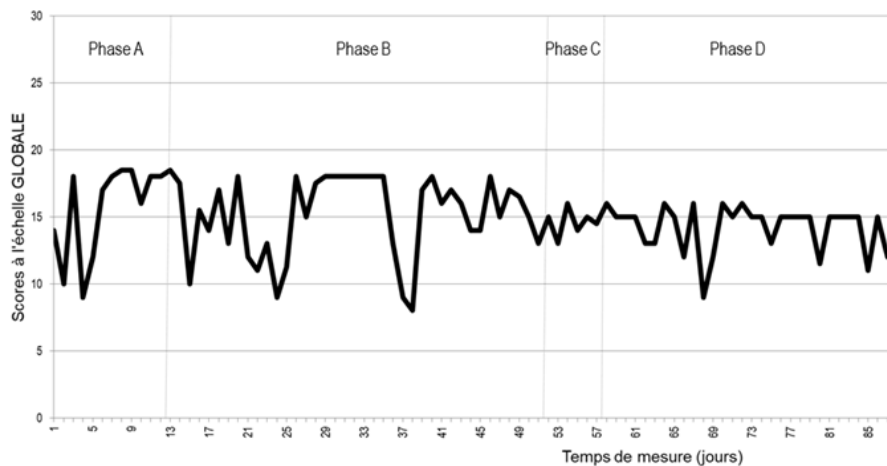
aux représentations mentales de l'enfant. Trois comparaisons de phases contiguës (A à B, B à C, C à D) ont été réalisées pour évaluer les changements de moyennes et de pentes des scores de représentations mentales. Nous avons donc appliqué la correction de Bonferroni ($p = .05/3 = .0167$) pour statuer sur la significativité statistique des résultats obtenus à chaque analyse.

5.2.1 Échelle globale

5.2.1.1 Amy

Comme le montre la Figure 5.1, notre analyse ne révèle aucun résultat statistiquement significatif pour Amy en ce qui concerne l'échelle globale de ses représentations mentales. Cette observation laisse entendre qu'il n'y a pas eu de variations significatives entre les moyennes ou les pentes des phases adjacentes de l'étude. Cependant, nous avons noté une tendance concernant la dispersion des données. En effet, la comparaison visuelle des phases A et B (prises ensemble) aux phases C et D (prises elles aussi ensemble) permet d'observer une réduction notable de la dispersion des scores. Ce constat suggère que les réponses de l'enfant du bilan aux parents jusqu'à la relance se sont révélées plus stables et modérées qu'aux deux phases précédentes (A et B).

Figure 5.1 Évolution des scores d'Amy - Échelle globale des représentations mentales



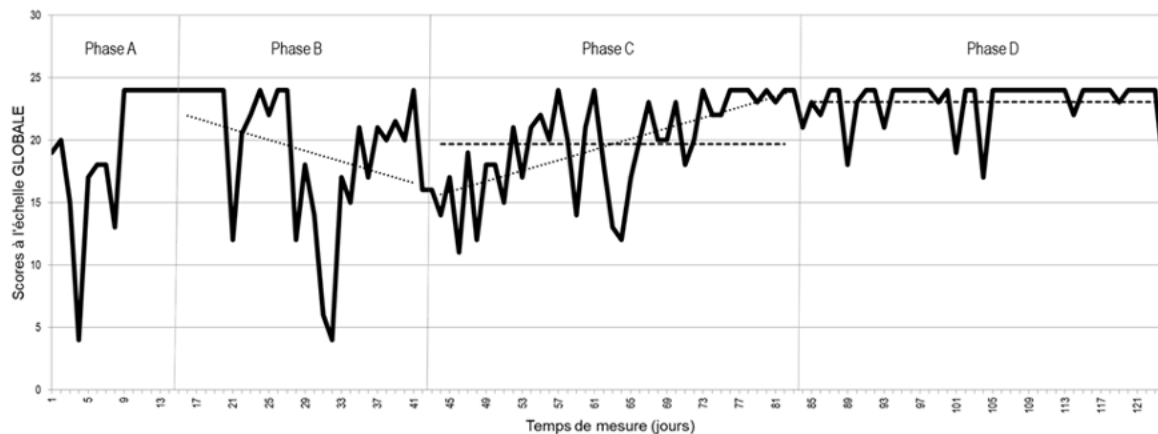
5.2.1.2 Tristan

Comme l'illustre la Figure 5.2, deux résultats statistiquement significatifs ont été observés pour Tristan à l'échelle globale de ses représentations mentales, l'un concernant la pente de certains scores, l'autre concernant la moyenne de certains autres scores. D'abord, un changement significatif de la pente des

scores intraphases à cette échelle est intervenu entre la phase B et la phase C ($r = -0,48, p = 0,011$); alors que les scores suivaient une pente descendante pendant la durée du testing et de l'intervention brève (Phase B : $m_B = -0,22$), celle-ci s'est inversée en pente ascendante à la suite du bilan fait aux parents (Phase C : $m_C = 0,21$).

Ensuite, un changement significatif de la moyenne des scores intraphases a été observé entre la phase C et la phase D ($r = 0,49, p = 0,007$), la moyenne augmentant de 19,7 à 23,1 entre ces deux phases, correspondant à une amélioration suite à l'introduction du conte lors du bilan fait à l'enfant qui nous intéresse tout particulièrement en regard de cette étude. On notera par ailleurs qu'au-delà de cette augmentation significative de moyenne, la dispersion des scores semble avoir diminué aussi de la phase C à la phase D (Phase C : $\acute{E}.-T. = 3,89$; Phase D : $\acute{E}.-T. = 1,95$), ce qui suggère que les réponses de l'enfant à la suite du bilan-conte se sont avérées non seulement significativement plus élevées, mais aussi plus stables qu'à la phase précédente.

Figure 5.2 Évolution des scores de Tristan - Échelle globale des représentations mentales



Note. Les lignes en petits pointillés aux phases B et C représentent les pentes des scores à ces phases; elles sont statistiquement différentes. Les lignes hachurées aux phases C et D représentent les moyennes des scores à ces phases; elles sont statistiquement différentes.

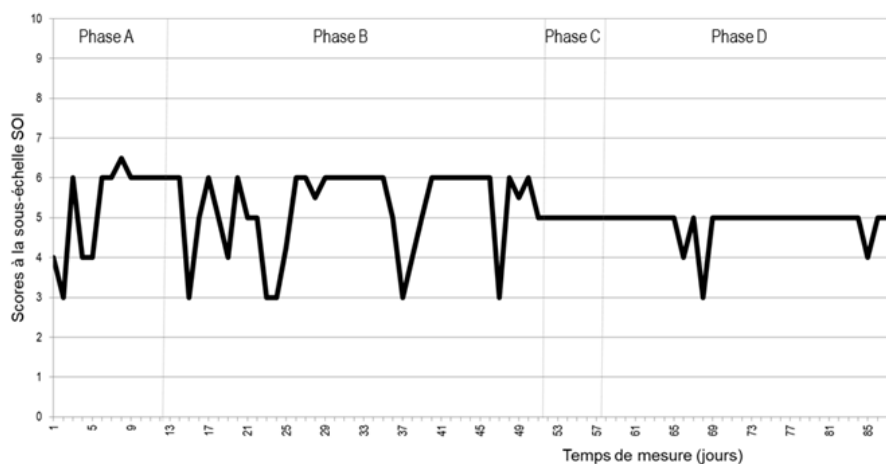
Ci-dessous, l'analyse des sous-échelles de l'image de soi, des parents et des affects nous permet d'approfondir les transformations qui se sont opérées en cours de processus.

5.2.2 Sous-échelle de l'image de soi

5.2.2.1 Amy

Comme le montre la Figure 5.3, aucun résultat statistiquement significatif n'a été observé pour Amy à la sous-échelle liée à l'image de soi. Par contre, une réduction de la dispersion des données dans les phases C et D comparativement aux phases A et B peut être observée visuellement suggérant, ici aussi, une stabilisation progressive de la représentation de soi en fin de processus.

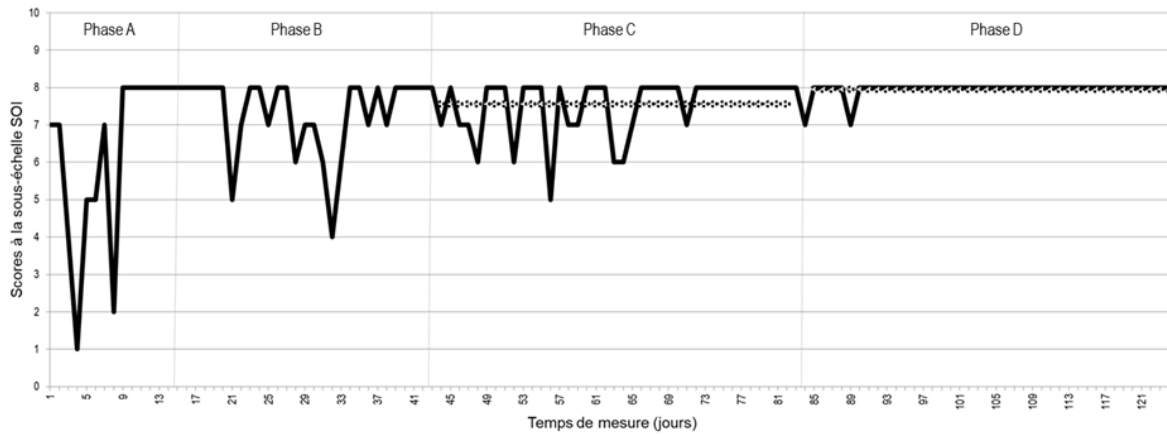
Figure 5.3 Évolution des scores d'Amy - Sous-échelle liée à la représentation mentale de soi



5.2.2.2 Tristan

L'examen de la Figure 5.4 illustre pour Tristan une différence statistiquement significative des moyennes des phases C et D ($r = 0,33, p = 0,012$) pour la variable de la représentation de soi. Initialement, à la phase C, la moyenne était de 7,56, mais a connu une augmentation significative pour atteindre 7,95 à la phase D suite au bilan-conte. D'autre part, un examen visuel suggère une diminution de la dispersion des scores, progressive tout au long du processus, mais particulièrement marquée à la phase D. En lien avec les objectifs de l'étude, nous notons plus spécialement que l'écart-type a diminué au point de presque s'estomper à la phase D (Phase C : $\acute{E}.-T. = 0,78$; Phase D : $\acute{E}.-T. = 0,22$). Cette réduction suggère que les réponses de Tristan associées à la perception de soi se caractérisent non seulement par une augmentation de la moyenne, mais également par une grande stabilité de celles-ci après le bilan-conte.

Figure 5.4 Évolution des scores de Tristan - Sous-échelle liée à la représentation mentale de soi



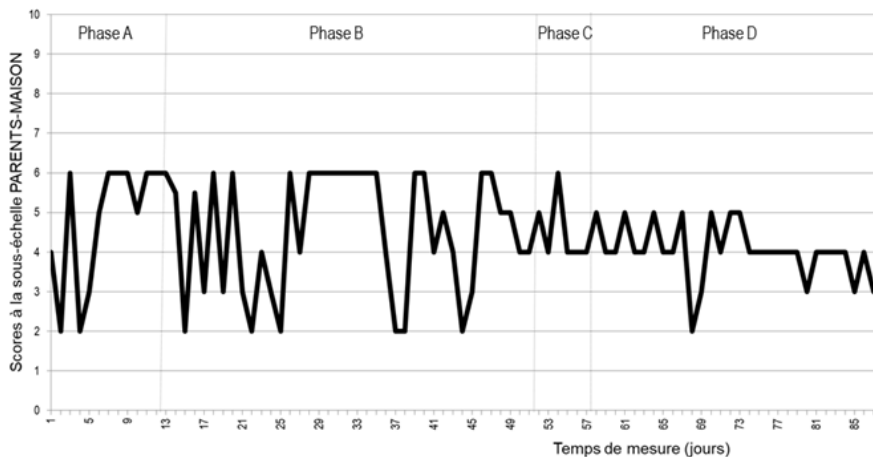
Note. Les lignes hachurées aux phases C et D représentent les moyennes des scores à ces phases; elles sont statistiquement différentes.

5.2.3 Sous-échelle de la représentation que se fait l'enfant de ses parents

5.2.3.1 Amy

La Figure 5.5 montre que notre analyse ne révèle aucun résultat statistiquement significatif pour Amy en ce qui concerne la sous-échelle des représentations mentales des parents, que ce soit en matière de changements aux pentes ou aux moyennes des scores des phases adjacentes du processus à l'étude. Cependant, l'examen visuel de la série suggère une certaine atténuation de la dispersion des données à compter de la phase C. Ce constat suggère que les réponses de l'enfant à la suite du bilan aux parents ont évolué vers une plus grande stabilité par rapport aux deux phases précédentes (A et B).

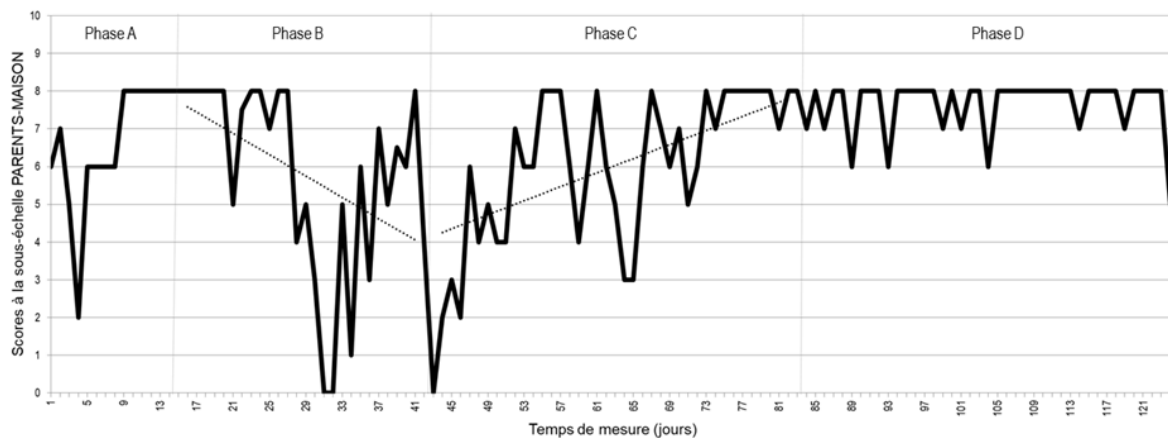
Figure 5.5 Évolution des scores d'Amy - Sous-échelle liée aux représentations mentales des parents



5.2.3.2 Tristan

La Figure 5.6 illustre le résultat statistiquement significatif qui a été obtenu pour Tristan à la sous-échelle associée à l'image des parents concernant les pentes des phases B et C qui s'avèrent statistiquement différentes ($r = -0,55$, $p = 0,009$) et de trajectoires inverses : à la phase B, la pente est descendante ($m_B = -0,14$) alors qu'à la phase C, la pente est ascendante ($m_C = 0,12$). Aucune différence significative de moyennes n'a été obtenue. Un examen visuel de la série suggère par ailleurs que la dispersion des scores des représentations mentales de Tristan liées à sa perception des parents a diminué nettement à compter de la phase D, soit après le bilan-conte fait à l'enfant.

Figure 5.6 Évolution des scores de Tristan - Sous-échelle liée aux représentations mentales des parents



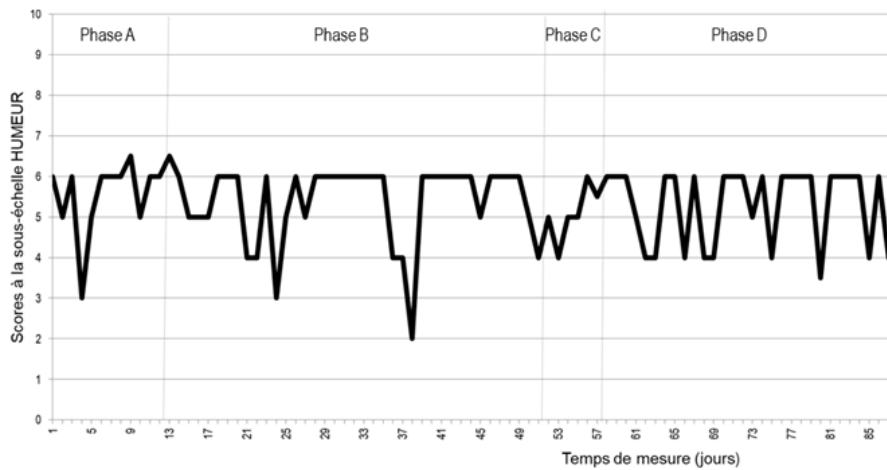
Note. Les lignes en petits pointillés aux phases B et C représentent les pentes des scores à ces phases; elles sont statistiquement différentes.

5.2.4 Sous-échelle des affects

5.2.4.1 Amy

Finalement, comme en témoigne la Figure 5.7, nous n'avons trouvé aucun résultat statistiquement significatif pour Amy lors de l'analyse des moyennes et pentes entre les phases consécutives du processus d'évaluation collaborative/thérapeutique de la jeune en ce qui concerne la sous-échelle des affects. L'examen visuel ne suggère pas non plus de réduction notable de la dispersion des scores de cette variable par rapport aux moyennes à l'une ou l'autre des différentes phases.

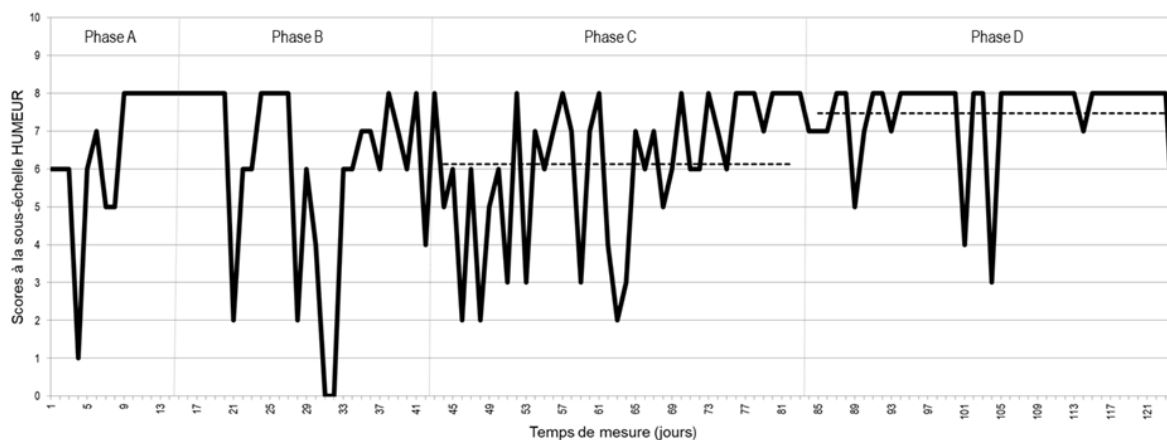
Figure 5.7 Évolution des scores d'Amy - Sous-échelle liée aux représentations mentales des affects



5.2.4.2 Tristan

Comme l'illustre la Figure 5.8, une différence statistiquement significative a été notée chez Tristan lors de la comparaison des moyennes entre les phases C et D ($r = 0,386$, $p = 0,0062$) de la représentation des affects, suggérant des affects plus positifs chez le jeune en conclusion du processus. À la phase C, sa moyenne était de 6,12, mais elle s'est révélée de 7,46 à la phase D, soit à la suite du bilan-conte. L'inspection visuelle de la série suggère par ailleurs une certaine réduction de la dispersion des scores à compter de la phase D.

Figure 5.8 Évolution des scores de Tristan - Sous-échelle liée aux représentations mentales des affects



Note. Les lignes hachurées aux phases C et D représentent les moyennes des scores à ces phases; elles sont statistiquement différentes.

CHAPITRE 6

DISCUSSION

Depuis la fin des années 1980, la pratique de l'évaluation psychologique de l'enfant a connu une évolution notable : si elle servait généralement à l'établissement d'une hypothèse diagnostique parfois couplée à une formulation de cas un peu plus étoffée, ses objectifs et sa portée se sont élargis peu à peu (Finn, 2016). Elle vise souvent aujourd'hui à contextualiser les difficultés dans une perspective plus systémique, à impliquer les parents et à offrir un retour sur les résultats et conclusions ayant des impacts thérapeutiques (Tharinger et coll., 2008c). C'est dans cette évolution que s'inscrivent les contributions de divers auteurs ayant conceptualisé différentes formes d'évaluation collaborative et/ou thérapeutique (pour une revue, voir Finn, 2016).

Un des aspects centraux de cette évolution de pratique — et celui qui nous concerne le plus dans cet essai — demeure l'accent mis sur la nécessité d'aller au-delà d'un simple diagnostic lors du bilan en fin de processus, en cherchant à favoriser chez les parents et chez l'enfant évalué, un nouveau narratif personnel et familial des problèmes ainsi qu'une vision renouvelée d'eux-mêmes et du monde qui les entoure (Finn, 2016). Dans cette approche d'évaluation dite thérapeutique, le bilan fait aux clients (l'enfant et/ou ses parents) devient un catalyseur pour amorcer des changements et favoriser un mieux-être. Ainsi, l'objectif de cette approche ne se limite plus à observer les symptômes et à informer du diagnostic : elle vise plutôt l'approfondissement de la problématique affective en vue de faciliter la recherche de solutions.

L'intérêt croissant pour ce type de rétroaction à potentiel thérapeutique s'est traduit par une augmentation des écrits portant sur les changements induits chez les parents et chez l'enfant (Finn, 2016; Tharinger et Pilgrim, 2012), ainsi que sur les différentes formes qu'un bilan présenté à l'enfant peut prendre (Kim, 2015). Dans le cadre du modèle formel de l'Évaluation Thérapeutique de l'enfant, par exemple, le conte s'est imposé comme une approche privilégiée par nombreux cliniciens travaillant avec des jeunes, en raison des résultats positifs notés (Dubé et Noël, 2015; Mutchnick et Handler, 2002; Tharinger et Pilgrim, 2012). Cependant, même si des progrès significatifs ont été réalisés, l'absence d'études examinant directement l'influence du conte sur les représentations mentales de soi, d'autrui et des affects de l'enfant a motivé la présente recherche, étant donné le rôle présumé déterminant de ces dimensions dans le bien-être d'un individu (Kernberg, 1995).

L'étude exploratoire que constitue cet essai visait à observer les variations ou particularités survenant dans l'évolution des représentations mentales de soi, des autres et des affects, chez deux enfants confrontés à des enjeux émotionnels et comportementaux propres, à la suite de l'introduction d'un bilan lors de leur évaluation psychologique. En se centrant sur l'introduction d'un bilan fait au moyen d'un conte, notre intention était de documenter sa valeur ajoutée chez l'enfant, au-delà des changements pouvant être induits à la phase précédente à la suite du bilan fait aux parents. Nous cherchions également à clarifier la manière dont les phénomènes peuvent se produire. Nous soutenions l'idée que des évolutions peuvent se produire directement chez l'enfant à la suite du conte, sans nécessairement être tributaires des changements qui surviennent chez les parents en cours de processus, contrairement à la perspective de chercheurs cliniciens tels que Finn et ses collaborateurs, qui ont soutenu, jusqu'ici, que ce sont ces seuls changements chez les parents qui ont des effets indirects chez l'enfant ensuite.

Dans notre étude, nous anticipions deux phénomènes spécifiques à la suite du bilan-conte, observables en utilisant des analyses de séries chronologiques réalisées avec le logiciel SMA (Borckardt, 2006). D'une part, nous nous attendions à discerner des différences de moyennes significatives à la hausse et, d'autre part, des changements significatifs de trajectoire (de pente) dans les courbes des mesures quotidiennes de nos variables. De plus, notre objectif était de clarifier si d'autres phases du processus d'une évaluation collaborative/thérapeutique de l'enfant étaient plus susceptibles de susciter des transformations significatives dans les représentations mentales étudiées.

6.1 Retour sur les résultats et hypothèses d'interprétation de ceux-ci

6.1.1 Changements aux moyennes et pentes des scores

L'analyse des résultats de Tristan a permis de mettre en lumière des modifications significatives à ses représentations mentales à la suite du bilan-conte. En isolant les effets du bilan fait aux parents de ceux du bilan-conte, des différences de moyennes ont été notées entre les scores à ces deux phases. En revanche, l'analyse des données d'Amy n'a pas offert de résultat concluant : aucune différence statistiquement significative n'a été observée pour elle, que ce soit en matière de changements de pentes ou de moyennes, entre la phase du bilan aux parents et celle du bilan-conte.

Néanmoins, les résultats de Tristan suggèrent chez lui une amélioration à ses représentations mentales associées à l'image de soi, à ses affects, ainsi qu'à l'indice global, amélioration intervenant à la suite du bilan-conte. Ces constatations laissent entrevoir un pronostic plus positif chez ce garçon qu'en début de

processus, sur le plan émotionnel et de sa santé mentale. En effet, ces observations relatives à Tristan s'alignent avec la littérature qui préconise l'utilisation d'un conte dans divers champs d'intervention en psychologie en raison de ses mécanismes d'action favorables à une nouvelle compréhension de ses difficultés et de soi ainsi que de ses affects (Tharinger et Pilgrim, 2012; Tharinger et coll., 2008c, 2009).

Selon les fondements de l'approche narrative de White et Epston (1990), l'efficacité thérapeutique d'un récit peut en effet s'expliquer par le fait que l'identité de tout individu est construite (et modifiée) par les histoires racontées à son sujet. Raguinet (1999) corrobore cette idée en montrant, au moyen de cas cliniques, qu'en s'identifiant au vécu de personnages de l'histoire, les enfants arrivent généralement à prendre conscience de leurs enjeux. Il ajoute que le conte favorise également la recherche de moyens propices au dénouage des fixations et/ou des régressions entravant l'évolution du jeune.

Lajoie (2011) soutient aussi cette perspective, en se basant sur ses observations menées auprès de jeunes placés en centres jeunesse. Selon lui, face à un enfant qui a appris à ne plus ressentir, penser, espérer, imaginer, communiquer et faire confiance, les reflets d'autrui, à propos de lui-même peuvent parfois être perçu comme des « morsures », des « brûlures » ou un type d'acharnement. Le conte devient, selon lui, un moyen indirect, inventif et ingénieux permettant à l'enfant de reconnaître, à travers des personnages interposés, des pans de son histoire personnelle évacués de ses pensées. Il ajoute que le conte permet à l'enfant de mettre des mots sur ses maux qui semblent dénués de sens et d'éviter qu'il demeure sourd et aveugle à tout ce qui pourrait constituer un démenti à ses perceptions et convictions défensives, avec pour finalité de lui permettre de se sentir compris et apaisé. Pour Tharinger et coll. (2009) et Tharinger et Pilgrim (2012), le conte offre une nouvelle perspective à propos des problèmes de l'enfant, le sentiment d'être compris, des solutions, de l'espoir et un mieux-être. Finalement, selon Bettelheim (1976), un conte favorise la structuration psychologique de l'enfant en le guidant vers la découverte de son identité et des épreuves qui lui permettront de contribuer à son évolution.

Du fait que les résultats significatifs touchant aux différences de moyennes ou de pentes ne concernent que Tristan, et non Amy, il est nécessaire de considérer avec prudence ces interprétations des résultats de Tristan.

6.1.2 Réduction de la dispersion des scores

Malgré ces résultats mitigés, un phénomène intéressant a été observé chez chacun de nos deux sujets, à savoir la réduction de la variabilité de certaines de leurs réponses liées aux trois variables en observation. Il s'avère en effet remarquable que l'inspection visuelle des flux de données a permis de constater chez Amy tout comme chez Tristan, la présence d'oscillations marquées dans leurs réponses dans les phases du processus précédant les bilans, et ce, pour chacune des variables à l'étude; puis, à la suite des bilans, une réduction marquée de la dispersion des données autour de la moyenne — pour Amy, suite aux phases du bilan fait aux parents et du bilan-conte pour les variables globales, soi et autres; et pour Tristan suite à la phase du bilan-conte pour toutes les variables (globale, soi, autres, affects). Ce phénomène pourrait constituer un indicateur de changements qui n'avait pas été anticipé jusqu'ici.

Bien que des statistiques appropriées ne soient pas formellement fournies par le logiciel SMA et qu'il ne semble pas exister de procédure statistique adéquate pour tirer des conclusions sur la significativité de ces observations (H. Leduc, consultation statistique, communication personnelle, 14 septembre 2023), nous considérons que la réduction visuellement observable des écarts-types suggère une nature plus stable des réponses d'Amy et de Tristan en fin de processus. Cela s'apparente, à notre avis, à une stabilisation de leurs représentations mentales de soi et des autres (notamment de leurs parents) et pourrait correspondre à un état généralement recherché dans le cadre d'une psychothérapie (Kernberg, 1995).

6.1.3 Autres phénomènes d'intérêt

Au-delà des changements notés à la suite du bilan-conte, principal objet de cette étude, deux autres phénomènes ont retenu notre attention, bien qu'ils n'aient été observés eux aussi que chez Tristan. Premièrement, nous avons constaté, lors des interventions avant les bilans, une dégradation (pente négative) des représentations mentales de l'enfant liée à ses parents. Nous faisons l'hypothèse que deux facteurs puissent avoir contribué à cette détérioration : d'une part, le contexte anxiogène des premières épreuves psychologiques qui pourrait avoir affecté l'enfant et ses parents, leur disponibilité et leurs interactions mutuelles; d'autre part, la confrontation de l'enfant à certaines réalités au sein de la dynamique familiale telle les enjeux des parents.

Ensuite, nous avons remarqué chez Tristan, une reconstruction progressive (pente positive) de ses représentations mentales de ses parents après le bilan fait à ceux-ci. Cette tendance à la hausse laisse

entendre que cette dernière intervention (bilan-parents) pourrait avoir eu un impact positif sur sa perception à l'égard de ses parents, possiblement parce que le regard porté par ces derniers sur leur enfant s'en est trouvé modifié. Ceci correspondrait à des changements chez l'enfant découlant de l'intervention directe auprès des parents, centrale aux hypothèses de Finn et de ses collaborateurs (Finn, 2016; Tharinger et Pilgrim, 2012; Tharinger et coll., 2008b, 2009). En effet, cette amélioration chez Tristan est cohérente avec cette littérature suggérant que le bilan aux parents induirait des effets thérapeutiques indirects chez l'enfant dans le cadre d'une Évaluation Thérapeutique. Dubé et Noël (2015) ont suggéré que le mécanisme d'action dans ce cas soit le changement de la perception des parents à propos de leur enfant qui influencerait sur les *représentations mentales* de l'enfant lui-même. Ils soutiennent qu'une compréhension plus proche du vécu de l'enfant chez les parents leur permettrait de développer une plus grande empathie à son égard, ce qui améliorerait positivement la dynamique parent-enfant. Au final, les perceptions de l'enfant à l'égard de ses parents s'en trouveraient ainsi modifiées à leur tour, celui-ci ayant alors le sentiment d'être en relation avec des parents qui le comprennent mieux.

Ce phénomène de déconstruction et de reconstruction des représentations mentales chez l'enfant s'aligne avec le modèle allostérique d'apprentissage proposé par Giordan (1998). Ce modèle suggère que le changement des conceptions de base commence souvent par un processus de déconstruction. Cette déconstruction se caractérise par un déséquilibre, un conflit, un recul, une rupture avec les conceptions antérieures, ainsi qu'une alternance et une reconstruction des images mentales. En d'autres termes, pour déconstruire des conceptions limitées ou figées, il est souvent nécessaire de provoquer une perturbation ou un déséquilibre initial. Cette situation engendre un sentiment de conflit et de manque de sens qui crée un besoin et favorise une recherche, une remise en question de ses conceptions, et de nouveaux apprentissages et l'évolution des conceptions.

Pour Smith et ses collaborateurs (2010), le conte permettrait de déconstruire des schèmes de pensée qui enferment l'individu face à son problème, de reconstruire ensuite des histoires alternatives, de se comprendre et de comprendre les autres autrement. De plus, en nous appuyant sur la théorie de la mentalisation (Bateman et Fonagy, 2019), les bilans nous apparaissent des outils favorisant la mise en sens, grâce à une meilleure compréhension des états mentaux de soi-même et d'autrui, ce qui soutiendrait l'évolution et la reconstruction des représentations mentales.

6.2 Synthèse des résultats en regard des hypothèses initiales de l'étude

En somme, Tristan a produit des résultats plus conformes à nos attentes initiales et à ce que nous pensions observer à la suite du conte. Bien que les résultats d'Amy n'aient pas permis de relever de changements significatifs de moyennes et de pentes à la suite du bilan-conte, notre impression est que les changements observés chez Tristan à la suite de son bilan-conte ne sont pas le résultat d'une simple coïncidence (artefact), mais illustrent plutôt la valeur potentiellement ajoutée de cette dernière intervention sous forme d'histoire dans une évaluation collaborative/thérapeutique de l'enfant qui réussit ses objectifs cliniques.

Pour Amy, le fait de ne pas avoir été en mesure de capter des changements significatifs de moyennes et de pentes à la suite du bilan-conte s'avère naturellement décevant vu notre objectif initial. Il est possible que l'instabilité plus marquée, observée dans les représentations mentales de Tristan en début de processus, ait contribué à ce qu'il retire davantage de bénéfices du processus thérapeutique mis à sa disposition que celle-ci. Ensuite, d'une certaine manière, nous pouvons imaginer que la réorganisation des représentations mentales de ses parents ait pu permettre les changements subtils observés chez elle qui semblent correspondre à une stabilisation de ses perceptions mentales à l'égard d'elle-même et de ses parents. L'impact du processus sur les parents n'est toutefois pas traité de façon plus approfondie dans cette étude centrée sur les effets du conte au niveau de l'enfant. Les changements qui sont intervenus, dans les deux cas, semblent avoir varié en fonction des différentes configurations parentales, familiales et chez l'enfant lui-même. Les styles de parentalité, les dynamiques familiales et les caractéristiques individuelles de l'enfant peuvent tous jouer un rôle dans la manière dont les changements se manifestent (Bonin, 2013).

Au final, il faut rappeler que l'ensemble des variables mesurées n'avaient pas été étudiées sous cet angle auparavant : au meilleur de notre connaissance, cette étude est la première à s'arrêter aux modifications des représentations mentales de l'enfant d'une part, et en faisant de celui-ci l'informateur privilégié quant à celles-ci d'autre part. Ainsi, les variations de pentes et de moyennes constatées à la suite du bilan-conte, ainsi que le phénomène de déconstruction et de reconstruction de certaines variables des représentations mentales de Tristan, de même que l'atténuation des variations dans les réponses des deux enfants associées à une stabilisation de certaines de leurs représentations mentales en fin de processus, contribuent à affiner notre compréhension de l'impact de différentes interventions lors d'une évaluation collaborative/thérapeutique de l'enfant, en particulier celle qui a capté notre attention, soit le bilan-conte.

6.3 Limites de l'étude et suggestions pour les recherches futures

L'interprétation des résultats présentés nécessite une prise en compte attentive de certaines limites, certaines plus cliniques et d'autres plus méthodologiques. D'abord, même si les contes présentés ont été élaborés par les cliniciens, bien au fait des enjeux ayant émergé pour chaque enfant, et que ces contes ont été peaufinés de concert avec les superviseurs cliniques, il demeure qu'il n'y a pas eu d'évaluation indépendante de la qualité de ceux-ci. On ne peut donc écarter tout à fait la possibilité que le conte présenté ait pu « manquer la cible » pour Amy, par exemple, et que ses résultats en portent la trace. La qualité des contes reste une question qu'il faudrait investiguer dans des recherches futures, si une telle évaluation indépendante de celle-ci pouvait se réaliser.

De plus, dans le contexte clinique propre à ces évaluations, diverses autres variables peuvent aussi avoir influencé les résultats malgré les efforts déployés pour contrôler certaines d'entre elles, telles que la durée entre les bilans, le moment de la rétroaction, la qualité de la relation thérapeutique (dont l'alliance) développée avec les cliniciennes pendant l'évaluation, ou l'intérêt spécifique de l'enfant pour le conte.

D'autre part, il est important de rappeler que chaque série chronologique correspond à une étude de cas en soi; nous sommes donc face à une approche qui, tout en s'appuyant sur des analyses statistiques, tient de la tradition idiographique plutôt que nomothétique. Ainsi, l'absence de résultats pour une personne donnée n'invalide pas ceux obtenus par d'autres personnes. De surcroît, dans un contexte clinique, il serait assez irréaliste de s'attendre à ce que toutes les personnes présentant certaines caractéristiques semblables réagissent de la même manière (ou par les mêmes mécanismes de changement) à des interventions semblables. En ce sens, il est possible que le bilan sous la forme d'un conte puisse affecter différemment des enfants présentant des problématiques relativement comparables, comme ici avec Tristan et Amy. Comme notre étude ne présente pas de données concernant ce qu'on appelle généralement l'efficacité de traitement (p. ex. la réduction de symptômes post-intervention) ni de données sur la satisfaction des familles face au processus, on ne peut s'appuyer sur un tel critère externe pour soutenir que les changements notés chez Tristan — ou l'absence de tels changements chez Amy — se sont traduits plus ou moins chez l'un ou l'autre en une intervention dite « efficace ». Cela pourra faire l'objet d'études complémentaires ultérieures. Malgré cette réserve prudente, il demeure notable, toutefois, que des changements aux représentations mentales aient été observés chez Tristan là où l'on en faisait l'hypothèse *a priori* d'une part, et que nous n'avons pas observé de changements aux

représentations mentales chez Amy là où on ne les attendait pas en fonction du rationnel théorique sous-tendant l'étude d'autre part.

D'autre part, il est primordial de souligner la nécessité de prudence lors de l'analyse des résultats de séries chronologiques en raison de la complexité inhérente à l'établissement de relations de cause à effet, car ces traitements statistiques reposent sur des modélisations corrélationnelles. Il est généralement suggéré de parler de causalité avec prudence dans les seuls cas où un contrôle adéquat des conditions expérimentales a été exercé, d'une part, et sur la base d'un modèle solide préétabli concernant les modifications introduites dans le processus étudié. Nous croyons avoir respecté ces conditions dans cette étude, mais nous demeurons consciente de ces limites.

Nous reconnaissons également que les mesures quotidiennes utilisées, si elles se sont avérées bien adaptées à l'enfant, peuvent ne pas avoir pleinement capturé certains changements plus profonds au niveau des représentations mentales. L'utilisation d'un plus grand nombre de questions que les seules six retenues pour évaluer trois aspects des représentations mentales aurait pu renforcer la validité des résultats, mais aurait également apporté le risque d'introduire des biais liés à la fatigue des enfants devant répondre quotidiennement aux questions pendant toute la durée du processus. Il pourrait aussi être opportun de vérifier si la mesure n'est pas sujette à des effets de plafond qui nous auraient empêchés de voir davantage de progrès, particulièrement chez Tristan. Malgré ces limitations, les mesures ont tout de même permis de capter des changements significatifs chez Tristan, et ouvert la voie à une réflexion quant à la stabilisation (imprévue, mais très intéressante) des scores en fin de processus chez les deux enfants.

D'ailleurs, en ce qui concerne ce dernier point, le phénomène de la dispersion des scores allant en s'amenuisant au cours du processus d'évaluation collaborative/thérapeutique mériterait d'être exploré lors de recherches futures avec un échantillon plus grand d'enfants d'âges variés et éprouvant des troubles émotionnels et comportementaux divers pour mieux représenter la population juvénile. Il serait aussi pertinent d'analyser plus précisément les liens entre différentes difficultés affectives et/ou comportementales et les représentations mentales en incluant des indicateurs du fonctionnement social, familial et de la qualité de vie de l'enfant dans les études, afin d'analyser précisément les éléments contribuant à l'effet thérapeutique dans la rétroaction par le conte.

D'autre part, le phénomène de dégradation des représentations mentales au début des interventions, avec l'hypothèse que le contexte anxigène des premières épreuves psychologiques peut contribuer à

cette dégradation des représentations mentales et que cette déconstruction peut parfois être nécessaire à une reconstruction ultérieure de représentations plus adaptées (nuancées ou positives) chez l'enfant, nous apparaît aussi comme une piste de recherche particulièrement intéressante. Il serait intéressant de vérifier si ce phénomène est prototypique de processus menant à des changements significatifs aux représentations mentales chez l'enfant dans le cadre d'évaluations collaboratives/thérapeutiques.

Actuellement, l'équipe de recherche étudie la présence de changements plus subtils aux représentations mentales des enfants à l'aide d'autres mesures plus pointues (implicites) administrées à certains moments clés du processus, soit la cotation d'histoires à des planches du *Thematic Apperception Test* (TAT) au moyen de la *Social Cognition and Object Relations-Global Rating Method* (SCORS-G : Stein et Slavin-Mulford, 2017). Cette approche pourrait offrir un complément, voire une validation supplémentaire, aux résultats de notre étude.

Pour les recherches futures, il est crucial de prendre en considération que cette approche d'évaluation nécessite la présence de cliniciens à l'aise avec les divers aspects du processus d'une évaluation collaborative/thérapeutique de l'enfant. Tout spécialement, pour être réellement efficace, la rétroaction par le conte pourrait exiger de ceux-ci le développement de compétences particulières dans la rédaction d'une rétroaction adaptée et accessible à l'enfant. Une formation spécifique au modèle appuyée par une supervision régulière, comme cela a été le cas pour les cliniciennes ayant participé à cette étude, semble donc incontournable pour en maximiser l'efficacité.

CONCLUSION

Depuis la fin du 20^e siècle, l'évaluation psychologique de l'enfant a considérablement évolué. Autrefois axé principalement sur le diagnostic, elle s'est élargie pour inclure une perspective plus collaborative, impliquant les parents et offrant un retour sur les résultats, tant aux parents qu'à l'enfant. Le bilan par le conte à l'étape de la rétroaction s'est affirmé comme une méthode favorisant la compréhension de la problématique affective de l'enfant et la création d'un nouveau narratif personnel et familial propice à une vision renouvelée d'eux-mêmes et du monde, et à d'autres impacts thérapeutiques. Cependant, malgré ces avancées, l'influence du conte sur des variables fondamentales à la santé mentale, telles que les représentations mentales de soi, des autres et des affects de l'enfant, n'a pas été étudiée directement, d'où l'importance de cette recherche.

L'étude exploratoire présentée s'est concentrée sur l'impact d'un bilan réalisé sous la forme d'un conte sur les représentations mentales de soi, des autres et des affects de deux enfants confrontés à des défis émotionnels et comportementaux. Les résultats suggèrent que le conte peut avoir un effet positif sur les représentations mentales d'un enfant, mais que les effets peuvent varier d'un sujet à l'autre. Dans un cas, la déconstruction et la reconstruction de ses représentations mentales lors des interventions avant le bilan-conte laisse entendre l'influence indirecte de l'environnement familiale. Toutefois, les améliorations observées à l'image de soi et des affects de cet enfant suite au bilan-conte, cohérentes avec les théories soutenant l'efficacité thérapeutique des contes dans la construction de l'identité et d'affects plus positifs, démontrent l'importance de considérer que les enfants, pris comme sujets à part entière, puisse être vus comme ayant un monde de représentations pouvant faire l'objet de changements sans qu'ils soient restreints aux seuls effets indirects des changements chez les parents – ils peuvent venir aussi du soutien obtenu de la parole d'un tiers (clinicien) à propos de lui.

Ainsi, malgré certains résultats mitigés obtenus dans cette étude, les conclusions encouragent à envisager une transition vers une approche innovante d'évaluation plus collaborative et thérapeutique de l'enfant intégrant un bilan-conte lors de la rétroaction d'une évaluation psychologique. Nous avons démontré que cette intervention brève présente le potentiel de produire des changements significatifs, dans un court laps de temps, au niveau du construit de représentations mentales d'un enfant. Ceci souligne toute l'importance d'études comme celle-ci qui ouvrent des perspectives stimulantes à l'utilisation d'un bilan psychologique sous la forme d'un conte.

RÉFÉRENCES

- Abgrall, A., Coulacoglou, C., Spyridaki, K. et Toyas, D. (2014). Épreuves projectives en clinique infantile : FTT et TAT. *Le Journal des psychologues*, 316(3), 65-69. <https://doi.org/10.3917/jdp.316.0065>
- Académie nationale de médecine. (2024). *Dictionnaire médical de l'Académie de médecine* (version 2024). <https://www.academie-medecine.fr/le-dictionnaire/index.php>
- Agence de la santé publique du Canada. (2017, 15 septembre). *La maladie mentale*. Gouvernement du Canada. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladie-mentale.html>
- Albernhé, K. et Albernhé, T. (2023). *Les thérapies familiales systémiques* (5^e éd.). Elsevier Masson.
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5^e éd., J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq, trad.). Elsevier Masson.
- Arbisio, C. (2013). *Le bilan psychologique avec l'enfant: Clinique du WISC-IV* (2^e éd.). Dunod.
- Arruda, W., Bélanger, S. A., Cohen, J. S., Hrycko, S., Kawamura, A., Lane, M., Patriquin, M. J. et Korczak, D. J. (2023). La promotion de l'évolution optimale de la santé mentale chez les enfants et les adolescents. *Paediatrics & Child Health*, 28(7), 426-436. <https://doi.org/10.1093/pch/pxad033>
- Aschieri, F., De Saeger, H. et Durosini, I. (2015). L'évaluation thérapeutique et collaborative: preuves empiriques. *Pratiques psychologiques*, 21(4), 307-317. <https://psycnet.apa.org/record/2015-52967-003>
- Aschieri, F., Fantini, F. et Bertrando, P. (2012). Therapeutic assessment with children (TA-C): psychological assessment as a family systems intervention. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 33(4), 285-298. <http://dx.doi.org/10.1017/aft.2012.37>
- Association canadienne pour la santé mentale (2021, 19 juillet). *Faits saillants sur la maladie mentale*. <https://cmha.ca/fr/faits-saillants-sur-la-maladie-mentale>
- Assoun, P.-L. (2005). Métaphore et métapsychologie : la raison métaphorique chez Freud. *Figures de la psychanalyse*, n° 11, 19-31. <https://doi.org/10.3917/fp.011.0019>
- Auster, P. (2009). *L'invention de la solitude*. Actes Sud.
- Bailly, R. (2001). Le jeu dans l'œuvre de D. W. Winnicott. *Enfances & Psy*, 15(3), 41-45. <https://doi.org/10.3917/ep.015.0041>
- Bateman, A. et Fonagy, P. (2019). *Mentalisation et trouble de la personnalité limite* (2^e éd.). De Boeck Supérieur.
- Bellak, L. et Bellak, S. S. (1949). *Children's Apperception Test*. C.P.S. Co., P.O. Box 42, Gracie Sta.

- Belmont, N. (2019). Propp Vladimir, 2017, *Le Conte russe*, traduit du russe, préfacé et annoté par Lise Gruel-Appert, Imago, Paris, 306 pages. *Cahiers de littérature orale*, n° 86, 203-208. <https://doi.org/10.4000/clo.8171>
- Bergeret, J. (1996). *La personnalité normale et pathologique* (3^e éd.). Dunod.
- Bernaud, J.-L. (2014). *Les méthodes d'évaluation de la personnalité*. Dunod.
- Bettelheim, B. (1976). *Psychanalyse des contes de fées*. Robert Laffont.
- Bion, W. R. (1962). *Learning from experience*. Routledge.
- Blanc-Sahnoun, P. et Dameron, B. (dir.). (2022). *Comprendre et pratiquer l'approche narrative : concepts fondamentaux et cas expliqués*. InterEditions.
- Blondeau, C. (2019). *La thérapie psychodynamique : un mini-guide de pratique*. Thanh-Lan Ngô – psychopap.
- Blume, T. W. (2010). Counseling for identity renegotiation. *Identity: An International Journal of Theory and Research*, 10(2), 92-105. <https://doi.org/10.1080/15283481003711700>
- Bonin, P. (2013). *L'influence du style parental et d'autres facteurs familiaux sur le processus de développement de l'autodétermination des élèves handicapés ou en difficulté d'adaptation ou d'apprentissage : perceptions de la mère* [mémoire de maîtrise, Université du Québec à Montréal]. Archipel. <http://archipel.uqam.ca/id/eprint/6009>
- Bonnafé, M. (1994). *Les livres, c'est bon pour les bébés*. Calmann-Lévy.
- Borckardt, J. J. (2006). *Simulation modeling analysis: Time series analysis program for short time series data streams. User's Guide* (Version 8.3.3). Medical University of South Carolina.
- Borckardt, J. J. et Nash, M. R. (2014). Simulation modelling analysis for small sets of single-subject data collected over time. *Neuropsychological Rehabilitation*, 24(3-4), 492-506. <https://doi.org/10.1080/09602011.2014.895390>
- Borckardt, J. J., Nash, M. R., Murphy, M. D., Moore, M., Shaw, D. et O'Neil, P. (2008). Clinical practice as natural laboratory for psychotherapy research: A guide to case-based time-series analysis. *American Psychologist*, 63(2), 77-95. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.63.2.77>
- Borgogno, J. (2018). L'expérience d'un groupe « conte » pour enfants autistes et psychotiques en hôpital de jour. *Cahiers de PréAut*, 15, 161-184. <https://doi.org/10.3917/capre1.015.0161>
- Bouchard, M.-A. (1995). La relation d'objet et la structure psychique. *Trans*, (6), 173-202.
- Brelet-Foulard, F. et Chabert, C. (2003). *Nouveau manuel du TAT : approche psychanalytique* (2^e éd.). Dunod.
- Brodard, F., Giroudeau, I., Quartier, V. et Roman, P. (2019). La perception parentale de la pratique du bilan psychologique de l'enfant et de l'adolescent. *Pratiques psychologiques*, 25(4), 383-397. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2018.08.003>

- Brunet, L. et Casoni, D. (2011). *Profession psychologue*. Presses de l'Université de Montréal. <https://doi.org/10.4000/books.pum.233>
- Carré, P. et Fenouillet, F. (dir.). (2019). *Traité de psychologie de la motivation. Théories et pratiques*. Dunod.
- Castro, D. (2003). L'examen psychologique de l'adulte : forme d'intervention brève au service du sujet. *Le Carnet PSY*, 5(82), 13-15. <https://doi.org/10.3917/lcp.082.0013>
- Chaxel, S., Fiorelli, C. et Moity Maïzi, P. (2014). Les récits de vie: outils pour la compréhension et catalyseurs pour l'action. *¿ Interrogations ?*, 17, 1-14. <http://revue-interrogations.org/Les-recits-de-vie-outils-pour-la>
- Chouvier, B. (2023). *La médiation thérapeutique par les contes*. Dunod.
- Chromé, C., Devisscher, S. et Mubikangiey, L. (2000). La création du conte merveilleux chez l'enfant: activité de médiation et de symbolisation. *Psychologie clinique et projective*, 6, 31-43. <https://doi.org/10.3406/clini.2000.1149>
- Chudzik, L., Frackowiak, M. et Finn, S. E. (2019). Évaluation thérapeutique et dépression de l'enfant: faire du bilan psychologique une intervention familiale brève. *Bulletin de psychologie*, (559), 19-27. <https://doi.org/10.3917/bupsy.559.0019>
- Chung, R. K., Ray, D. C., Aguilar, E. V. et Turner, K. K. (2023). The multicultural play therapy room: Intentional decision making in selecting play therapy toys and materials. *International Journal of Play Therapy*, 32(4), 197-207. <https://doi.org/10.1037/pla0000203>
- Coulacoglou, C. (2006). La psychanalyse des contes de fées : les concepts de la théorie psychanalytique de Bettelheim examinés expérimentalement par le test des contes de fées. *Le Carnet PSY*, 6(110), 31-39. <https://doi.org/10.3917/lcp.110.0031>
- Coulacoglou, C. (2013). Test des contes de fées : test de personnalité pour enfants. ECPA.
- Coulacoglou, C. (2014). A study on the psychometric properties of the Fairy Tale Test (FTT). *Rorschachiana*, 35(2). <https://doi.org/10.1027/1192-5604/a000060>
- Coulacoglou, C. et Kotsoni, E. (2008). The application of the Fairy Tale Test in Greece. Dans C. Coulacoglou (dir.), *Exploring the child's personality. Developmental, clinical and cultural applications of the Fairy Tale Test* (p. 243-263). Charles C Thomas Publisher.
- Coulacoglou, C., Souyouldjoglou, M. et Atsaros, A. (2008). A study on aggression in children through the Fairy Tale Test. Dans C. Coulacoglou (dir.), *Exploring the child's personality. Developmental, clinical and cultural applications of the Fairy Tale Test* (p. 63-74). Charles C Thomas Publisher.
- de Becker, E. (2011). Le jeu dans la consultation pédopsychiatrique: média de rencontre et socle de parentalité. *Psychothérapies*, 31(2), 101-112. <https://doi.org/10.3917/psys.112.0101>
- de Mijolla, A. (dir.). (2002). *Dictionnaire international de la psychanalyse*. Calmann-Lévy.

- Dempster, A. P., Laird, N. M. et Rubin, D. B. (1977). Maximum likelihood from incomplete data via the EM algorithm. *Journal of the Royal Statistical Society. Series B (Methodological)*, 39(1), 1-38. <http://www.jstor.org/stable/2984875>
- Denis, I. (2009). *Utilisation stratégique des contes et des métaphores thérapeutiques à partir de quelques vignettes cliniques* [thèse de doctorat, Université de Nantes]. Archive des Bibliothèques universitaires de Nantes. <https://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/fichiers/download/5b54ce4b-6625-4066-9c63-b122cc7aaef8>
- De Saeger, H., Kamphuis, J. H., Finn, S. E., Smith, J. D., Verheul, R., van Busschbach, J. J., Feenstra, D. J. et Horn, E. K. (2014). Therapeutic assessment promotes treatment readiness but does not affect symptom change in patients with personality disorders: findings from a randomized clinical trial. *Psychological Assessment*, 26(2), 474-483. <http://dx.doi.org/10.1037/a0035667>
- Diatkine, R. (1998). Le dit et le non-dit dans les contes merveilleux. *La psychiatrie de l'enfant*, 41(2), 333-354.
- Diwo, R. et De Tychev, C. (1992). Image du corps et dysharmonie d'évolution: approche comparée à l'aide du conte de la fourmi de J. Royer. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 40(5-6), 271-283.
- Dorceus, S., Le Corff, Y. et Yergeau, É. (2023). Les représentations en matière d'évaluation psychologique des conseillères et conseillers d'orientation, des psychologues ainsi que des psychoéducatrices et psychoéducateurs. *European Review of Applied Psychology*, 73(2), 100821 <https://doi.org/10.1016/j.erap.2022.100821>
- Dubé, J. É. et Noël, R. (2014, mars). *L'évaluation thérapeutique : un outil collaboratif d'intervention*. Atelier clinique présenté au 36^e congrès de la Société québécoise pour la recherche en psychologie (SQRP), Montréal, QC.
- Dubé, J. É. et Noël, R. (2015). Les représentations mentales de l'enfant chez les parents : situation, illustrations et réflexions sur les catalyseurs de changements en évaluation thérapeutique de l'enfant. *Pratiques psychologiques*, 21(4), 375-388. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2015.09.010>
- DuBose, T. (2002). Family-centered, strength-based assessments with special needs children: A humanistic approach. *Humanistic Psychologist*, 30, 125-135.
- Ducros, M.-M. (1959). Des réponses fournies aux « fables de Düss » par les enfants vivant dans un milieu familial anormal. *Enfance*, 12(2), 153-180.
- Durosini, I., Tarocchi, A. et Aschieri, F. (2017). Therapeutic assessment with a client with persistent complex bereavement disorder: A single-case time-series design. *Clinical Case Studies*, 16(4), 295-312. <https://doi.org/10.1177/1534650117693942>
- Düss L. (1950). *La méthode des fables en psychanalyse infantile*. L'Arche.
- Ebersöhn, L., Eloff, I., Finestone, M., Grobler, A. et Moen, M. (2015). Telling stories and adding scores: Measuring resilience in young children affected by maternal HIV and AIDS. *African Journal of AIDS research*, 14(3), 219-227. <https://doi.org/10.2989/16085906.2015.1052822>

- Finn, S. E. (1996). Assessment feedback integrating MMPI-2 and Rorschach findings. *Journal of Personality Assessment*, 67(3), 543-557. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6703_10
- Finn, S. E. (2014). L'Évaluation Thérapeutique : genèse, efficacité et théorisation. *Le Journal des psychologues*, (10), 22-27.
- Finn, S. E. (2016). *L'Évaluation Thérapeutique : théorie et techniques* (M.-H. Hammen, trad.). Dunod.
- Finn, S. E. et Chudzik, L. (2013). L'évaluation thérapeutique pour enfant: théorie, procédures et illustration. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 61(3), 166-175. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2012.11.003>
- Finn, S. E. et Tonsager, M. E. (1997). Information-gathering and therapeutic models of assessment: Complementary paradigms. *Psychological Assessment*, 9(4), 374-385. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.9.4.374>
- Finn, S. E. et Tonsager, M. E. (2002). How Therapeutic Assessment became humanistic. *The Humanistic Psychologist*, 30(1-2), 10-22. <https://doi.org/10.1080/08873267.2002.9977019>
- Fischer C. T. (1994). *Individualizing psychological assessment* (nouv. éd.). Erlbaum. (Publication originale en 1985.)
- Frackowiak, M., Fantini, F. et Aschieri, F. (2015). L'Évaluation Thérapeutique : description de quatre modèles. *Pratiques psychologiques*, 21(4), 319-330. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2015.09.006>
- Freud, S. (1967). *L'interprétation des rêves* (I. Meyerson et D. Berger, trad.) Presses universitaires de France. (Publication originale en allemand en 1900.)
- Freud, S. (1976). La création littéraire et le rêve éveillé [1908]. Dans *Essais de psychanalyse appliquée* (E. Marty et M. Bonaparte, trad.). Gallimard. (Traduction française originale publiée en collection en 1933.)
- Freud, S. (2020). *L'homme aux loups : d'une histoire de névrose infantile* (O. Mannoni, trad.). Payot. (Publication originale en allemand en 1918.)
- Gardner, R. A. (1971). *Therapeutic communication with children: The mutual storytelling technique*. Science House.
- Garnier, C. et Sauvé, L. (1999). Apport de la théorie des représentations sociales à l'éducation relative à l'environnement - Conditions pour un design de recherche. *Éducation relative à l'environnement*, 1, 65-77. <https://doi.org/10.4000/ere.7204>
- Giordan, A. (1998). *Apprendre!* Belin.
- Gorske, T. T. et Smith, S. R. (2009). *Collaborative therapeutic neuropsychological assessment*. Springer.
- Grenier, J. (2002). *Mise en relation de l'interprétation d'un conte avec la conscience de soi chez des participants âgés* [mémoire de maîtrise, Université du Québec à Trois-Rivières]. Cognito. <https://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/2574/>

- Grobler, A. (2011). *The utility of a Düss fable for cross-cultural measurement of resilience in young children* [thèse doctorale, University of Pretoria]. UPSpace. <http://hdl.handle.net/2263/23028>
- Gutfreind, C. (2002). La psychothérapie de groupe à travers les contes : une expérience clinique avec les enfants placés en foyer. *La psychiatrie de l'enfant*, 45(1), 207-246. <https://doi.org/10.3917/psye.451.0207>
- Guyot, J. et Ancelin, A. M. (1950). *La méthode des fables en psychanalyse infantile, Louisa Duss (Éd. L'Arche)* [compte-rendu]. *Bulletin de psychologie*, 4(3), 176-176.
- Handler, L. (2009). "Why do I get in trouble so much?": A family therapeutic assessment case study. *Journal of Personality Assessment*, 91(3), 197-210. <https://doi.org/10.1080/00223890902794101>
- Handler, L. (2014). The use of therapeutic assessment with children and adolescents. Dans *The clinical assessment of children and adolescents* (p. 53-72). Routledge.
- Hartmann, H. (1967). Commentaires sur la théorie psychanalytique du Moi (P. Luquet, J. Parat et M. C. Chaier, trad.). *Revue française de psychanalyse*, (3). (Publication originale en 1950.)
- Hartmann, H. (1968). *La psychologie du moi et le problème de l'adaptation* (A. M. Rocheblave-Spenlé, trad.). Presses Universitaires de France.
- Holm-Denoma, J. M., Gordon, K. H., Donohue, K. F., Waesche, M. C., Castro, Y., Brown, J. S., Jakobsons. L. J., Merril, K. A. Buckner, J. D. et Joiner Jr, T. E. (2008). Patients' affective reactions to receiving diagnostic feedback. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 27(6), 555-575. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1521/jscp.2008.27.6.555>
- Institut canadien d'information sur la santé. (2023, 2 août). *L'accès aux services liés à la santé mentale et à l'utilisation de substances demeure difficile au Canada*. <https://www.cihi.ca/fr/le-pouls-des-soins-de-sante-un-aperçu-de-la-situation-au-canada-2023/laces-aux-services-lies-a-la>
- Jung, C. (1962). *L'Homme à la découverte de son âme*. (6^e éd.; R. Cahen, trad.). Mont-Blanc. (Publication originale en allemand en 1933.)
- Kernberg, O. F. (1995). *Object-relations theory and clinical psychoanalysis*. Jason Aronson.
- Kim, M. H. M. (2015). *A guide for providing psychological assessment feedback to children and adolescents* (publication n° 3707853) [thèse de doctorat, Widener University]. ProQuest Dissertations and Theses Global Closed Collection. <https://www.proquest.com/dissertations-theses/guide-providing-sychological-assessment-feedback/docview/1696741473/se-2>
- Lacan, J. (1981). *Les psychoses, séminaire*, livre III (1955-1956). Seuil.
- Lafforgue, P. (2002). *Petit Poucet deviendra grand: soigner avec le conte*. Payot.
- Lajoie, G. (2011). *Contes de résilience : Sapinet n'a pas toujours une bonne vue* (A. Le Corné, ill.). Centre jeunesse de Montréal, Institut universitaire.

- Lapalme, M., Moreault, B., Fansi, A. K. et Jehanno, C. (2017). *Accès équitable aux services de psychothérapie au Québec*. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Acces-equitable-psychotherapie.pdf
- Larivée, S. et Sénéchal, C. (2011). La psychanalyse des contes de fées, quelle histoire! *Bulletin de psychologie*, 514(4), 359-368. <https://doi.org/10.3917/bupsy.514.0359>
- Lilienfeld, S. O., Wood, J. M., et Garb, H. N. (2000). The scientific status of projective techniques. *Psychological Science in the Public Interest*, 1(2), 27-66. <https://doi.org/10.1111/1529-1006.002>
- Loeffler-Delachaux, M. (1949). *Le symbolisme des contes de fées*. L'arche.
- Lubetsky, M. J. (1989). The magic of fairy tales: Psychodynamic and developmental perspectives. *Child Psychiatry and Human Development*, 19(4), 245-255. <https://doi.org/10.1007/BF00705954>
- Luborsky, M. R. (1993). The romance with personal meaning in gerontology: Cultural aspects of life themes. *The Gerontologist*, 33(4), 445-452. <https://doi.org/10.1093/geront/33.4.445>
- Mercer, B. L., Macdonald, H. et Purves, C. (2023). *Psychological interventions from six continents: Culture, collaboration, and community*. Taylor & Francis. <https://doi.org/10.4324/9781003124061>
- Meyer, C. (2001). Les représentations mentales. Entre « res » et « flatus vocis ». *Communication*, 21(1), 9-31. <https://doi.org/10.4000/communication.5445>
- Mutchnick, M. G. et Handler, L. (2002). Once upon a time...: Therapeutic interactive stories. *The Humanistic Psychologist*, 30(1-2), 75-84. <https://doi.org/10.1080/08873267.2002.9977024>
- Niec, L. N. et Russ, S. W. (2002). Children's internal representations, empathy and fantasy play: A validity study of the SCORS-Q. *Psychological Assessment*, 14(3), 331-338. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.14.3.331>
- Nielsen, H. H. (1964). Social vulnerability and adjustment of cerebral palsied children. *Scandinavian Journal of Psychology*, 5(1), 26-32. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.1964.tb01405.x>
- Organisation mondiale de la Santé. (2021, 17 novembre). *Santé mentale des adolescents*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Organisation mondiale de la Santé. (2022, 17 juin). *L'OMS souligne qu'il est urgent de transformer la santé mentale et les soins qui lui sont consacrés*. <http://www.who.int/fr/news/item/17-06-2022-who-highlights-urgent-need-to-transform-mental-health-and-mental-health-care>
- Ougrin Kraupl-Taylor, D., Ng, A. V. et Low, J. (2008). Therapeutic assessment based on cognitive analytic therapy for young people presenting with self-harm: pilot study. *Psychiatric Bulletin*, 32(11), 423-426. <https://doi.org/10.1192/pb.bp.107.018473>
- Ourhou, A., Bergeul, S. et Habimana, E. (2023). Les facteurs qui entravent l'accès aux soins de santé mentale en contexte migratoire. *Revue québécoise de psychologie*, 44(1), 103-126. <https://doi.org/10.7202/1100439ar>

- Papas, C. (2007). La traduction des métaphores au regard de la psychologie cognitive. *Meta*, 52(1), 123-128. <https://doi.org/10.7202/014727ar>
- Paquette, M. et Terradas, M. M. (2018). Les relations d'objet et le jeu libre chez les enfants en situation de placement ayant vécu des traumatismes relationnels précoces. *Devenir*, 30(2), 125-146. <https://doi.org/10.3917/dev.182.0125>
- Passi Tognazzo, D. et Zanettin Ongaro, F. (1975). On the possibility of applying the "Method of Fables" test, by Louisa Duss, to a group of adults. *Giunti Organizzazioni Speciali*, 127-129, 89-105.
- Passone, S. M. et Guignard, F. (2014). *Psychanalyse de l'enfant et de l'adolescent: état des lieux et perspectives*. In Press.
- Picard, C. (2002). Contes et thérapie. *Dialogue*, 156(2), 15-22. <https://doi.org/10.3917/dia.156.0015>
- Poudat, C. et Boulard, A. (2014). Récits de vie d'adolescents : humeur dépressive et figures parentales. *SHS Web of Conferences* (vol. 8, p. 1563-1577). EDP Sciences. <https://doi.org/10.1051/shsconf/20140801384>
- Procaccia, R., Neimeyer, R. A., Veronese, G. et Castiglioni, M. (2018). Children's representations of death: The role of age and attachment style. *TPM: Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*, 25(4), 549-569. <http://doi.org/10.4473/TPM25.4.6>
- Purves, C. (2002). Collaborative assessment with involuntary populations: Foster children and their mothers. *The Humanistic Psychologist*, 30(1-2), 164-174. <https://doi.org/10.1080/08873267.2002.9977031>
- Raguenet, G. (1999). *La psychothérapie par le conte*. L'Harmattan.
- Rankin, E. D. et Marsh, J. C. (1985). Effects of missing data on the statistical analysis of clinical time series. *Social Work Research & Abstracts*, 21(2), 13-16. <https://doi.org/10.1093/swra/21.2.13>
- Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Abel, T., Auquier, P., Bellach, B.-M., Bruil, J., Dür, W., Power, M., Rajmil, L. et the European KIDSCREEN Group. (2001). Quality of life in children and adolescents: A European public health perspective. *Sozial- und Präventivmedizin*, 46, 294-302. <https://doi.org/10.1007/BF01321080>
- Rondeau, C. (2009). *Le règne du merveilleux : une exploration théorique et photographique de l'univers des contes* [mémoire de maîtrise, Université du Québec à Montréal]. Archipel. <http://archipel.uqam.ca/2604/1/M11207.pdf>
- Roussillon, R. (2010). *Propositions pour une théorie des dispositifs thérapeutiques à médiations*. *Le Carnet PSY*, n° 141, 28-31. <https://doi.org/10.3917/lcp.141.0028>
- Roussillon, R. (2012). On souffre du non approprié de l'histoire : on guérit en l'intégrant. *Le Carnet PSY*, n° 167, 36-41. <https://doi.org/10.3917/lcp.167.0036>
- Royer, J. (1978). *Le test des contes : exploration de l'affectivité de l'enfant à l'aide d'une méthode d'histoires à compléter*. Édition André Paquette.

- Sarris, D. (2009). La représentation des images de la famille de l'enfant dans les tests du CAT et de L. Düss. *Psychologie clinique*, n° 28, 159-169. <https://doi.org/10.1051/psyc/2009282159>
- Savina, E., Coulacoglou, C., Sanyal, N. et Zhang, J. (2012). The study of externalizing and internalizing behaviours in Greek, Russian, Indian, and Chinese children using the Fairy Tale Test. *School Psychology International*, 33(1), 39-53. <https://doi.org/10.1177/0143034311406821>
- Schaefer, C. E. (dir.). (2011). *Foundations of play therapy* (2^e éd.). Wiley.
- Schneider, M. (2005). *Jour de féeries*. Grasset.
- Simond, M. (2008). Les peurs de Martin. *Imaginaire & inconscient*, 22(2), 107-121. <https://doi.org/10.3917/imin.022.0107>
- Slade, A. (2000). The development and organization of attachment: Implications for psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48(4), 1147-1174. <https://doi.org/10.1177/00030651000480042301>
- Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: An introduction, *Attachment & Human Development*, 7(3), 269-281. <https://doi.org/10.1080/14616730500245906>
- Smith, J. D., Borckardt, J. J. et Nash, M. R. (2012). inferential precision in single-case time-series data streams: How well does the EM procedure perform when missing observations occur in autocorrelated data? *Behavior Therapy*, 43(3), 679-685. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.10.001>
- Smith, J. D., Eichler, W. C., Norman, K. R. et Smith, S. R. (2015). The effectiveness of collaborative/therapeutic assessment for psychotherapy consultation: A pragmatic replicated single-case study. *Journal of Personality Assessment*, 97(3), 261-270. <https://doi.org/10.1080/00223891.2014.955917>
- Smith, J. D., Finn, S. E., Swain, N. F. et Handler, L. (2010). Therapeutic Assessment of families in healthcare settings: A case presentation of the model's application. *Families, Systems, & Health*, 28(4), 369-386. <https://doi.org/10.1037/a0021978>
- Smith, J. D., Handler, L. et Nash, M. R. (2010). Therapeutic assessment for preadolescent boys with oppositional defiant disorder: A replicated single-case time-series design. *Psychological Assessment*, 22(3), 593-602. <https://doi.org/10.1037/a0019697>
- Smith, J. D., Nicholas, C. R., Handler, L., et Nash, M. R. (2011). Examining the potential impact of a family session in therapeutic assessment: A single-case experiment. *Journal of Personality Assessment*, 93(3), 204-212. <https://doi.org/10.1080/00223891.2011.559497>
- Smith, J. D., Wolf, N. J., Handler, L. et Nash, M. R. (2009). Testing the effectiveness of family therapeutic assessment: A case study using a time-series design. *Journal of Personality Assessment*, 91(6), 518-536. <https://doi.org/10.1080/00223890903228331>

- Souyouldzoglou, M. (2008a). The Fairy Tale Test in the personality assessment of children with learning Disorders. Dans C. Coulacoglou (dir.), *Exploring the child's personality. Developmental, clinical and cultural applications of the Fairy Tale Test* (p. 119-138). Charles C Thomas Publisher.
- Souyouldzoglou, M. (2008b). The Fairy Tale Test in the personality assessment of children with mild mental retardation. Dans C. Coulacoglou (dir.), *Exploring the Child's Personality: Developmental, Clinical, and Cross-cultural Applications of the Fairy Tale Test*, (p. 139-153). Charles C Thomas Publisher.
- Spurio, M. G. (2020). All the love that remains for a child: mourning analysis in coronavirus time and general trial to face up to future losses. *SunText Review of Pediatric Care*, 1(2). <http://doi.org/10.51737/2766-5216.2020.007>
- Stein, M. et Slavin-Mulford, J. (2017). *The Social Cognition and Object Relations Scale-Global Rating Method (SCORS-G): A comprehensive guide for clinicians and researchers*. Routledge.
- Stephenson, E. (2023, 22 septembre). *Troubles mentaux et accès aux soins de santé mentale* (Numéro 11-627-M au catalogue). Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2023001/article/00011-fra.pdf>
- Tarocchi, A., Aschieri, F., Fantini, F. et Smith, J. D. (2013). Therapeutic Assessment of complex trauma: A single-case time-series study. *Clinical Case Studies*, 12(3), 228-245. <https://doi.org/10.1177/1534650113479442>
- Tharinger, D. J., Finn, S. E., Austin, C. A., Gentry, L. B., Bailey, K. E., Parton, V. T. et Fischer, M. E. (2008a). Family sessions as part of child psychological assessment: Goals, techniques, clinical utility, and therapeutic value. *Journal of Personality Assessment*, 90(6), 547-558. <https://doi.org/10.1080/00223890802388400>
- Tharinger, D. J., Finn, S. E., Gentry, L., Hamilton, A., Fowler, J., Matson, M., Krumholz, L. et Walkowiak, J. (2009). Therapeutic assessment with children: A pilot study of treatment acceptability and outcome. *Journal of Personality Assessment*, 91(3), 238-244. <https://doi.org/10.1080/00223890902794275>
- Tharinger, D. J., Finn, S. E., Hersh, B., Wilkinson, A., Christopher, G. et Tran, A. (2008b). Assessment feedback with parents and preadolescent children: A collaborative approach. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39(6), 600-609. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.39.6.600>
- Tharinger, D. J., Finn, S. E., Wilkinson, A., DeHay, T., Parton, V. T., Bailey, K. E. et Tran, A. (2008c). Providing psychological assessment feedback to children through individualized fables. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39(6), 610-618. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.39.6.610>
- Tharinger, D. J., Finn, S. E., Wilkinson, A. D. et McDonald Schaber, P. (2007). Therapeutic assessment with a child as a family intervention: A clinical and research case study. *Psychology in the Schools*, 44(3), 293-309. <https://doi.org/10.1002/pits.20224>
- Tharinger, D. J. et Pilgrim, S. (2012). Parent and child experiences of neuropsychological assessment as a function of child feedback by individualized fable. *Child Neuropsychology*, 18(3), 228-241. <https://doi.org/10.1080/09297049.2011.595708>

- Tonsager, M. E. (2016). Comment l'Évaluation Thérapeutique est-elle devenue humaniste?. Dans S. Finn (dir.), *L'Évaluation Thérapeutique : théorie et techniques* (p. 39-49). Dunod.
- Tychev, M. (2010). *Test des contes et clinique infantile*. In Press.
- Velicer, W. F. et Colby, S. M. (2005). A comparison of missing-data procedures for ARIMA time-series analysis. *Educational and Psychological Measurement*, 65(4), 596-615. <https://doi.org/10.1177/0013164404272502>
- Vladislav, E. O. et Marc, G. (2017). The specific issues of self-image and the image of parental figures for children in families with conflict divorce. *Journal of Experiential Psychotherapy*, 20(4), 25-29.
- von Franz, M.-L. (1980). *L'interprétation des contes de fée* (2^e éd. rev. et corr.). La Fontaine de Pierre. (Publication originale en allemand en 1970.)
- von Franz, M.-L. (1980). *L'ombre et le mal dans les contes de fées*. La Fontaine de Pierre. (Publication originale en allemand en 1974.)
- Westervelt, H. J., Brown, L. B., Tremont, G., Javorsky, D. J. et Stern, R. A. (2007). Patient and family perceptions of the neuropsychological evaluation: how are we doing? *The Clinical Neuropsychologist*, 21(2), 263-273. <https://doi.org/10.1080/13854040500519745>
- White, M. et Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. Norton.
- Winnicott, D. W. (1975). *Jeu et réalité* (C. Monod, trad.). Gallimard. (Publication originale en anglais en 1971.)
- Wood, J. M., Garb, H. N., Lilienfeld, S. O. et Nezworski, M. T. (2002). Clinical assessment. *Annual Review of Psychology*, 53, 519-543. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.53.100901.135136>
- Wood, J. M., Garb, H. N., Nezworski, M. T., Lilienfeld, S. O. et Duke, M. C. (2015). A second look at the validity of widely used Rorschach indices: Comment on Mihura, Meyer, Dumitrascu, and Bombel (2013). *Psychological Bulletin*, 141(1), 236-249. <https://doi.org/10.1037/a0036005>
- Zoghaib, N. (2013). *Le conte du Liban et sa transmission en contexte générique et socio-historique* [thèse de doctorat, Université Michel de Montaigne-Bordeaux III]. Babord. https://babordplus.hosted.exlibrisgroup.com/permalink/f/1m736bc/TN_cdi_abes_theses_2013B_OR30019