

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

ÉTUDE DE L'IMPACT DE L'ÉVALUATION COLLABORATIVE/THÉRAPEUTIQUE DE L'ENFANT SUR LES
REPRÉSENTATIONS MENTALES DE SOI ET DE LEURS PARENTS CHEZ DES ENFANTS DE 8 À 12 ANS

ESSAI

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR

CATHERINE GOSSELIN-LECLERC

JUIN 2026

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 tiens d’abord à remercier chaleureusement toutes les familles participantes pour leur engagement et leur collaboration essentielle à la réalisation de cette étude. Je souhaite aussi exprimer ma gratitude à mon directeur de recherche, M. J. Éric Dubé, pour sa confiance ainsi que pour son accompagnement tout au long de ce parcours. Merci également à Mme Raphaële Noël pour ses commentaires judicieux. Je remercie sincèrement Hugues Leduc pour son accompagnement tout au long de l’analyse statistique. Je suis profondément reconnaissante envers mes collègues et amis Caroline Poirier, Alexandra Rouillard et Horia Maties, dont la présence et l’esprit d’entraide ont grandement enrichi mon expérience doctorale. Je tiens à exprimer ma reconnaissance à Julie Bolduc-Teasdale, qui m’a ouvert les portes de la pratique privée. Son accompagnement généreux, sa confiance et son souci de transmettre ont joué un rôle déterminant dans mon parcours. Je souhaite aussi remercier mes superviseurs — Véronique Leroux, André Monast, Steve Curadeau, François Héroux et Kimberly Hacking — pour leur bienveillance, la qualité de leurs enseignements et leur soutien au cours de ma formation clinique.

Un merci tout particulier à Gabrielle T. Laufer, mon amie précieuse et « jumelle » de parcours. Notre complicité, ta présence rassurante et ton soutien ont été des ancrages essentiels. Merci d’avoir été là, vraiment.

À mes parents, Mimi, mes frères et Oli, merci du fond du cœur pour votre amour, votre ouverture, votre soutien et votre patience. À mes amis, Maude Bazin-Champagne, Tamila Benabdallah, Paméla Bourque, Julie Breton, Chloé Cabana, Geneviève Dupuis, Marie-Éve Fabi, Vickie Fauteux, Lise Fradet, Julien Gaudreau-Pollender, Marie-Ève Gendron, Élisabeth Hénai, Andrée-Anne Guyon, Geneviève Lamontagne, Marie-Soleil Lord, Geneviève Rioux, Joanne Toulouse, Maxime Tremblay et Alexandra Waite-Fillion, merci de m’avoir entourée de chaleur et de discussions nourissantes.

Ma profonde reconnaissance va également au Groupe psychanalytique du Mont-Royal, tout particulièrement à Mme Isabelle Lasvergnas, qui m’a offert un espace de réflexion et de transformation personnelle, me rendant ainsi plus consciente et sensible dans ma vie et dans ma pratique.

Maintenir la rigueur et le courage nécessaires à la traversée du doctorat tient en grande partie au soutien d’une communauté bienveillante et inspirante. J’ai eu le bonheur d’évoluer au sein d’un tel environnement.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS	ii
LISTE DES FIGURES.....	vi
LISTE DES TABLEAUX	vii
RÉSUMÉ	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 L'évaluation collaborative/thérapeutique de l'enfant : fondements, processus, données empiriques et liens avec les représentations mentales	5
1.1 Mise en contexte de l'évaluation psychologique collaborative/thérapeutique de l'enfant.....	5
1.1.1 L'évaluation psychologique traditionnelle.....	5
1.1.2 L'évaluation collaborative/thérapeutique	7
1.1.3 L'évaluation thérapeutique de l'enfant	10
1.1.4 Les étapes de l'Évaluation Thérapeutique de l'enfant	12
1.1.4.1 Rencontre initiale avec les parents.....	12
1.1.4.2 Séances d'administration des tests	12
1.1.4.3 Séance d'intervention familiale	13
1.1.4.4 Bilan/discussion	13
1.1.4.5 Bilan à l'enfant sous forme de conte	14
1.1.4.6 Séance post-intervention/relance	15
1.2 Évaluation collaborative/thérapeutique : données empiriques et efficacité	15
1.2.1 Approches collaboratives /thérapeutiques	15
1.2.2 L'Évaluation Thérapeutique de l'enfant	18
1.2.2.1 Étude préliminaire	18
1.2.2.2 Études de cas	19
1.2.2.3 Études quantitatives ou mixtes impliquant plusieurs enfants	21
1.2.2.4 Études à séries temporelles pour cas unique	23
1.2.3 Catalyseurs de changements de l'É.T-E.	26
1.2.3.1 Observation des parents.....	26
1.2.3.2 La séance d'intervention familiale.....	27
1.2.3.3 Le bilan sous forme de conte.....	27
1.2.3.4 Empathie et représentations mentales des parents	27
1.3 Les représentations mentales.....	28
1.3.1 Développement des représentations mentales de l'enfant.....	29
1.3.2 Les représentations mentales et la relation parent-enfant.....	29
1.4 L'évaluation collaborative/thérapeutique et les représentations mentales	31
1.5 Objectifs et hypothèse de recherche.....	32

CHAPITRE 2 Complément méthodologique	35
2.1 Processus de recrutement	35
2.2 Organisation du travail clinique et de recherche.....	35
2.2.1 Équipe clinique.....	36
2.2.2 Équipe de recherche	37
2.2.3 Supervision.....	37
2.3 Traitement des données cliniques	37
2.4 La <i>Social Cognition and Object Relations Scale - Global</i> (SCORS-G).....	37
2.4.1 Le Facteur cognitif.....	38
2.4.2 Le Facteur affectif	38
2.4.3 Le Facteur soi	40
2.4.4 Particularités des dimensions	40
CHAPITRE 3 CHANGEMENTS AUX REPRÉSENTATIONS MENTALES D'ENFANTS AU COURS D'ÉVALUATIONS COLLABORATIVES/THÉRAPEUTIQUES : UNE RECHERCHE CENTRÉE SUR L'ENFANT'.....	41
3.1 Résumé.....	41
3.2 Abstract	41
3.3 Introduction	42
3.3.1.1 Étape 1 : entretiens préliminaires	43
3.3.1.2 Étape 2 : administration des tests à l'enfant et accompagnement des observations faites par les parents	43
3.3.1.3 Étape 3 : séance d'intervention familiale	44
3.3.1.4 Étape 4 : séance de bilan et discussion des résultats avec les parents	44
3.3.1.5 Étape 5 : séance de restitution des résultats à l'enfant au moyen d'un conte personnalisé ..	45
3.3.1.6 Étape 6 : séance de relance post-intervention	45
3.4 Méthode.....	48
3.4.1 Participants	48
3.4.2 Critères d'inclusion et d'exclusion	48
3.4.3 Brève présentation des trois cas.....	49
3.4.3.1 Amy	49
3.4.3.2 Tristan	49
3.4.3.3 Flor	50
3.4.4 Déroulement et procédures	50
3.4.5 Instruments de mesure.....	51
3.4.5.1 Mesures quotidiennes	51
3.4.5.2 Traitement des données manquantes.....	51
3.4.5.3 Stratégie d'analyse des données des séries chronologiques.....	52
3.4.5.4 Mesures à temps prédéterminés.....	52
3.5 Résultats.....	53
3.5.1 Mesures quotidiennes	53
3.5.2 Mesures à temps prédéterminés du processus.....	55
3.5.2.1 Fidélité interjuges	55
3.5.2.2 Changements aux facteurs et dimensions du SCORS-G	60

3.5.2.2.1	Facteur cognitif	60
3.5.2.2.2	Facteur affectif.....	60
3.5.2.2.3	Facteur soi.....	64
3.6	Discussion.....	64
3.6.1	Mesures quotidiennes	64
3.6.2	SCORS G	66
3.7	Conclusion, limites et recherches futures.....	67
3.8	Références.....	69
CHAPITRE 4 Compléments quantitatif et clinique aux résultats		73
4.1	Mesures à temps prédéterminés du processus de Amy (7 ans).....	73
4.1.1	Facteur cognitif	73
4.1.2	Facteur affectif.....	74
4.1.3	Facteur soi.....	74
4.1.4	Comparaison aux normes	75
4.2	Mesures à temps prédéterminés du processus de Tristan (9 ans)	75
4.2.1	Facteur cognitif	75
4.2.2	Facteur affectif.....	75
4.2.3	Facteur soi.....	76
4.2.4	Comparaison aux normes	77
4.3	Mesures à temps prédéterminés du processus de Flor (11 ans)	78
4.3.1	Facteur cognitif	78
4.3.2	Facteur affectif.....	79
4.3.3	Facteur soi.....	81
4.3.4	Comparaison aux normes	82
4.4	Les dimensions chez les trois enfants	82
CHAPITRE 5 Discussion générale		84
5.1	Les mesures quotidiennes.....	84
5.2	Les mesures à temps prédéterminés	86
5.3	Évolution des représentations mentales en cohérence avec la littérature	87
5.4	Limites de l'étude et pistes de recherches futures	88
CONCLUSION		91
RÉFÉRENCES		93

LISTE DES FIGURES

Figure 2.1. Déroulement prototypique des processus clinique et de recherche dans une Évaluation collaborative/thérapeutique	36
Figure 3.1. Évolution des scores des enfants participants à l'échelle globale des représentations mentales	56
Figure 3.2. Évolution des scores des enfants participants à la sous-échelle des représentations de soi...	57
Figure 3.3. Évolution des scores des enfants participants à la sous-échelle des représentations de l'humeur	58
Figure 3.4. Évolution des scores des enfants participants à la sous-échelle des représentations des parents et de l'atmosphère à la maison	59

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 2.1 Tableau synoptique des facteurs et de leurs dimensions à la <i>Social Cognition and Object Relations Scale – Global</i> (SCORS-G)	39
Tableau 3.1. Énoncés du questionnaire quotidien rempli par l'enfant et sous-échelles associées.....	51
Tableau 3.2. Résultats des analyses de séries chronologiques pour chaque enfant : comparaisons des moyennes des dimensions de représentations internes suivant les phases du processus	54
Tableau 3.3. Moyennes, écarts-type, différences entre les temps de mesure et tailles d'effet associées aux facteurs et dimensions du SCORS-G pour Amy	61
Tableau 3.4. Moyennes, écarts-type, différences entre les temps de mesure et tailles d'effet associées aux facteurs et dimensions du SCORS-G pour Tristan	62
Tableau 3.5. Moyennes, écarts-type, différences entre les temps de mesure et tailles d'effet associées aux facteurs et dimensions du SCORS-G pour Flor	63

RÉSUMÉ

Le présent essai doctoral porte sur l'évolution d'indices de représentations mentales d'enfants dans un contexte d'évaluation collaborative/thérapeutique (É.C./T.). L'intérêt de notre étude était tourné vers la compréhension des mécanismes de changement chez les enfants, et ce, en nous basant sur les réponses de ceux-ci. L'intérêt des études passées s'était, jusqu'à présent, majoritairement porté sur les parents. Ainsi, l'attention que notre étude dirige vers l'enfant en fait son originalité.

Le contenu de cet essai compte à son cœur un article qui présente une étude réalisée chez trois enfants, chacun issu d'une famille participante distincte. En plus de l'article, l'essai comprend d'autres sections qui apportent un complément méthodologique à l'étude; une perspective supplémentaire, à la fois quantitative et clinique, aux résultats présentés dans l'article; et une discussion générale.

En ce qui a trait à l'article, sur le plan méthodologique, l'étude combinait deux types de mesures de représentations mentales : des mesures quotidiennes ayant permis des analyses de séries temporelles d'une part, et des mesures prises à trois moments fixes du processus d'évaluation d'autre part. Les résultats des séries temporelles ont montré une amélioration significative de certains aspects des représentations mentales chez un enfant, à la fois pendant la phase d'intervention et lors de la phase post-intervention/relance. Les résultats aux mesures à temps fixes ont révélé, chez les trois enfants, une tendance générale vers des représentations cognitives, affectives et de soi plus adaptées, bien que le moment de ces changements variait : chez deux enfants, les progrès se sont manifestés surtout à la phase post-intervention / relance (Temps 3), tandis que chez un enfant, les améliorations sont apparues davantage marquées dès la fin de l'intervention (Temps 2). La discussion met en lumière des mouvements vers des représentations mentales plus adaptées, soutenus par l'É.C./T., avec un phénomène notable où plusieurs des changements observés continuent de se développer après la fin des contacts réguliers avec l'équipe clinique que constitue la phase d'intervention de l'évaluation.

Le chapitre 4 complète les résultats de l'article en mettant l'accent sur certaines dimensions spécifiques des trois facteurs de la *Social Cognition and Object Relations Scale - Global* (SCORS-G) qui ont augmenté au cours de l'évaluation chez les trois enfants. Le tout est mis en lien avec des données cliniques. Finalement, l'essai se termine par une section consacrée à une discussion générale, qui permet d'approfondir l'analyse des résultats. Cette section offre également un espace pour discuter les résultats de la section complémentaire, en fournissant une élaboration plus étendue que celle réservée à la discussion de l'article.

Mots clés : évaluation collaborative thérapeutique, enfant, représentations mentales, séries temporelles, mécanismes de changement.

ABSTRACT

This doctoral essay examines the evolution of indicators of children's mental representations within the context of collaborative/therapeutic assessment (C/T.A.). The aim of our study was to better understand the mechanisms of change in children, based on the children's own responses. Previous studies had, until now, focused primarily on parents. Therefore, the attention our study gives to the child constitutes its originality.

The core of this doctoral essay consists of an article presenting a study conducted with three children, each from a different participating family. In addition to the article, the essay includes other sections that provide a methodological complement to the study; an additional perspective, both quantitative and clinical, on the results presented in the article; and a general discussion.

Regarding the article, from a methodological standpoint, the study combined two types of measures of mental representations: daily measures allowing for time-series analyses on the one hand, and measures administered at three fixed points during the assessment process on the other. The time-series results showed a significant improvement in certain aspects of mental representations in one child, both during the intervention phase and during the post-intervention/follow-up phase. The results from the fixed-time measures revealed, in all three children, a general trend toward more adaptive cognitive, affective, and self-representations, although the timing of these changes varied: for two children, improvements were observed mainly during the post-intervention/follow-up phase (Time 3), whereas for one child, improvements appeared more pronounced by the end of the intervention phase (Time 2). The discussion highlights shifts toward more adaptive mental representations supported by C/T.A., along with a notable phenomenon whereby several of the observed changes continued to develop after the end of regular contact with the clinical team during the intervention phase of the assessment.

Chapter 4 complements the article's findings by focusing on specific dimensions of the three factors of the Social Cognition and Object Relations Scale – Global (SCORS-G) that increased during the assessment in all three children. These findings are discussed in relation to clinical data. Finally, the essay concludes with a section devoted to a general discussion, allowing for a more in-depth analysis of the results. This section also provides space to discuss the findings from the complementary section in greater detail than was possible in the discussion section of the article.

Keywords: collaborative/therapeutic assessment, child, mental representations, time-series analysis, mechanisms of change.

INTRODUCTION

L'évaluation psychologique traditionnelle de l'enfant a pour but d'amasser des informations afin de poser un diagnostic et de référer l'enfant vers des ressources appropriées (Novick et Novick, 2011; Smith, 2010). L'attention est alors portée principalement aux problèmes de l'enfant et l'implication des parents dans l'évaluation de celui-ci est souvent limitée (Smith, 2010). En effet, ils sont surtout perçus comme des informateurs et ne sont généralement vus qu'en début et en fin d'évaluation (Dubé et Noël, 2015). Cependant, au cours des dernières années, de nombreux experts (pour une revue, voir : Tharinger *et al.*, 2022) ont soutenu qu'au-delà de la collecte d'informations, l'évaluation psychologique peut, sous certaines conditions, permettre une intervention brève qui peut être bénéfique pour les petits patients et leurs parents. Dans cette perspective, ils ont souligné l'importance d'intégrer une approche systémique dans l'évaluation psychologique infantile (Smith *et al.*, 2010). En effet, ils soutiennent que des éléments de la dynamique familiale (dont parentale) participent souvent à entretenir les difficultés de l'enfant et que l'investigation doit s'effectuer au-delà du symptôme de celui-ci (Novick et Novick, 2011; Palacio Espasa et Knauer, 1996). De plus, ils soulignent que les parents peuvent être des « partenaires de travail » : il serait bénéfique et nécessaire de les impliquer tout au long du processus d'évaluation (Novick et Novick, 2011; Tharinger *et al.*, 2009). Effectivement, la collaboration avec les parents permettrait d'amorcer certains processus de changement chez ceux-ci. Notamment, elle leur permettrait d'amplifier ou de faire naître en eux une véritable empathie pour leur enfant ou de le percevoir davantage comme une personne distincte et d'amorcer certains changements chez l'enfant en retour. Selon cette perspective, l'importance et la permanence des changements chez les enfants reposeraient pratiquement dans tous les cas sur la capacité des parents à changer et à supporter l'enfant dans son développement (Novick et Novick, 2011).

C'est dans cette perspective que le modèle de l'Évaluation Thérapeutique de l'enfant (É.T.-E.) a été créé par Stephen E. Finn et son équipe (Frackowiak *et al.*, 2015). Cette forme nouvelle d'évaluation collaborative intègre une intervention thérapeutique brève et semi-structurée, visant la dynamique familiale actuelle, ayant pour cible centrale les parents et qui demande une implication des enfants et des parents dans un processus en plusieurs étapes (Tharinger *et al.*, 2012). Plusieurs effets positifs de ce modèle ont été observés (p. ex. diminution des symptômes de l'enfant, augmentation de l'estime de soi de l'enfant et de ses parents, amélioration de la qualité des interactions familiales, amélioration de l'ouverture et compréhension plus empathique et saine des problèmes de l'enfant (Fantini *et al.*, 2013; Hamilton *et al.*, 2009; Smith *et al.*, 2011)).

Cependant, dans l'ensemble des études publiées jusqu'ici, les marqueurs de changement chez l'enfant sont demeurés symptomatologiques et les données proviennent toujours d'observations faites par les parents à propos du comportement de celui-ci. Peu d'intérêt a ainsi été porté aux changements chez l'enfant lui-même (au-delà de la symptomatologie), à son avis propre et à sa contribution au réaménagement de la dynamique familiale. C'est pourquoi l'examen des changements représentationnels de l'enfant est l'intérêt central du présent essai. Par ailleurs, étant nouveau, les modèles d'évaluation collaborative et/ou thérapeutique requièrent d'autres investigations afin que s'affine la compréhension des différents mécanismes potentiels de changement liés aux différentes étapes de ce type d'évaluation psychologique. Pour mettre en lumière ces mécanismes de changement dans le cas de l'É.T.-E., par exemple, Smith et ses collègues (2009; 2010; 2011) ont souligné la pertinence d'étudier, à l'aide de séries temporelles pour cas unique, les trajectoires de changement de ces mécanismes dans le temps afin d'identifier quand, pendant les différentes étapes de l'É.T.-E., certains tendent à changer.

L'étude exposée dans cet essai investiguera l'évolution de certains indices de représentations mentales de soi et des autres de l'enfant lui-même au cours des diverses étapes d'un processus d'évaluation inspiré de l'É.T.-E. Il est à noter que malgré les défis méthodologiques que pose l'évaluation des représentations mentales de l'enfant de manière fiable, des stratégies innovantes ont été développées afin d'accéder au monde interne des enfants, et ce, à des stades précoces (Ackerman et Dozier, 2005; Westen et Lohr, 1990). L'une des mesures les plus prometteuses pour mesurer de multiples dimensions des représentations mentales des enfants est le SCORS-G (Niec et Russ, 2002), mesure qui comptera au nombre de celles utilisées dans notre étude.

Cet essai, structuré en cinq chapitres, vise à évaluer l'évolution de certaines dimensions des représentations mentales à l'aide de mesures quotidiennes ainsi que de mesures prises à des moments précis tout au long des différentes étapes de l'É.C./T. Le premier chapitre établit le cadre conceptuel et les objectifs de recherche, et se structure en cinq parties. Dans la première partie de ce chapitre, une mise en contexte de l'évaluation psychologique collaborative/thérapeutique de l'enfant est présentée. Dans la deuxième section de ce chapitre, les données empiriques disponibles concernant l'évaluation collaborative et thérapeutique sont exposées, en mettant l'accent sur les résultats relatifs à son efficacité clinique. La troisième section est consacrée à l'exploration des représentations mentales, en abordant leurs composantes, leur développement chez l'enfant, ainsi que les perspectives offertes par les théories de la mentalisation et leur lien avec le système de caregiving. La quatrième section prépare l'énoncé des

objectifs de recherche en s'intéressant aux changements représentationnels chez l'enfant à la lumière des théories de la mentalisation, du caregiving et du modèle de l'évaluation thérapeutique de l'enfant (É.T.-E.). Enfin, la cinquième section de ce premier chapitre présente les objectifs spécifiques et l'hypothèse de recherche.

Ce deuxième chapitre précède l'article principal et y pose des fondements méthodologiques. Il présente des informations complémentaires qui, en raison des contraintes d'espace propres au format de l'article, n'ont pu y être développées en détail. Ce chapitre comprend plusieurs sections : d'abord, le processus de recrutement des familles participantes; ensuite, l'organisation rigoureuse du travail clinique et de recherche, conçue pour assurer la séparation des deux volets et préserver la confidentialité des informations partagées; puis, le traitement des données cliniques; enfin les particularités des différents facteurs et dimensions du SCORS-G, l'outil qui a été utilisé pour recueillir les mesures à temps prédéterminés.

Le troisième chapitre aborde les résultats de l'étude sous forme d'article. Celui-ci explore les changements de représentations mentales chez trois enfants dans le but de mieux comprendre les mécanismes de transformation découlant de l'évaluation collaborative/thérapeutique (É.C./T.). L'originalité de l'étude réside dans le fait qu'elle se concentre sur les réponses des enfants, considérées comme des indicateurs de leurs transformations internes, plutôt que sur des évaluations externes. L'étude inclut des mesures quotidiennes ainsi que des mesures prises à trois moments fixes. Dans l'article sont présentés des éléments de discussion qui seront approfondis dans le cinquième chapitre dans lequel une discussion plus générale intègre une réflexion en lien avec les résultats complémentaires. Ce chapitre abordera également l'apport et les limites de l'essai et offrira des pistes de réflexion pour de futures recherches.

Le quatrième chapitre présente une perspective supplémentaire, à la fois quantitative et clinique, sur les résultats présentés dans l'article, offrant ainsi une analyse approfondie et permettant d'examiner des aspects spécifiques des résultats obtenus à des moments préétablis, qui n'avaient pas encore été explorés. Une attention particulière est portée aux résultats concernant les dimensions des trois facteurs du SCORS-G.

Le cinquième et dernier chapitre propose une discussion générale des résultats de l'étude, en lien avec les objectifs de recherche, les données empiriques existantes et les fondements théoriques abordés

précédemment. Cette section met également en lumière les limites de l'étude, ainsi que les pistes de recherches futures qu'elle ouvre.

CHAPITRE 1

L'évaluation collaborative/thérapeutique de l'enfant : fondements, processus, données empiriques et liens avec les représentations mentales

Ce premier chapitre compare les différences essentielles entre la méthode « traditionnelle » et l'approche « collaborative/thérapeutique » de l'évaluation psychologique de l'enfant. Nous présentons ensuite les étapes du modèle d'Évaluation Thérapeutique de l'Enfant (É.T.-E.) de Finn et ses collègues (2012) qui sont principalement mises en œuvre dans le modèle d'évaluation collaborative/thérapeutique de l'enfant (É.C./T.-E.) utilisé dans le cadre de l'étude de ce présent essai. Puis sont exposés les résultats de recherches démontrant l'efficacité de l'É.T.-E. et des approches collaboratives, mettant en évidence leurs avantages et leur légitimité dans l'évaluation psychologique de l'enfant. Enfin, le concept de représentation mentale est exploré à travers sa conceptualisation, les processus relationnels qui participent à sa construction, ainsi que son incidence sur les comportements et les dynamiques relationnelles.

1.1 Mise en contexte de l'évaluation psychologique collaborative/thérapeutique de l'enfant

1.1.1 L'évaluation psychologique traditionnelle

Les modèles traditionnels de collecte d'informations en évaluation psychologique demeurent largement dominants à l'échelle mondiale (Tharinger *et al.*, 2022). Ce type d'évaluation est principalement perçu comme un moyen de diagnostiquer les troubles mentaux et de mesurer différents attributs des individus. Il a par ailleurs comme objectifs de faciliter la communication entre les professionnels et de prendre des décisions concernant le patient (Finn, 2007). Par exemple, l'analyse psychopathologique, de type syndromique et descriptive, constitue l'un des cadres théoriques parmi les plus utilisés où une place centrale est accordée aux symptômes cliniquement observables (Finn, 2016). Dans ce cadre, la cinquième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* de l'American Psychiatric Association (2015) sert généralement de référence pour l'établissement des diagnostics. Autrement dit, l'évaluation traditionnelle est essentiellement considérée comme une méthode pour recueillir les informations menant au diagnostic qui serviront ensuite à choisir ou orienter le traitement à venir (Korchin et Schulberg, 1981).

Généralement, l'évaluation psychologique traditionnelle s'articule autour d'une démarche séquentielle en trois temps : la récolte de données, l'interprétation des résultats et la formulation de recommandations

(Finn et Tonsager, 1997). La récolte de données se fait généralement en minimisant les échanges avec le patient durant la passation des tests, afin de préserver les conditions standardisées de l'évaluation. L'interprétation des données se fait ensuite sans réelle implication de la personne concernée. L'évaluateur produit seul une appréhension du fonctionnement de la personne (comportemental, situationnel, relationnel et parfois psychique) à partir des tests, des observations cliniques et de l'anamnèse. Finalement, ces analyses servent de base à des décisions cliniques ou à des orientations, avec un retour d'informations au patient souvent limité à un compte rendu verbal ou écrit exposé comme une expertise sans nécessairement laisser d'espace à l'exploration conjointe des résultats.

Dans le cadre du modèle traditionnel de l'évaluation psychologique, les tests servent à fournir à l'évaluateur des échantillons standardisés des comportements des patients (Finn et Tonsager, 1997). La valeur d'un test repose ici sur sa capacité à démontrer une fiabilité, une stabilité et une validité suffisantes, ainsi qu'une utilité prédictive des comportements des patients particulièrement significative. Les tests sont analysés sous l'angle nomothétique. De plus, l'évaluation se focalise sur les résultats des tests et les décisions à prendre après l'évaluation, sans attention particulière aux affects et pensées que vit l'évaluateur au contact du patient, ni aux expériences subjectives du patient durant le processus de passation des tests. Bien qu'une bonne relation entre l'évaluateur et le client soit favorisée, elle reste avant tout perçue comme un moyen de garantir des données fiables et valides. Habituellement considérés comme des observateurs impartiaux, les évaluateurs doivent exercer une influence minimale sur les données recueillies (Finn et Tonsager, 1997). Une attitude détachée, méthodique et prévisible est préconisée. Les échanges avec le patient se limitent fréquemment à poser des questions et à enregistrer les réponses, ce qui conduit souvent les clients à adopter une posture plus passive. L'adhésion aux recommandations peut s'en trouver fragilisée, en particulier lorsque le processus ne s'accompagne pas d'une réflexion collaborative, comme le notent Aschieri et ses collaborateurs (2015).

Dans un contexte d'évaluation traditionnelle de l'enfant, la participation des parents dans l'évaluation psychologique reste souvent restreinte. Leur implication se limite généralement à des rencontres ponctuelles, centrées sur la description des difficultés de l'enfant, la reconstitution de son histoire développementale ou encore la complétion de questionnaires à visée diagnostique. Ce type de contribution, essentiellement informatif, tend à confiner les parents à un rôle passif (Tharinger *et al.*, 2008a; Finn et Tonsager, 1997). Par ailleurs, la structure même des séances de rétroaction contribue à maintenir une dynamique asymétrique entre l'évaluateur, perçu comme le détenteur de l'expertise, et les

parents (ainsi que l'enfant), cantonnés au rôle de simples récepteurs d'un savoir spécialisé (Finn et Tonsager; 1997). Cette distance est également accentuée par la forme des rapports écrits remis aux parents. Tharinger et ses collègues (2008a) soulignent que ces documents, bien qu'ils contiennent des informations pertinentes, se révèlent fréquemment difficiles à comprendre. Le style employé, souvent trop technique et saturé de jargon professionnel, ne répond pas toujours de manière claire, concise et directement applicable aux préoccupations centrales des parents. Ces limites ouvrent la voie à une conception élargie de l'évaluation psychologique, qui ne se réduit pas à la classification, mais peut également constituer un point d'appui pour l'intervention auprès des familles. En ce sens, Finn (2016) propose de considérer l'évaluation non seulement comme un outil de classification, mais aussi comme un levier d'intervention précoce favorisant l'engagement collaboratif des familles dès la phase d'évaluation.

1.1.2 L'évaluation collaborative/thérapeutique

Finn (2016) différencie l'évaluation thérapeutique collaborative de la non collaborative. Il explique que l'utilisation par les évaluateurs de moyens spécifiques pour partager directement les résultats de l'évaluation avec les patients caractérise presque toutes les approches d'évaluation thérapeutique, mais que l'évaluation collaborative quant à elle dépasse la simple restitution des informations, même si celle-ci se fait de manière interactive. L'aspect collaboratif repose sur une réelle implication du patient tout au long du processus d'évaluation. L'évaluateur doit s'efforcer d'intégrer activement le patient à chaque étape de son évaluation. Patient et évaluateur collaborent ensemble pour élaborer des objectifs de l'évaluation, pour soulever des observations, des réactions et comportements du patient pendant son processus de passation des tests, pour dégager le sens de ses réponses et comportements, pour élaborer des recommandations adaptées, ainsi que pour la rédaction des résumés en fin de processus. Ainsi donc, l'auteur explique réserver les termes Évaluation Thérapeutique (avec majuscules) à la méthode semi-structurée de l'évaluation collaborative qu'il a lui-même développée (Finn, 2016).

La pratique de l'évaluation thérapeutique, qui utilise l'évaluation psychologique comme une intervention brève, découle principalement du mouvement humaniste des années 1950 et 1960 (Finn et Tonsager, 1997), même si les prémices du modèle étaient apparentes dès le milieu du XX^e siècle (Tharinger *et al.*, 2022). Ce contexte historique peut étonner, étant donné qu'un certain nombre de cliniciens influencés par l'approche humaniste avaient exprimé de fortes réserves à l'égard de l'évaluation psychologique, la qualifiant notamment de réductionniste et déshumanisante (Brown, 1972 et Rogers, 1961, cités dans Finn et Tonsager, 1997). Toutefois, d'autres psychologues croyaient en l'humanisme de l'évaluation

psychologique si des changements notables étaient apportés dans la manière dont celle-ci était réalisée (p. ex. Fischer, 1972, citée dans Castro et Chartier, 2009). Cette évolution dans la pratique de l'évaluation psychologique imposait aux psychologues d'élargir leur champ d'attention, au-delà des résultats des tests, aux éléments tels que la dynamique entre le patient et l'évaluateur, le contexte des problèmes rencontrés par le patient, ainsi que le contre-transfert de l'évaluateur (Finn et Tonsager, 1997).

Dans les années 70, les patients prennent une place croissante dans leur processus de soins, ce qui les conduit à adopter une position plus égalitaire vis-à-vis des soignants (Castro et Chartier, 2009). En concomitance à la reconnaissance croissante du potentiel thérapeutique des retours d'évaluation psychologique, certains psychologues commencent à observer des changements chez les patients au cours de l'évaluation, avant même la séance formelle de restitution des résultats. Ils associent ces changements à la participation active des patients dans leur propre évaluation. Au fil du temps, différents chercheurs soulignent l'impact positif de discuter des raisons de l'évaluation avec le patient, de partager avec lui les résultats des tests et de lui laisser l'opportunité d'interpréter ses propres résultats (p. ex. Allen, 1981 et Berg, 1985, cités dans Finn et Tonsager, 1997). Progressivement, les chercheurs ont considéré l'importance du potentiel thérapeutique des évaluations psychologiques. Peu à peu, et grâce aux apports d'auteurs issus de milieux variés, les approches collaboratives ont commencé à prendre forme, bien qu'elles demeurent encore marginales dans le champ de la pratique.

En 1997, Finn et Tonsager présentent le modèle de l'Évaluation Thérapeutique, dont s'inspire celui utilisé dans le présent essai, qu'ils développaient depuis la fin des années 1980. Ils conçoivent l'évaluation psychologique non seulement comme une démarche diagnostique, mais aussi comme une intervention susceptible de bénéficier au patient et à ses proches. Les tests psychologiques, bien qu'utilisés à des fins similaires au modèle traditionnel, deviennent ainsi pour eux des leviers favorisant l'empathie et une meilleure compréhension des difficultés vécues.

Dans cette perspective, l'évaluation vise en effet à offrir au client une occasion de mieux se connaître et de vivre des expériences susceptibles de soutenir un processus de changement (Finn et Tonsager, 1997). Le rôle du psychologue consiste alors à instaurer un cadre propice à la réflexion et à la découverte de soi, en s'appuyant sur la passation des tests et les autres composantes de l'évaluation clinique, dans une visée de clarification et de transformation personnelle. Le modèle de l'Évaluation Thérapeutique, tout en recourant à des instruments similaires à ceux de l'approche traditionnelle, se distingue donc par une

conception profondément renouvelée de la démarche évaluative. Elle repose sur une dynamique relationnelle et collaborative dans laquelle l'évaluateur s'efforce d'instaurer une alliance empathique, de construire avec le client des objectifs d'évaluation adaptés à sa situation singulière, et de s'engager dans une exploration conjointe des résultats. Ainsi, le processus ne se limite plus à une analyse experte, mais devient un espace de dialogue et de co-interprétation. Dans cette approche, le patient est impliqué à différentes étapes, notamment en ce que de l'espace lui est fait afin qu'il exprime son avis sur la justesse des interprétations proposées par l'évaluateur. Cette collaboration active permet de rééquilibrer la relation évaluateur-évalué et vise à favoriser l'élaboration conjointe de sens, au service d'un changement personnel et d'une meilleure compréhension de soi (Finn et Tonsager, 1997).

Bien que les propriétés statistiques et normes des tests psychologiques soient jugées importantes dans le modèle thérapeutique de l'évaluation, les réactions des patients à leur passation et une enquête autour des réponses ayant été offertes sont aussi considérés comme des occasions de dialogue avec les patients (Finn et Tonsager, 1997). Ainsi, les échanges permettent d'explorer avec ces derniers leurs réactions habituelles face à des situations problématiques, tout en offrant aux évaluateurs une meilleure compréhension empathique de leurs expériences subjectives. Les résultats des tests sont fréquemment analysés sous des angles à la fois idiographiques et nomothétiques. De plus, l'évaluation va au-delà de la simple collecte de données puisque l'évaluateur porte une attention particulière à l'interaction qui se déroule pendant les séances d'évaluation. Il s'intéresse à l'expérience subjective du client, à la sienne et à la dynamique entre eux. Cette approche élargie de l'évaluation offre des observations supplémentaires qui permettent d'approfondir la compréhension du fonctionnement psychique du patient et favorisent l'établissement d'un lien empathique entre ce dernier et l'évaluateur. Sous cet angle, Handler et Hilsenroth (1998) soutiennent que la rencontre du patient avec l'évaluateur influence la richesse des réponses obtenues, le degré de coopération du patient et la profondeur des productions cliniques, notamment dans les tâches de nature projective.

Dans le cadre du modèle de l'Évaluation Thérapeutique, la subjectivité de l'évaluateur est considérée comme un facteur déterminant pouvant favoriser ou freiner l'ensemble du déroulement de l'évaluation (Finn et Tonsager, 1997). La personnalité, l'apparence, les expériences passées et le cadre théorique de l'évaluateur sont considérés comme des éléments susceptibles d'influencer les interactions, les informations partagées, l'interprétation des données et la contextualisation des résultats.

Dans cette perspective, l'évaluation s'inscrit également dans l'amorce d'une relation à visée thérapeutique, qui prend appui sur certaines valeurs fondamentales portées par le clinicien, telles que la compassion, l'humilité, le respect, l'ouverture, la curiosité et un esprit de collaboration (Finn, 2016). En bref, l'évaluateur, en tant que facilitateur du changement, doit allier compétence et empathie, posséder des connaissances solides en tests psychologiques, en psychopathologie et en personnalité, tout en faisant preuve d'excellentes compétences relationnelles (Finn et Tonsager, 1997).

1.1.3 L'évaluation thérapeutique de l'enfant

C'est au cours des années 1980 que l'évaluation psychologique de l'enfant a commencé à être envisagée autrement que comme un simple outil de diagnostic. Inspirés par les approches systémiques et relationnelles, certains psychologues familiaux ont alors mis en lumière son potentiel d'intervention au sein même du fonctionnement familial (Tharinger *et al.*, 2022). Notamment, Ziffer (1985, cité dans Tharinger *et al.*, 2022) invitait les thérapeutes familiaux à ne pas considérer l'évaluation psychologique comme un outil nécessairement associé à la stigmatisation d'un membre de la famille. Différents bénéfices d'un travail en partenariat avec les parents ont été mis de l'avant, dont la pertinence d'impliquer les parents plus directement, par exemple en leur proposant de visionner des extraits vidéo des séances de test réalisées avec leur enfant. De plus, des effets sur la dynamique familiale liés aux rétroactions fournies aux parents à propos des résultats des tests psychologiques de leur enfant ont été mis en lumière : ils incluent la favorisation de l'engagement et de la différenciation, l'élaboration de nouvelles significations liées aux difficultés de l'enfant, ainsi que l'émergence de nouveaux schémas relationnels (Fulmer *et al.*, 1985, cités dans Tharinger *et al.*, 2022).

Constance Fischer est une auteure qui s'est avérée influente dans le domaine de l'évaluation collaborative/thérapeutique de l'enfant (Tharinger *et al.*, 2022). Elle a proposé notamment de nouvelles méthodes pour évaluer les enfants comme inviter les parents à assister au déroulement des tests administrés à leur enfant et engager un échange avec eux pour recueillir leurs perceptions, ainsi que restituer les résultats à l'enfant sous la forme d'un conte conçu spécialement pour lui (Fischer, 1994).

Quant à Leonard Handler, il s'est appuyé sur le matériel d'évaluation pour renforcer la compréhension et l'empathie des parents envers leur enfant (Mutchnick et Handler, 2002). Il a conçu et affiné une approche narrative interactive avec les enfants, le « Fantasy Animal Drawing Game » (Handler et Thomas, 2014). Dans le cadre de ce jeu, l'enfant est invité à imaginer et dessiner un animal fictif, puis co-construit une

histoire avec l'évaluateur qui met en scène cet animal qui devient parfois le personnage principal de récits personnalisés utilisés pour restituer les résultats de manière accessible à l'enfant.

C'est en partie sur les bases de ces différentes influences que Stephen Finn, au cours des années 90, a commencé à élaborer et à systématiser les étapes du modèle précis de l'Évaluation Thérapeutique de l'enfant (É.T.-E., Tharinger *et al.*, 2022) qui constitue une adaptation de son modèle initial à la clinique infantile. Le développement et l'étude de ce modèle se poursuit depuis les 30 dernières années par Finn et différents de ses collaborateurs. Ce développement de l'É.T.-E. a été progressif, marqué par l'influence de différentes théories fondamentales et concepts clés (p. ex. les théories de l'attachement, les théories des relations d'objets) sur lesquelles de nombreux cliniciens aux antécédents théoriques, expériences et perspectives variés s'appuient (Tharinger *et al.*, 2022). L'É.T.-E. est guidée par des valeurs fondamentales telles que l'humilité, la collaboration, le respect, la compassion et la curiosité (Finn, 2009).

L'Évaluation Thérapeutique de l'enfant (É.T.-E.) est un modèle semi-structuré d'évaluation psychologique qui combine les objectifs traditionnels d'évaluation (diagnostic, recommandations, etc.) à des visées d'intervention brève (Finn, 2007). Plus précisément, l'É.T.-E. implique les parents et leur enfant dans un processus d'évaluation collaboratif visant à favoriser de nouvelles compréhensions des problèmes persistants chez l'enfant et sa famille et à adopter des approches différentes pour faire face à ceux-ci (Tharinger *et al.*, 2022). Son but principal est de fournir une intervention systémique brève aux familles dans un contexte d'évaluation collaborative de l'enfant (Tharinger *et al.*, 2009). À cela, s'ajoutent des buts plus spécifiques qui consistent à permettre à l'enfant de vivre positivement les expériences d'évaluation et d'intervention familiale, à accompagner les parents vers une compréhension plus juste, compatissante et utile de leur enfant et de leur famille, en plus de contribuer au façonnement ou au retour d'une empathie parentale (Tharinger *et al.*, 2009).

Cette évaluation peut être réalisée par un seul évaluateur qui administre les tests à l'enfant et partage ensuite avec les parents des extraits vidéo de manière différée, ou par une équipe de deux co-évaluateurs, dont l'un conduit les tests tandis que l'autre accompagne les parents en temps réel durant la passation (Tharinger *et al.*, 2012). Dans le cadre de la présente étude, c'est cette seconde modalité – le modèle à deux évaluateurs – qui a été privilégiée, notamment en raison de ses avantages sur le plan de la collaboration avec les parents et de l'observation en temps réel de la dynamique familiale.

1.1.4 Les étapes de l'Évaluation Thérapeutique de l'enfant

Dans cette section sont présentées les étapes de l'É.T.-E. puisqu'elles servent de modèle à l'évaluation collaborative/thérapeutique utilisée dans l'étude présentée dans cet essai.

L'É.T.-E. comporte en moyenne neuf séances d'une durée approximative d'une heure et demie par semaine chacune, le tout réparti sur une période de deux à trois mois (Tharinger *et al.*, 2007). La durée de l'É.T.-E. est supérieure à celle d'une évaluation classique, mais est similaire à la durée que peut prendre une thérapie familiale brève ou cognitivo-comportementale (Tharinger *et al.*, 2009). Les neuf séances suivent un schème de six étapes (Finn et Chudzik, 2013).

1.1.4.1 Rencontre initiale avec les parents

Les objectifs spécifiques de la première séance sont de construire un travail de collaboration avec les parents, de formuler les questions d'évaluation en collaboration avec les parents, de recueillir les premières informations sur les préoccupations principales des parents et d'entreprendre l'établissement d'une relation de confiance entre ceux-ci et les deux co-évaluateurs (Finn *et al.*, 2012). Tout particulièrement, les parents et les évaluateurs coconstruisent des questions qui sont en lien avec des inquiétudes et des doutes que les parents ont vis-à-vis leur enfant et leur relation avec celui-ci (Aschieri *et al.*, 2012). Les parents sont donc en position de collaborateurs plutôt que d'informateurs. Par le fait même, cette séance permet de définir comment se déroulera la suite de l'évaluation car les questions qui sont formulées éclairent les évaluateurs sur les choix d'instruments qui seront administrés à l'enfant et sur les activités qui seront mises en place afin de répondre à ces questions (Aschieri *et al.*, 2012). Puis, une seconde séance est prévue avec toute la famille qui permet aux évaluateurs de faire une première observation des interactions familiales et de rencontrer l'enfant (Finn et Chudzik, 2013). Habituellement, lorsque l'enfant a plus de neuf ans et s'il le désire, il est invité à lui aussi coconstruire ses propres questions d'évaluation (Aschieri *et al.*, 2012).

1.1.4.2 Séances d'administration des tests

Suite à la formulation des questions d'évaluation, de deux à six séances sont consacrées à l'administration des tests d'évaluation psychologique à l'enfant (Smith, 2010). Généralement, trois séances sont suffisantes pour l'administration des tests. Les tests standardisés et/ou les activités non standardisées (p. ex. dessins, jeux) choisis peuvent différer d'un enfant à l'autre, car ils dépendent des questions formulées et des types de problèmes familiaux (Tharinger *et al.*, 2022). L'administration des tests a pour objectif de récolter des

résultats qui permettront de préparer les interventions brèves et de répondre aux questions d'évaluation (Smith, 2010). En effet, l'un des éléments de l'É.T.-E. qui la distingue des évaluations plus traditionnelles est que les parents sont invités à observer les séances d'administration des tests derrière un miroir sans tain ou par l'entremise d'un moniteur situé dans une autre pièce ou encore, mais plus rarement, en étant installés à distance dans la même pièce (Finn et Chudzik, 2013; Smith, 2010). Pendant l'observation, un co-évaluateur les accompagne afin de les supporter émotionnellement, de souligner l'importance de certaines réponses ou interactions de l'enfant et pour les soutenir à réfléchir tout haut à ce qu'ils observent de leur enfant et ce à quoi ça leur fait penser (Aschieri *et al.*, 2012). Pendant ce temps, un autre co-évaluateur fait la passation des tests avec l'enfant. Ce dispositif favorise la curiosité des parents et la construction de leur compréhension de leur enfant, en plus de fournir un moyen indirect à l'enfant pour communiquer et transmettre ses perceptions liées aux problématiques familiales, aux évaluateurs et à ses parents (Smith, 2010). Tharinger et ses collègues (2012) proposent de nombreuses techniques pouvant être utilisées par le co-évaluateur dans cet accompagnement telles qu'informer les parents sur les tests psychologiques et les autres méthodes d'évaluation ou les accompagner dans une réflexion sur les facteurs contextuels et systémiques qui peuvent influencer le comportement de leur enfant.

1.1.4.3 Séance d'intervention familiale

Ensuite, les deux co-évaluateurs rencontrent les parents et l'enfant pour une séance d'intervention familiale. Cette troisième étape a trois grands objectifs. Premièrement, les évaluateurs utilisent des techniques issues de la thérapie familiale (p. ex. les sculptures familiales ou le psychodrame ; Tharinger, 2008a) pour observer les dynamiques relationnelles qui se rejouent dans le bureau. Ces observations leur permettent de vérifier les hypothèses préliminaires formulées à partir des résultats aux tests et des réactions des parents lors des séances d'évaluation de l'enfant (Finn et Chudzik, 2013; Smith, 2010). Deuxièmement, cette séance permet aux parents d'examiner comment certains types d'interactions agissent sur les comportements problématiques de l'enfant et, donc, de développer de nouvelles compréhensions et une vision plus systémique des problèmes de celui-ci (Aschieri *et al.*, 2012; Smith, 2010). Troisièmement, les évaluateurs peuvent expérimenter certaines interventions et soutenir les parents vers de nouvelles manières de réagir à leur enfant (Frackowiak *et al.*, 2015; Tharinger *et al.*, 2022).

1.1.4.4 Bilan/discussion

À cette étape, les évaluateurs rencontrent les parents sans l'enfant dans le but de coconstruire des réponses à leurs questions d'évaluation et d'établir des recommandations (Aschieri *et al.*, 2012; Finn et

Chudzik, 2013). Les parents et les évaluateurs résument ensemble ce qu'ils ont appris sur l'enfant (Aschieri *et al.*, 2012). Le rôle des évaluateurs est d'aider les parents à faire des liens avec leur nouvelle compréhension des problématiques de leur enfant à la lumière des réponses apportées aux questions et de transmettre aux parents de nouvelles informations qui ont surgi lors de l'évaluation. Pour ce faire, les évaluateurs doivent cerner et soutenir les émotions des parents face au développement d'un nouveau narratif à propos de leur enfant (Tharinger, 2008b). Finalement, durant cette séance, les évaluateurs et les parents discutent également du contenu des informations en lien avec les résultats qui seront présentés à l'enfant sous forme de conte à la séance suivante (Finn et Chudzik, 2013). Facultativement, une lettre-résumé des sujets abordés pendant cette séance et contenant des recommandations peut ensuite être rédigée à l'intention des parents et envoyée de deux à six semaines plus tard (Aschieri *et al.*, 2015; Frackowiak *et al.*, 2015). Cette lettre a pour but de rappeler les sujets abordés lors de la séance de bilan et d'effectuer un retour sous une forme différente (Frackowiak *et al.*, 2015).

1.1.4.5 Bilan à l'enfant sous forme de conte

Une autre séance est réservée à la présentation des résultats à l'enfant sous forme d'un conte individualisé écrit par les évaluateurs (Smith, 2010). Généralement, l'enfant et les parents sont présents lors de cette séance (Tharinger *et al.*, 2008b). Les buts du conte sont de fournir à l'enfant une histoire plus juste, compatissante et empathique sur ses problématiques actuelles et de présenter de nouvelles solutions aux problèmes familiaux (Finn et Chudzik, 2013; Tharinger *et al.*, 2007). En effet, dans le conte sont présentés les résultats de l'évaluation par des métaphores et des images tenant compte de l'âge, du stade de développement et des capacités émotionnelles et cognitives de l'enfant (Aschieri *et al.*, 2012; Smith, 2010). Des éléments de la vie de l'enfant et de ses intérêts personnels sont incorporés afin d'attirer l'attention et l'imagination de ce dernier (p. ex. son animal ou sa couleur préférés; Tharinger *et al.*, 2008c). Pendant la lecture du récit, les évaluateurs doivent demeurer attentifs aux émotions et aux comportements de l'enfant (p. ex. l'enfant devient hyperactif, repousse l'information), car celui-ci pourrait être surchargé émotionnellement par l'information personnelle transmise (Tharinger *et al.*, 2007). Les évaluateurs et les parents doivent accompagner et soutenir l'enfant à travers ses réactions (Tharinger *et al.*, 2022). Il est à noter que c'est l'enfant qui choisit la personne qui fera la lecture du conte (mère, père, évaluateur) et qu'il lui est indiqué qu'il est possible pour lui d'apporter les changements qu'il désire à l'histoire (Aschieri *et al.*, 2012). Le conte est ensuite transmis à l'enfant. Cette séance met un terme aux rencontres hebdomadaires de l'évaluation.

1.1.4.6 Séance post-intervention/relance

Une séance post-intervention/relance se déroule avec les parents, et ce, de deux à trois mois après la remise du conte à l'enfant (Smith, 2010). Le but de cette séance est de discuter des progrès ou des défis que la famille vit, de la mise en œuvre des recommandations et de la nouvelle situation familiale qui se développe suite au processus d'évaluation (Finn et Chudzik, 2013; Smith, 2010). Si de nouveaux problèmes sont rapportés ou si d'anciens problèmes persistent, les recommandations peuvent être modifiées et adaptées aux besoins actuels de la famille (Smith, 2010).

1.2 Évaluation collaborative/thérapeutique : données empiriques et efficacité

1.2.1 Approches collaboratives /thérapeutiques

La littérature scientifique sur l'Évaluation Thérapeutique, telle que développée par Finn, ainsi que sur les approches collaboratives/thérapeutiques dans leur ensemble, s'est considérablement enrichie au fil des années, avec la publication de divers articles et ouvrages. Les méthodes d'évaluation collaborative (définies par l'implication active des patients à toutes les étapes du processus d'évaluation) ont montré des résultats probants dans une variété de contextes cliniques (Aschieri *et al.*, 2023), tels que les établissements carcéraux (Chudzik, 2016), les milieux hospitaliers (Aschieri et Vetere, 2020) et les consultations ambulatoires (Finn, 2007; 2011). De plus, leur efficacité a été documentée auprès de populations très diverses, tant sur le plan de l'âge — enfants (Aschieri *et al.*, 2012; Tharinger *et al.*, 2008a), adolescents (Ougrin *et al.*, 2008; Smith *et al.*, 2010) et adultes (Durosini *et al.*, 2017; Tarocchi *et al.*, 2013; Smith *et al.*, 2015) — que sur celui de la nationalité — avec des études menées notamment aux Pays-Bas (De Saeger *et al.*, 2014) et en Italie (Aschieri et Smith, 2012) — ou que pour un large éventail de problématiques cliniques, incluant notamment des troubles de l'humeur comme la dépression, des états psychotiques, des troubles de la personnalité, troubles du comportement chez les enfants, ainsi que des conditions telles que la douleur chronique, le stress post-traumatique (Finn, 2014; Aschieri *et al.*, 2015).

En 2010, Poston et Hanson (2010) ont publié une méta-analyse des études portant sur l'efficacité de l'évaluation psychologique en tant qu'intervention auprès de patients adultes, en prenant en compte ses diverses formes et subtilités. Dans l'ensemble, leurs données ont révélé que les démarches d'évaluation psychologique peuvent produire des effets thérapeutiques positifs et significatifs sur le plan clinique, notamment lorsqu'elles sont accompagnées d'un retour sur les tests conçu de manière personnalisée, engageante et en collaboration avec le patient. Toutefois, Durosini et Aschieri (2021) ont souligné que la majorité des études identifiées par Poston et Hanson (2010) ne faisaient pas appel à une mise en œuvre

complète de la méthode définie par Finn (2007), soit sur les dix-sept études passées en revue, seules quatre appliquaient divers des éléments constitutifs du modèle d'évaluation thérapeutique.

Finn (2014) concluait que deux grands types d'effets bénéfiques sont repérables au sein d'études contrôlées qui sont consacrées à l'Évaluation Thérapeutique auprès de populations d'âges divers (adultes et enfants). D'une part, cette approche contribue à atténuer divers aspects de la souffrance psychique, notamment en réduisant le sentiment de honte, les symptômes cliniques et l'intensité de la détresse émotionnelle. D'autre part, elle favorise des dynamiques thérapeutiques plus solides, en renforçant l'alliance entre le patient et l'évaluateur, en augmentant l'engagement du patient dans le traitement, ainsi que sa satisfaction à l'égard de l'intervention en cours ou à venir.

En 2000, Ackerman et ses collaborateurs ont comparé le modèle d'Évaluation Thérapeutique au modèle traditionnel de collecte d'informations auprès de participants adultes. Les participants venaient chercher un traitement ambulatoire dans une clinique communautaire universitaire pour diverses problématiques psychologiques – incluant des troubles de l'humeur, de l'anxiété, des troubles de stress post-traumatique, etc. L'échantillon comprenait 38 participants dans le groupe soumis à l'Évaluation Thérapeutique et 90 participants dans le groupe bénéficiant de l'évaluation traditionnelle. Les outils utilisés pour l'évaluation comprenaient le *Session Evaluation Questionnaire*, le *Combined Alliance Short Form*, ainsi que le *Penn Helping Alliance Questionnaire–Revised*. Cette étude a suggéré que les patients engagés dans un modèle d'Évaluation Thérapeutique avaient une probabilité significativement plus élevée de finaliser leur évaluation et d'entamer un traitement, comparativement à ceux soumis à un modèle d'évaluation traditionnel. Les données ont révélé que les participants ayant bénéficié de l'Évaluation Thérapeutique ont perçu une relation thérapeutique de meilleure qualité, ainsi qu'une expérience plus satisfaisante des séances d'évaluation. De manière notable, l'alliance avec le thérapeute assurant le suivi post-évaluation s'est instaurée plus rapidement et s'est montrée plus solide dans le groupe de l'Évaluation Thérapeutique.

Dans une revue systématique comprenant des études sur l'Évaluation Thérapeutique ainsi que sur l'évaluation collaborative auprès de patients adultes, Aschieri et ses collaborateurs (2023) ont fait ressortir trois catégories d'impacts positifs de ces méthodes d'évaluation : ils rapportaient une faible taille d'effet sur la réduction des symptômes des patients; des tailles d'effet de faibles à modérées sur le développement personnel; et une taille d'effet modérée sur les processus thérapeutiques (alliance thérapeutique, satisfaction du patient). De leur côté, Durosini et Aschieri (2021) ont fait une revue

systémique qui se concentrait sur des études sur l'Évaluation Thérapeutique seulement et auprès d'une population adulte. Ils mettaient en lumière des effets positifs sur le processus thérapeutique, les symptômes et le développement personnel. Ils ont également suggéré que ce seraient les principes philosophiques et les valeurs qui sous-tendent l'Évaluation Thérapeutique qui en détermineraient principalement l'efficacité, davantage que les modalités précises de sa mise en œuvre.

Lochman et ses collègues (2024) se sont intéressés aux effets de l'alliance thérapeutique (relation enfant-thérapeute et la collaboration sur une tâche) sur les comportements intériorisés et extériorisés des enfants pendant un processus d'intervention cognitivo—comportementale dédié aux enfants ayant des problématiques de comportements agressifs. Dans leur étude, un total de 360 enfants, âgés de 9 à 12 ans, ont été reconnus par leurs enseignants de quatrième année comme présentant des niveaux élevés de comportements agressifs ont été recrutés. Le processus d'intervention comprenait 32 séances étalées entre la fin de la quatrième année et le courant de la cinquième année du primaire. L'alliance thérapeutique a été évaluée à mi-parcours et à la fin de l'intervention à l'aide de l'échelle *Therapeutic Alliance Scale for Children*. Cette mesure recueillait les évaluations du thérapeute et de l'enfant concernant le lien relationnel ainsi que la collaboration dans les tâches. La santé comportementale des enfants a été évaluée par les enseignants au moyen de la *Behavior Assessment System for Children – Teacher Rating Scale*, à la fois au début de l'étude et lors d'un suivi un an plus tard. Pour analyser les résultats psychosociaux globaux, l'accent a été mis sur les composites d'internalisation et d'externalisation. Le composite d'internalisation regroupe des symptômes tels que la somatisation, la dépression et l'anxiété, tandis que le composite d'externalisation inclut l'hyperactivité, les troubles de conduite et l'agressivité. Les résultats ont révélé que, d'après les évaluations des thérapeutes, un lien relationnel solide ainsi qu'une bonne collaboration sur les tâches étaient liés à une diminution des comportements extériorisés observée un an après l'intervention. En outre, lorsque les enfants et les thérapeutes percevaient une collaboration sur les tâches plus élevée à mi-parcours, et que les thérapeutes rapportaient un lien relationnel fort à ce même moment, une réduction des comportements intériorisés était observée lors du suivi.

Globalement, bien que l'Évaluation Thérapeutique ait été largement étudiée chez les adultes, les recherches portant sur son application auprès des enfants demeurent toutefois plus limitées. Étant donné que cette population constitue le sujet central du présent essai, la section suivante sera consacrée à la présentation plus détaillée des principales études portant sur l'Évaluation Thérapeutique de l'enfant (É.T.-E.).

1.2.2 L'Évaluation Thérapeutique de l'enfant

Bien que les études sur l'approche l'É.T.-E. en sont encore à leurs balbutiements, les résultats obtenus jusqu'à présent tendent à indiquer qu'il s'agit d'une intervention brève probante, applicable à divers contextes familiaux (Tharinger *et al.*, 2022). La section suivante se focalisera sur la présentation des principales études sur l'É.T.-E.

1.2.2.1 Étude préliminaire

La toute première étude empirique sur l'É.T.-E. a été publiée en 2009 par Tharinger et ses collaborateurs. Cette étude pilote explorait l'acceptabilité de l'É.T.-E., ainsi que les changements observés avant et après l'intervention. Cette étude quantitative et contrôlée a été effectuée auprès de 14 familles ayant des enfants âgés entre 8 et 11 ans qui avaient été référés pour des problématiques comportementales, émotionnelles et sociales. Seuls les résultats des mères et des enfants ont été rapportés en raison de l'échantillon restreint des pères. Les familles ont bénéficié de huit séances d'évaluation avec deux étudiants en psychologie supervisés par des psychologues expérimentés et formés au modèle de l'É.T.-E. Plusieurs questionnaires standardisés ont été utilisés pour la collecte de données incluant des mesures auto-rapportées auxquelles les enfants et les mères ont répondu avant et après leur évaluation. Le *Behavior Assessment System for Children* (BASC) et le *Self-Report Measure of Family Functioning–Child* ont été administrés aux enfants et aux mères aux deux temps de mesure. Le *Parents' Positive and Negative Emotions About Their Child* a été complété par les mères aux deux temps de mesure. Finalement, le *Client Satisfaction Questionnaire–Revised* a été complété par les mères seulement en post-intervention. Les résultats ont montré une diminution significative des symptômes des enfants et une amélioration du fonctionnement familial rapportés par les mères et les enfants. Une diminution considérable des émotions négatives envers leur enfant a également été notée chez les mères, ainsi qu'une augmentation modérée de leurs émotions positives. Les mères ont toutes également rapporté une grande satisfaction liée au processus de l'É.T.-E. Cette étude incluait un échantillon limité sans groupe contrôle, et la nature du devis de recherche n'a pas permis d'observer les trajectoires de changement des participants ou de repérer quelles étapes précises de l'É.T.-E. ont été déterminantes. Toutefois, elle se distinguait par son caractère novateur, puisqu'il s'agissait de la première à apporter des données empiriques suggérant que l'approche de l'É.T.-E. constitue une modalité d'intervention à la fois pertinente et bien accueillie par des enfants et leurs familles confrontés à des troubles psychiques, dans le cadre d'un accompagnement clinique (Tharinger *et al.*, 2022). Elle mettait également en lumière le fait que des praticiens débutants, encadrés de manière rigoureuse, sont en mesure d'appliquer cette méthode de manière efficace.

1.2.2.2 Études de cas

En 2009, Smith et Handler présentaient le processus de l'É.T.-E. d'une petite fille de six ans qui se nomme Danielle. L'étude a été menée dans une clinique ambulatoire de l'Université du Tennessee aux États-Unis. Les parents consultaient afin de déterminer si leur fille possédait une maturité intellectuelle, émotionnelle et sociale suffisante pour entrer en première année, car elle était la plus jeune de sa classe. Les parents voulaient également mieux encadrer leur fille à la maison. Bien que Danielle ait été en réussite sur le plan scolaire à la maternelle, elle présentait des comportements perturbateurs en classe plus fréquents que ses camarades. À la maison, ses parents rencontraient des difficultés à canaliser son attention, notamment lors des devoirs. Son tempérament très vif, contrastant avec celui plus posé de sa sœur, compliquait la gestion quotidienne et contribuait à créer des tensions familiales. L'évaluation de l'enfant a été appuyée par plusieurs outils : le *Child Behavior Checklist* (CBCL), le *Youth Self-Report* (YSR), le *Rorschach*, les épreuves cognitives et de rendement scolaire *Woodcock-Johnson III*, ainsi que le *Sentence Completion Test for Children* et le *House-Tree-Person Test*. Le processus de l'É.T.-E. a permis aux parents de Danielle de réaliser que leur fille possédait des compétences intellectuelles nécessaires et même supérieures à la moyenne des enfants de son âge pour fonctionner en première année. Toutefois, des difficultés sur le plan émotionnel et social ont été mises en lumière, en particulier une forte sensibilité à la critique et une propension à se culpabiliser. Les parents ont pris conscience de l'influence de leur manière d'interagir avec leur fille sur son image de soi et ont progressivement ajusté leurs comportements auprès d'elle (p. ex., renforcement positif), ce qui a favorisé des progrès notables tant sur le plan comportemental que scolaire.

Fantini et ses collaborateurs (2013) ont quant à eux décrit le processus de l'É.T.-E. d'une fillette de quatre ans nommée Clara, reçue au Centre européen d'Évaluation Thérapeutique à Milan, en Italie. Les parents de Clara, originaires du Salvador, vivaient en Italie en tant qu'immigrés sans papiers depuis sept ans, ce qui a rendu difficile l'accès aux services de santé lorsque Clara était plus petite. La famille consultait parce que les accès de colère incontrôlables de Clara suscitaient une grande détresse chez ses parents. Le test de dessin projectif a été le principal outil sélectionné pour évaluer Clara. Dès les premières séances, les évaluateurs ont relevé un conflit entre les parents quant à leur manière de percevoir et de réagir aux crises de leur fille. Son père, les voyant comme de simples caprices, réagissait avec sévérité, ce qui exacerbait les tensions. Il reprochait à la mère de Clara son laxisme. De son côté, sa mère redoutait un trouble psychologique chez Clara et adoptait une attitude plus tolérante, tout en critiquant l'autoritarisme du père. Les évaluateurs ont aidé les parents à formuler les désaccords parentaux sous forme de questions thérapeutiques, ce qui a contribué à calmer le climat entre eux et à explorer la question. Ils ont ainsi pu

en arriver à un accord parental lors de l'élaboration du nouveau récit familial. Le processus d'évaluation a permis de transformer certaines perceptions que les parents avaient de leur fille en leur offrant de nouvelles clés de compréhension de ses comportements et en leur permettant de réfléchir à leur propre responsabilité dans les difficultés de celle-ci. À l'issue de l'évaluation, les parents auraient pris conscience de la nécessité d'aborder leurs propres problèmes psychologiques (p.ex. les conséquences psychologiques du processus de migration difficile) et relationnels pour favoriser le bien-être de Clara. Le père aurait cessé de percevoir les crises de sa fille comme des caprices, tandis que la mère serait devenue plus ferme face à ces épisodes. Ensemble, ils auraient appris à mieux reconnaître et répondre aux émotions de Clara, dont les besoins émotionnels restaient jusque-là insatisfaits.

De leur côté, Dubé et Noël (2015) ont présenté le cas de Nathan, 7 ans, rencontré avec ses parents dans le cadre d'une évaluation inspirée de l'É.T.-E. La famille consultait parce que Nathan souffrait de peurs irrationnelles, d'anxiété et de comportements agressifs au moment du coucher. Nathan aurait été adopté à la naissance. Le couple adoptif élevait déjà une fillette et attendait un autre enfant. Le *Children Aperception Test* a été administré à Nathan au cours de son évaluation et des thèmes liés à l'adoption et à l'autonomie ont émergé. Nathan exprimait entre autres une inquiétude quant à une différence de traitement entre enfants adoptés et biologiques. Les évaluateurs ont fait l'hypothèse que Nathan souhaiterait gagner en indépendance pour plaire à ses parents, mais craindrait en parallèle qu'ils le rejettent. Lors du bilan, cette hypothèse quant aux préoccupations de l'enfant a été abordée avec les parents, qui se sont montrés réceptifs. Nathan a ensuite confirmé les inquiétudes ainsi verbalisées par l'évaluatrice, ce qui a permis à ses parents de le rassurer, l'apaisant visiblement. Les symptômes de Nathan ont été interprétés comme des réactions à des séparations perçues par celui-ci comme brutales. Un conte métaphorique a permis à Nathan de faire le lien avec sa propre histoire et de se sentir compris. Dubé et Noël (2015) expliquent comment l'étape du bilan fait à l'enfant et ses parents a permis à l'enfant de revisiter et de mettre en mots des préoccupations affectives anciennes, lui permettant ainsi d'enclencher un mouvement vers l'autonomie et de créer une forte alliance avec ses parents afin d'affronter les bouleversements de la naissance éventuelle d'un nouvel enfant dans la famille.

En 2019, Chudzik et ses collaborateurs ont de leur côté illustré certains changements observés auprès de Nicolas, 10 ans, et de sa famille lors d'une É.T.-E. qui s'est déroulée au Centre européen d'Évaluation Thérapeutique en France. La famille consultait en raison de la profonde tristesse qu'éprouvait Nicolas, de la vision pessimiste qu'il exprimait face à la vie ainsi que de sa tendance à s'isoler. Les outils d'évaluation

retenus incluait des dessins projectifs, le test de Rorschach et le *Early Memories Procedure*. Au cours du processus d'évaluation a été mise en lumière la tendance des parents de Nicolas à minimiser et écarter les plaintes de leur fils, car ils se sentaient pris par leur propre détresse et leurs préoccupations personnelles et professionnelles. Nicolas aurait ainsi dû faire face seul à des situations difficiles (p. ex. des expériences de rejets à l'école) sans soutien émotionnel, ce qui aurait exacerbé ses affects dépressifs. La séance de bilan a permis aux parents de prendre conscience de l'isolement dans lequel chaque membre de la famille se retrouvait, chacun affrontant ses difficultés de manière isolée. Ils ont aussi réalisé leur crainte que les émotions de leur fils s'intensifient et le conduisent à une dépression, à l'instar de ce que sa mère avait vécu par le passé. Le père a pu préciser que face à cette crainte, il préférerait minimiser les affects de son fils pour se rassurer. Les parents ont alors pu exprimer leur besoin de rétablir une communication plus harmonieuse entre eux. Lors de la dernière séance en présence de Nicolas, la famille a rapporté que l'état de ce dernier s'était amélioré : il s'exprimait davantage et avec une plus grande vivacité et il se réinvestissait dans les activités sociales.

Ces études de cas illustrent bien le potentiel que peut avoir l'É.T.-E. sur les dynamiques familiales ainsi que pour entraîner des changements intrapsychiques chez les parents et leur enfant. Toutefois, ces études présentent certaines limites inhérentes aux études de cas telles que la portée limitée des résultats, l'absence de groupe contrôle et la forte variabilité individuelle. De plus, elles ne fournissent pas de données sur la manière dont les différentes étapes de l'É.T.-E. agissent sur les participants et ne permettent pas de conclure que les changements observés pendant et après l'É.T.-E. sont supérieurs à ceux observés pendant et après une évaluation plus classique (Fantini *et al.*, 2013).

1.2.2.3 Études quantitatives ou mixtes impliquant plusieurs enfants

Tharinger et Pilgrim (2012) ont étudié les effets de la restitution des résultats d'une évaluation neuropsychologique présentés sous forme de conte, auprès de 32 enfants âgés en moyenne de neuf ans accompagnés d'un parent. Deux groupes ont été constitués à partir de l'échantillon : un groupe expérimental qui représentait les enfants et parents qui recevaient un bilan sous forme de conte avant la prise de mesure, un groupe témoin qui était constitué des enfants et parents qui recevaient le bilan sous forme de conte après la prise de mesure. Les questionnaires *Parent Experience of Assessment Survey* (PEAS), *Client Satisfaction Questionnaire* (CSQ-8) et *Child Experience of Assessment Survey* (CEAS) ont été utilisés pour la prise de mesure. Juste avant ou juste après la séance de bilan sous forme de conte (selon le groupe attribué), chaque enfant participant remplissait le questionnaire CEAS, tandis que chaque parent

impliqué complétait les questionnaires PEAS et CSQ-8. Les résultats ont révélé que les enfants du groupe expérimental ont eu davantage l'impression d'avoir appris quelque chose à propos d'eux-mêmes et de leurs problèmes que les enfants du groupe témoin. Les enfants du groupe expérimental ont également eu l'impression que leurs parents avaient une meilleure compréhension de leurs problèmes et rapportaient avoir une meilleure relation avec leur évaluateur. De plus, le niveau général de satisfaction des parents a été supérieur dans le groupe expérimental. Cette étude a fourni des preuves préliminaires indiquant que le bilan donné aux enfants sous forme de conte a un effet sur leurs représentations d'eux-mêmes et de leurs parents (Tharinger et Pilgrim, 2012). Par contre, cette étude n'a pas permis de vérifier si les autres étapes du processus de l'É.T.-E. ont un effet sur de telles représentations.

Une étude de Hansson et ses collègues (2016) qui a été faite à partir d'un modèle modifié de l'É.T.-E., soit une évaluation neuropsychologique comprenant une approche thérapeutique, s'est intéressée à l'efficacité de l'approche à partir de résultats obtenus dans le cadre d'évaluations qui incluaient la cueillette des questions des parents, des tests standardisés auprès de l'enfant, une séance de bilan avec les parents, et une séance de bilan avec l'enfant qui incluaient parfois la présentation d'un conte (Hansson *et al.*, 2016). L'échantillon était composé d'enfants et d'adolescents (9 à 16 ans) qui consultaient dans une clinique de psychiatrie en Suède. L'étude était composée d'un groupe de 11 familles qui prenaient part à une évaluation inspirée de l'É.T.-E., d'un groupe témoin de 11 familles dans lequel les parents participaient à une séance de support, ainsi que d'un second groupe témoin de 9 familles qui ne recevaient pas de services et restaient sur une liste d'attente. Le groupe recevant l'évaluation de type É.T.-E. était reçu pour une séance post-intervention/relance six mois après l'évaluation, mais pas les groupes témoins. C'est à l'aide du *Beck Youth Inventory* (Beck *et al.*, 2001), administré à deux temps prédéterminés pour tous les groupes (pré intervention, post intervention) et à trois temps prédéterminés pour le premier groupe (pré intervention, post intervention, suivi post-intervention), que les auteurs ont noté une diminution des symptômes des enfants des trois groupes après leur évaluation sans différence entre les groupes. Toutefois, les enfants du groupe qui prenaient part à une évaluation inspirée de l'É.T.-E montraient une grande diminution de leurs symptômes lors de la séance post-intervention/relance six mois après leur évaluation. Cette étude a suggéré que l'évaluation de type É.T.-E. aurait des impacts positifs, mais l'interprétation des résultats reste limitée puisque les auteurs n'avaient pas de données sur les groupes témoins après six mois. Une autre limite de cette étude a été que les groupes n'étaient pas répartis aléatoirement, car ce sont les parents qui choisissaient parmi les trois protocoles, ce qui aurait pu amener les parents plus ouverts à collaborer au protocole de type É.T.-E.

Dans le cadre de leur étude, Brodard et ses collaborateurs (2019) ont exploré l'alliance de l'évaluateur et des parents dans le contexte du bilan psychologique de leur adolescent ou enfant. Le cadre du bilan qui a été effectué s'inspire de celui utilisé pour l'É.T.-E. en y intégrant notamment différents éléments : établissement et préservation d'une relation empathique avec les parents; collaboration avec les parents afin de définir des objectifs d'évaluation personnalisés; partage et examen des résultats de l'évaluation avec les parents. Cette étude a été conduite dans le cadre d'une consultation universitaire en psychologie à l'Université de Lausanne, en Suisse, se consacrant à l'enfance et à l'adolescence. Elle s'est appuyée sur un échantillon composé de 105 parents (65 mères et 40 pères) et de 68 enfants âgés de 6 à 16 ans. Les demandes concernaient principalement des troubles émotionnels et des difficultés de comportement, d'attention ou d'apprentissage, même si leur nature restait globalement variée. À partir du questionnaire *Perception de la consultation psychologique* administré avant et après la consultation, les chercheurs ont mesuré la perception des parents concernant l'utilité de la consultation psychologique, leur représentation de celle-ci, ainsi que les améliorations attendues. Ils ont également abordé leur opinion sur les stratégies de résolution des problèmes de leur enfant et sur l'estime de soi de ce dernier. Le questionnaire *Évaluation de la relation avec les psychologues première et dernière consultation* a également été administré aux parents afin d'examiner l'alliance de travail. Les résultats de l'étude ont révélé une satisfaction des parents (plus marquée chez les mères que chez les pères) très élevée à l'égard du processus d'évaluation. Ces derniers ont également exprimé qu'à la fin du bilan, l'évaluation psychologique était bien plus claire et rassurante que ce qu'ils avaient initialement imaginé. Les résultats ont également mis en lumière qu'après le bilan, les parents ont exprimé mieux comprendre leur enfant et remarquer un changement positif dans l'image de soi de ce dernier. Les parents ont rapporté aussi percevoir une amélioration de leur relation avec leur enfant. L'étude a révélé que les attentes des parents, présentes dès le début du processus, avaient un impact majeur sur leur implication tout au long de l'évaluation. Enfin, une relation de confiance et de collaboration entre les parents et les professionnels a été associée à une perception plus favorable des résultats du bilan. Cette étude a suggéré que le bilan de type É.T.-E. aurait des impacts positifs, mais l'interprétation des résultats reste limitée puisque les autres étapes de modèle n'étaient pas intégrées dans l'étude. De plus, seules les représentations mentales des parents étaient examinées, les enfants n'étant pas sondés.

1.2.2.4 Études à séries temporelles pour cas unique

Dans une série de trois études distinctes, Smith et ses collègues (2009, 2010, 2011) ont cherché à mesurer l'impact d'une É.T.-E. en s'appuyant sur un protocole de recherche en séries temporelles à cas unique. Ils

ont analysé les trajectoires de changement des scores liés à la symptomatologie de l'enfant, au sentiment de l'enfant envers lui-même et au fonctionnement familial. Les informations récoltées ont été séparées en trois phases distinctes : le niveau de base (pré-intervention), la phase d'intervention, et la phase post-intervention/relance. En s'appuyant sur les questions d'évaluation, lors de la rencontre initiale, les évaluateurs et les familles ont déterminé des indicateurs à mesurer quotidiennement (p. ex. niveau de détresse familiale). Par la suite, tout au long du processus d'évaluation, les parents et parfois les enfants, ont été invités à noter quotidiennement l'intensité et la fréquence de ces items indicateurs. C'est à partir de ces observations quotidiennes que les auteurs ont exposé des trajectoires de changement et qu'ils ont analysé l'ensemble des données à l'aide de la méthode de modélisation simulée développée par Borckardt (2006).

La première étude à séries temporelles de Smith et ses collaborateurs a été publiée en 2009 et présentait une É.T.-E. effectuée auprès de Jeff, enfant de neuf ans, ainsi que sa mère et son beau-père. La famille consultait pour les comportements agressifs de Jeff. Les sept indicateurs suivants ont été choisis pour les mesures quotidiennes auxquelles les parents ont répondu : 1. détresse familiale globale; 2. degré des comportements agressifs de Jeff; 3. degré des comportements agressifs de Jeff envers sa mère; 4. intensité de la pire crise de colère de Jeff; 5. nombre de crises de colère de Jeff; 6. nombre de crises de colère de Jeff impliquant des cris; 7. nombre de mensonges explicites de Jeff. Les données issues des séries temporelles ont montré une amélioration dans la capacité de Jeff à maîtriser sa colère et à éviter ses montées en intensité rapide et violente qui étaient présentes au début de l'évaluation. Par ailleurs, les résultats ont révélé une diminution des comportements agressifs de Jeff à l'égard de sa mère. Les auteurs indiquaient que les effets observés ont débuté lors de la phase d'intervention et que la diminution de la colère de Jeff envers sa mère a persisté jusqu'à au moins 40 jours après cette phase. Les chercheurs de l'étude avaient aussi utilisé le BASC-2 à la fin chaque séance auprès des parents. Les résultats au BASC-2 ont montré une amélioration significative des problèmes internalisés et externalisés de Jeff en post-intervention, selon sa mère et son beau-père. Finalement, le *Parent Experience of Assessment*, administré aux parents lors de la séance post-intervention/relance, a révélé la satisfaction de ces derniers envers le processus de l'É.T.-E.

En 2010, Smith et ses collaborateurs ont publié une deuxième étude à séries temporelles qui s'intéressait à l'impact de l'É.T.-E. auprès de trois familles d'enfants de 10 et 11 ans ayant un trouble de l'opposition avec provocation. Pour la première famille, c'est la mère qui complétait les six indices quotidiens

préalablement choisis : 1. détresse familiale générale; 2. intensité de la pire explosion de colère; 3. degré de patience de la mère envers son fils; 4. degré de patience du fils envers sa mère; 5. degré de soutien que la mère a pu offrir à son fils; 6. nombre d'explosions de colère du fils. Pour la deuxième famille, cinq indices ont été complétés quotidiennement par les parents de l'enfant qui devaient en venir à un consensus pour chaque cotation : 1. détresse familiale générale; 2. intensité de la pire explosion de colère; 3. intensité de la désobéissance du fils; 4. intensité des comportements d'irritation du fils. 5. capacité de régulation de la frustration du fils. Puis, les parents de la troisième famille ont complété six items dont un qui demandait que leur fils soit consulté : 1. détresse familiale générale; 2. intensité de la pire explosion de colère du fils; 3. réaction du fils face aux demandes de ses parents; 4. est-ce que le fils s'est bien senti dans sa peau aujourd'hui; 5. réaction du fils au changement; 6. réaction du fils à la déception. En plus des mesures quotidiennes propres à chaque famille, le BASC-2 a été administré aux parents et aux enfants lors de la séance initiale et à la séance post-intervention/relance. Puis, le *Parent Experience of Assessment Survey* a été administré aux parents lors de la séance post-intervention/relance. Globalement, les résultats révèlent que les trois cas ont présenté une amélioration significative entre le début et la fin de leur processus d'évaluation. Aussi, les mesures quotidiennes ont exposé que chacune des familles a suivi une trajectoire propre de changement. En effet, pour la première et la deuxième famille, l'amélioration s'était amorcée lors de la phase d'intervention et s'était poursuivie de manière continue jusqu'à la phase post-intervention/relance. Toutefois, la troisième famille n'a pas montré d'amélioration pendant la phase d'intervention : c'était plutôt durant la phase post-intervention/relance que des changements importants ont été observés dans cette famille. Les résultats aux BASC-2 ont mis en lumière une amélioration entre la première et la dernière phase de l'évaluation chez les enfants dans des domaines associés sur le plan conceptuel au trouble oppositionnel avec provocation, notamment en ce qui concerne les comportements agressifs, les difficultés scolaires, ainsi que les manifestations de dépression et d'anxiété.

La troisième étude à séries temporelles de Smith et ses collaborateurs (2011) s'intéressait particulièrement à l'impact de la séance familiale de l'É.T.-E. et a été effectuée auprès de David, âgé de 12 ans, et de son père. La famille consultait parce que David vivait de la difficulté à performer à l'école et avait du mal à établir des relations amicales. C'est par le biais de trois items qu'ont été recueillies les mesures quotidiennes : 1. détresse familiale générale; 2. sentiment de bien-être de l'enfant; 3. interactions sociales positives de l'enfant. Pour les deux premiers items, l'enfant et le père devaient s'entendre ensemble pour la cotation quotidienne. Les résultats ont fait état d'une légère dégradation du fonctionnement familial et d'une exacerbation de la symptomatologie de l'enfant au début de la phase

d'intervention, suivie d'une amélioration marquée après la séance familiale qui s'est poursuivie pendant la phase post-intervention/relance. Les auteurs ont suggéré que la séance familiale a constitué un moment clé, favorisant des prises de conscience importantes chez le père et conduisant à des progrès notables dans la qualité de la relation entre le père et son fils, ainsi qu'à un renforcement de l'estime de soi de l'enfant et une amélioration de ses relations sociales.

Les séries temporelles des études de Smith et ses collègues (2009, 2010, 2011) ont ainsi permis d'analyser les trajectoires de variables importantes et subjectives pour chacune des familles à travers les différentes phases de l'É.T.-E. Globalement, ce sont des trajectoires de changement des scores liés à la symptomatologie de l'enfant, au sentiment de l'enfant envers lui-même et au fonctionnement familial qui ont été étudiées. Toutefois, ce sont majoritairement les parents qui étaient consultés lors de la prise de mesures quotidiennes; lorsque l'enfant était consulté, il devait s'entendre avec son parent pour le résultat. Seul l'indice du sentiment de l'enfant face à lui-même était un indicateur potentiel d'un élément du monde représentationnel de l'enfant (quoique possiblement affecté par le jugement du ou des parents puisqu'il devait faire l'objet d'un consensus entre eux), mais il n'était jamais rapporté de manière indépendante.

1.2.3 Catalyseurs de changements de l'É.T.-E.

C'est au cours de ses six étapes que l'É.T.-E. vise l'atteinte progressive de ses buts (Dubé et Noël, 2015). Toutefois, parmi ces étapes, des éléments de certaines seraient des points qui catalyseraient plus proprement les changements visés par l'É.T.-E.

1.2.3.1 Observation des parents

Au sein du processus de l'É.T.-E., l'observation des séances d'administration des tests de l'enfant par les parents est l'un des éléments qui semble le plus significatif pour soutenir ces derniers à transformer leur narratif sur leur enfant et sur leur famille (Tharinger *et al.*, 2012). Le fait d'observer leur enfant effectuer plusieurs types de tests cliniques accentuerait la curiosité des parents et ceux-ci s'engageraient dans une participation active à l'évaluation (Tharinger *et al.*, 2009). De plus, la guidance offerte par le co-évaluateur, présent aux côtés des parents lors de l'observation, favorise la découverte de nouvelles facettes de leur enfant. Cela peut orienter les parents vers une meilleure compréhension de celui-ci et permettre de modifier certaines de leurs distorsions perceptuelles (Aschieri *et al.*, 2012; Finn, 2007). Ce soutien accentuerait la motivation à changer des parents et mènerait à des changements positifs quant aux interactions familiales (Tharinger *et al.*, 2012). De plus, la plupart des enfants profiteraient du fait que leurs

parents les regardent pour communiquer avec eux de manière directe (p. ex., en parlant directement au miroir) ou indirecte (p. ex., par l'entremise de leurs réponses aux tests, Tharinger *et al.*, 2012).

1.2.3.2 La séance d'intervention familiale

La séance d'intervention familiale est une étape clé de l'É.T.-E. Elle aiderait notamment les parents à conceptualiser les problèmes de l'enfant de façon plus systémique et moins individuelle (Tharinger *et al.*, 2008a). Cela pourrait leur permettre de mieux comprendre les rôles qu'ils jouent et leur part de responsabilité dans ces problèmes. Ce changement de perception chez les parents aiderait l'enfant à se sortir du rôle de bouc-émissaire, car le « blâme » serait moins porté sur lui, ce qui tendrait à améliorer son estime de soi et ses comportements. Tharinger et ses collègues (2008a) soulignent qu'en réduisant le sentiment de responsabilité personnelle que l'enfant vit pour tous les problèmes, de nouvelles manières de voir sa famille s'ouvriraient pour lui.

1.2.3.3 Le bilan sous forme de conte

Le bilan fait sous forme de conte individuel serait une manière soutenante et sécuritaire pour l'enfant et ses parents de favoriser l'articulation de la nouvelle compréhension engendrée par l'évaluation. Aussi, le conte permettrait à l'enfant de se sentir entendu et compris à travers l'évaluation, ainsi donc, comme un interlocuteur valable et actif dans l'évaluation (Tharinger *et al.*, 2008c).

1.2.3.4 Empathie et représentations mentales des parents

Le développement ou la restauration de l'empathie des parents serait un élément essentiel visé par le processus de l'É.T.-E. et qui témoignerait, le cas échéant, de la réussite d'un travail collaboratif avec les parents (Dubé et Noël, 2015). L'empathie parentale serait un des « facilitateurs essentiels du processus de changement ». En ce sens, Dubé et Noël (2015) exposent que :

Si les parents peuvent être momentanément « en panne » quant à la prise en compte des difficultés distinctes de leur enfant et quant à leurs attributions par rapport à ces difficultés, celles-ci demeurent potentiellement compréhensibles pour eux. En ce sens, aider au développement ou à la restauration chez les parents de meilleures capacités à se représenter leur enfant comme une entité distincte ayant des difficultés qui lui sont propres pourrait s'avérer un catalyseur de changement à court terme en rapprochant parents et enfant et, à plus long terme, en soutenant l'espoir de modifications stables à venir. (p. 378).

Ainsi, Dubé et Noël (2015) suggèrent que le travail dans l'É.T.-E., visant à augmenter l'empathie parentale, passe par un processus médiateur d'approfondissement et de réajustement des représentations mentales que les parents se font de leur enfant. Selon eux, les représentations parentales devraient être examinées et soutenues tout au long du processus de l'É.T.-E.

Enfin, sur le plan théorique, les auteurs de l'É.T.-E (Tharinger *et al.*, 2022) accordent une attention particulière aux schèmes narratifs que les parents développent à propos de leur enfant ainsi qu'aux dynamiques systémiques familiales. L'É.T.-E. vise à favoriser des transformations dans l'empathie parentale, dans la manière dont les parents perçoivent et comprennent leur enfant, ainsi que dans la qualité des interactions familiales. De leur côté, Dubé et Noël (2015) proposent une lecture des liens spécifiques entre la transformation des représentations mentales parentales — envisagée comme un facteur médiateur — et l'amélioration du fonctionnement de l'enfant et de sa famille par le biais de l'É.T.-E. Cependant, peu d'attention a été portée, d'une part, à l'évolution de l'enfant lui-même au-delà de ses symptômes, à partir de sa propre perspective et, d'autre part, à sa participation active dans la réorganisation des dynamiques familiales. Il nous semble essentiel de sonder directement l'enfant sur son monde représentationnel, afin de mieux comprendre les mécanismes sous-jacents à ses symptômes, d'approfondir le sens qu'il leur attribue, et de mettre en lumière certaines nuances subjectives dans les processus psychologiques liés à l'évolution symptomatique. Cette exploration permettrait également de mieux cerner les enjeux et besoins propres à chaque enfant.

Nous croyons que si l'É.T.-E. favorise une transformation des représentations mentales des parents, ce processus et l'évolution du regard parental constituent probablement certains des leviers centraux de la transformation du monde représentationnel de l'enfant. Ainsi, nous nous interrogeons à savoir comment, au fil du processus d'É.T.-E., évoluent les perceptions qu'a l'enfant de lui-même, de ses parents et de sa relation avec eux. Les pages suivantes s'attarderont sur les fondements théoriques qui soutiennent l'idée que les représentations parentales de l'enfant, de même que la qualité des interactions parents-enfant, jouent un rôle déterminant dans le développement affectif et représentationnel de ce dernier.

1.3 Les représentations mentales

La théorie des relations d'objet développée par Kernberg (1995) propose un modèle de compréhension des organisations de la personnalité normales et pathologiques en s'appuyant sur des composantes fondamentales de la structure psychique sur lesquelles reposent les comportements et la santé

psychologique. Il conçoit ainsi que toutes les relations d'objet se fondent sur des représentations de soi associées à des représentations des autres, ainsi qu'aux expériences affectives qui les lient et influencent la qualité des dynamiques interpersonnelles.

1.3.1 Développement des représentations mentales de l'enfant

En ce qui concerne leur développement, Slade (2000) précise que les représentations mentales des enfants peuvent être définies comme des schèmes subjectifs que les enfants ont construits et entretiennent sur leurs parents et sur eux-mêmes en fonction de leurs interactions ensemble. Les représentations mentales sont multidimensionnelles et sont considérées comme des variables importantes dans le développement psychologique de l'enfant (Levine et Tuber, 1993). Un prototype répété des interactions entre l'enfant et ses parents s'inscrit au sein des représentations mentales de l'enfant et influence les comportements interpersonnels de celui-ci pendant l'enfance et ses croyances tout au long de sa vie (Niec et Russ, 2002; Sroufe, 2000). En dépit de ce savoir, la recherche sur les représentations mentales n'a débuté que relativement récemment (Niec et Russ, 2002).

1.3.2 Les représentations mentales et la relation parent-enfant

L'approche des théories de la mentalisation soutient qu'indépendamment de la nature de la situation, les êtres humains tentent de comprendre leur propre esprit et celui des autres (p. ex., sentiments, intentions) par un processus socioaffectif nommé « mentalisation » (Fonagy et Target, 1998). La mentalisation réfère plus spécifiquement à la capacité d'un individu à comprendre son propre comportement et celui des autres en termes d'intentions et d'états mentaux sous-jacents (Slade, 2005). Elle repose et opère sur la base d'un savoir à la fois cognitif et affectif, soit la capacité de sentir les pensées et de penser les sentiments. En effet, d'une part, la mentalisation requiert une mise en perspective qui permet de comprendre un individu et, d'autre part, elle requiert la capacité à contenir, réguler et ressentir pleinement l'émotion (Slade, 2005).

Dans la sphère de la parentalité et du fonctionnement familial, plus particulièrement, de la mentalisation émane le « fonctionnement réflexif parental » (FRP), soit la capacité du parent à réfléchir sur son expérience mentale interne et celle de son enfant et à transmettre (ou traduire) à celui-ci une compréhension de ce fonctionnement qu'il peut s'approprier (Slade, 2005). Ainsi, le FRP est en fait une manifestation de la capacité de mentalisation des parents. En effet, le fonctionnement réflexif (FR)

façonne un système représentationnel qui permet d'interpréter les actions interpersonnelles, contribuant ainsi au développement des relations sociales (Fonagy *et al.*, 2002).

Les modèles de la mentalisation et du FR sont parmi les rares qui tentent de saisir comment les enfants comprennent leurs relations avec leurs parents (ou figures d'attachement) et comment ils se comprennent eux-mêmes (Ensink *et al.*, 2015). En effet, Fonagy et ses collègues (1996, 1998, 2002) soutiennent que l'enfant élabore un sens cohérent de soi à travers des interactions avec un donneur de soins qui reconnaît et qui lui reflète son esprit. En fait, dès son très jeune âge, le nourrisson commencerait d'abord à organiser son sens de soi à partir des expressions émotionnelles de sa mère au sein desquelles sont présentés de manière amplifiée les états du nourrisson comme une « re-présentation » (Gergely et Watson, 1996). Un donneur de soins qui a la capacité de se représenter l'enfant comme un être ayant des sentiments et des désirs propres permettra au petit de découvrir sa propre expérience interne (Slade, 2005). Lorsque l'enfant grandit, les manières des donneurs de soins de lui parler et de jouer avec lui seraient ainsi cruciales pour l'établissement et l'élaboration de l'expérience qu'il se construira de sa vie intrapsychique. En ce sens, la représentation que les donneurs de soins se font de l'enfant prendra forme de différentes façons aux diverses étapes de son développement et des interactions parents–enfants. En effet, l'attention sensible repose sur la capacité du donneur de soins à remarquer, au fil des instants, les variations dans l'état mental de son enfant, et à les lui refléter, d'abord par des gestes et des comportements, puis progressivement par le langage et le jeu. Ce processus est fondamental pour que l'enfant développe à son tour ses propres aptitudes à la mentalisation (Slade, 2005).

Toutefois, les donneurs de soins n'ont pas tous un haut niveau de FR. Certains peuvent présenter diverses défaillances comme des représentations non réflexives, dérégulées ou inexistantes de l'enfant (Slade, 2005). Ces défaillances viendraient perturber le développement du soi de l'enfant de manière profonde. Par exemple, dans le cas où la figure parentale de l'enfant est continuellement insensible ou déséquilibrée, l'enfant pourrait intérioriser la représentation de l'état d'esprit de cette figure comme une partie intégrante de lui-même. Ainsi, la frontière entre l'expérience du soi et celle de l'autre serait perturbée. Conséquemment, cela pourrait amener l'enfant à développer diverses formes de psychopathologie (Slade, 2005). Les théories de la mentalisation et du fonctionnement réflexif mettent donc en lumière la fonction essentielle des figures parentales comme médiateurs, réflecteurs, modérateurs et interprètes de la vie intrapsychique de l'enfant.

Une perspective complémentaire est offerte par la théorie liée au système de *caregiving* qui souligne l'importance des représentations mentales des figures parentales sur les interactions parents-enfants. En effet, les comportements des figures d'attachement sont régis par le système de *caregiving* qui est distinct du système d'attachement (Bowlby, 1988). Le but du système de *caregiving* est d'assurer la sécurité de l'enfant (Solomon et George, 1996). Les comportements parentaux motivés par l'atteinte de ce but sont organisés autour de ce système représentationnel. Les signaux transmis par l'enfant activent le système de *caregiving*; cependant la qualité de la réponse parentale aux besoins de l'enfant est influencée par le système représentationnel du parent (p. ex., la perception qu'a le parent de son enfant et de sa relation avec lui: Bekhechi-Mistycki et Guedeney, 2008; George et Solomon, 1999). Par exemple, les dyades mère-enfant qui présentent les particularités d'un attachement sécuritaire se caractérisent par une flexibilité représentationnelle du *caregiving* (George et Solomon, 1999). Les mères évaluent leur enfant et leur relation avec celui-ci en tenant compte de la situation, des besoins développementaux et de la personnalité de l'enfant. À l'opposé, les mères plus rejetantes peuvent interpréter la détresse de leur enfant comme une tentative de manipulation (Solomon et George, 1996). Les mères ayant un système de *caregiving* abdiqué, quant à elles, ont tendance à se sentir impuissantes, en perte de contrôle et considèrent qu'elles manquent de ressources appropriées pour gérer les situations nécessitant une prestation de soins. Ainsi, la nature des représentations parentales influencerait la réponse des parents face à l'enfant et influencerait donc ultimement les interactions et l'organisation de la relation d'attachement de celui-ci (Bekhechi-Mistycki et Guedeney, 2008; George et Solomon, 1999). Conséquemment, la disponibilité émotionnelle des figures d'attachement ainsi que leurs manières de répondre aux besoins de l'enfant influenceraient grandement le développement des représentations mentales de soi et des autres chez l'enfant (Bowlby, 1982).

1.4 L'évaluation collaborative/thérapeutique et les représentations mentales

Tant pour l'É.T.-E. que pour les théories de la mentalisation et du *caregiving*, les représentations mentales des parents et les interactions parents-enfants sont largement reconnues comme des éléments clés dans le développement affectif et représentationnel de l'enfant. C'est dans cette perspective que nous avons choisi d'accorder une attention particulière aux représentations mentales des enfants dans notre étude, considérées ici comme des indicateurs de changement chez l'enfant. Nous nous intéressons plus précisément à la manière dont la transformation des dynamiques relationnelles familiales, ainsi que l'émergence de nouvelles représentations mentales des parents à l'égard de leur enfant — telles que souhaitées et favorisées par le processus d'évaluation collaborative/thérapeutique que nous avons

employé (lui-même directement inspiré de l'É.T.-E.) — peuvent influencer le monde représentationnel de l'enfant.

Comme mentionné précédemment, les recherches autour de l'É.T.-E. contribuent à affiner la compréhension et l'application du modèle, ainsi que son impact sur les familles (Smith, 2010). Cependant, des études empiriques rigoureuses sont encore nécessaires pour cerner les mécanismes précis de changement activés par ce type d'évaluation (Tharinger *et al.*, 2022). Il apparaît essentiel de poursuivre les recherches auprès d'enfants et de familles confrontés à une diversité de problématiques cliniques. Par ailleurs, l'utilisation continue de devis à séries temporelles dans l'étude de l'É.T.-E. pourrait permettre de recueillir des données additionnelles venant soutenir, de manière plus approfondie, la trajectoire de changement théorisée par Finn (2007). Dans cette optique, il est essentiel de poursuivre l'exploration des différentes étapes du processus de l'É.T.-E. afin de repérer plus finement la nature et le moment des changements observés (Tharinger *et al.*, 2012).

Comme nous l'avons vu dans une section précédente, les études menées dans le cadre de l'É.T.-E. — qu'il s'agisse d'études de cas, de comparaisons de groupes ou de séries temporelles à cas unique — rapportent généralement une diminution des symptômes et des comportements problématiques chez l'enfant (p. ex., hyperactivité, crises de colère, dépression, anxiété). Toutefois, les données concernant les changements représentationnels chez l'enfant demeurent rares et fragmentaires. Si ces résultats indiquent que l'É.T.-E. a des effets cliniques notables, ils ne permettent pas encore de comprendre pleinement les mécanismes sous-jacents à ces changements. Plus précisément, les recherches conçues autour de devis à séries temporelles effectuées sur l'É.T.-E. ont porté presque exclusivement sur l'évolution des symptômes chez l'enfant au fil du processus, en se basant principalement sur les rapports des parents recueillis à l'aide de mesures quotidiennes. Bien que ces données soient précieuses, elles laissent en suspens une question centrale : quelle est la nature des changements psychiques internes, notamment sur le plan représentationnel, chez l'enfant lui-même?

1.5 Objectifs et hypothèse de recherche

À la lumière des théories de la mentalisation, du *caregiving* et des données empiriques sur l'É.T.-E., il semble pertinent d'examiner l'évolution des représentations mentales de l'enfant, avant, pendant et après l'évaluation. Une telle exploration permettrait de mieux comprendre les mécanismes de changement à l'œuvre chez l'enfant, qu'ils soient symptomatiques, affectifs ou cognitifs. Si des

transformations positives étaient repérées dans les indices représentationnels chez l'enfant au cours du processus d'évaluation collaborative/thérapeutique de l'enfant, cela viendrait enrichir les fondements empiriques des modèles collaboratifs et thérapeutiques (dont l'É.T.-E.), tout en contribuant à une compréhension plus nuancée des effets de cette approche sur le développement psychique de l'enfant. Ces questions se trouvent donc au cœur de nos objectifs de recherche que nous allons maintenant énoncer.

Notre étude est fondamentalement exploratoire. D'une part, le *premier objectif* spécifique visé consiste à vérifier si le processus d'évaluation collaborative/thérapeutique (É.C./T.) inspiré de l'É.T.-E., est associé à des changements chez l'enfant, que ce soit en termes de variations des moyennes des indices représentationnels pré-identifiés entre les différentes phases du processus, ou de changement de leur trajectoire dans le temps. Les indices que nous avons retenus sur la base des travaux revus, et qui sont présentés plus en détails à la section 3.4.5, sont (1) la représentation de soi des enfants; (2) les représentations qu'ils se font de leurs parents et de leur relation ensemble; et (3) l'humeur associée à ces représentations. Pour ce faire, un plan de recherche à séries temporelles – impliquant une prise de mesures quotidiennes auprès de l'enfant – sera utilisé afin de suivre les changements à ces variables au cours du processus clinique d'évaluation et lors d'une séance post-intervention/relance quatre à six semaines suite au bilan fait à l'enfant.

Cette prise de mesures quotidiennes permettra par ailleurs de répondre à un *deuxième objectif*, soit d'identifier si des étapes précises du processus sont associées aux changements dans ces mêmes indices chez les enfants. Comme nous le verrons plus en détails dans le chapitre 3 présentant l'article scientifique, le recours à quelques indices seulement de représentations mentales comme mesures quotidiennes auprès des enfants constitue un compromis afin que le questionnaire demeure court, mais il permettant en contrepartie de suivre pas à pas leurs modifications, le cas échéant, tout au long du déroulement du processus.

Dans la perspective d'enrichir plus le portrait des changements aux représentations mentales des enfants, des mesures plus nuancées (mais d'administration plus longue) seront aussi utilisées. Ces mesures sont issues de la cotation d'histoires produites par les enfants au *Thematic Aperception Test* (TAT) au moyen de la *Social Cognition and Object Relations Scale – Global* (SCORS-G). Nous revenons plus en détails sur ces mesures à la section 2.4.. Ainsi, le *troisième objectif* spécifique de cette étude vise à vérifier si les représentations cognitives et affectives de soi et des autres des enfants tendent à devenir plus matures et

adaptées au cours d'une évaluation collaborative/thérapeutique. Cet objectif sera étudié en comparant les scores à trois temps de mesure, soit : (1) immédiatement après les rencontres d'accueil de la demande; (2) suite aux rencontres de testing et d'intervention brève; et (3) lors d'une séance post-intervention/relance (quatre à six semaines post-bilan). Nous faisons ainsi l'hypothèse que l'administration d'un test projectif pourrait permettre de contourner les biais possibles de désirabilité sociale ou d'habituation aux mesures quotidiennes auto-rapportées. De plus, à la lumière des études portant sur l'É.T.-E., qui mettent en évidence des changements dans les représentations parentales, ainsi que des théories de la mentalisation, on peut s'attendre à ce que les représentations des enfants évoluent vers une meilleure adaptation.

CHAPITRE 2

Complément méthodologique

Ce chapitre, qui précède l'article, présente le processus de recrutement des familles, ainsi que l'organisation distincte du travail des équipes clinique et de recherche. Il détaille également les modalités de supervision, assurant la rigueur méthodologique et le respect des principes déontologiques. Une section est consacrée au traitement anonymisé des données cliniques. Enfin, une description approfondie de la *Social Cognition and Object Relations Scale – Global* (SCORS-G), l'outil utilisé pour recueillir les mesures aux trois temps prédéterminés, est proposée.

2.1 Processus de recrutement

L'étude présentée dans cet essai porte sur les données de trois familles, données colligées dans le cadre d'un programme de recherche plus large portant sur l'évaluation collaborative et qui est toujours en cours. Dans le cadre du programme, le recrutement des familles participantes s'appuie principalement sur le réseau professionnel de l'équipe de recherche, notamment par l'intermédiaire de psychologues en pratique. Ces derniers sont invités à transmettre une brochure d'information à des familles susceptibles d'être intéressées, afin que celles-ci prennent l'initiative de communiquer directement avec le responsable de la recherche.

Lorsqu'une famille exprime de l'intérêt pour le projet, un appel téléphonique est organisé avec le responsable de la recherche afin de vérifier si elle répond aux critères d'admissibilité ou si des motifs d'exclusion s'appliquent (ces critères sont détaillés dans l'article). Si la participation ne peut être retenue, des ressources complémentaires sont proposées afin de soutenir la famille dans sa démarche de recherche d'aide.

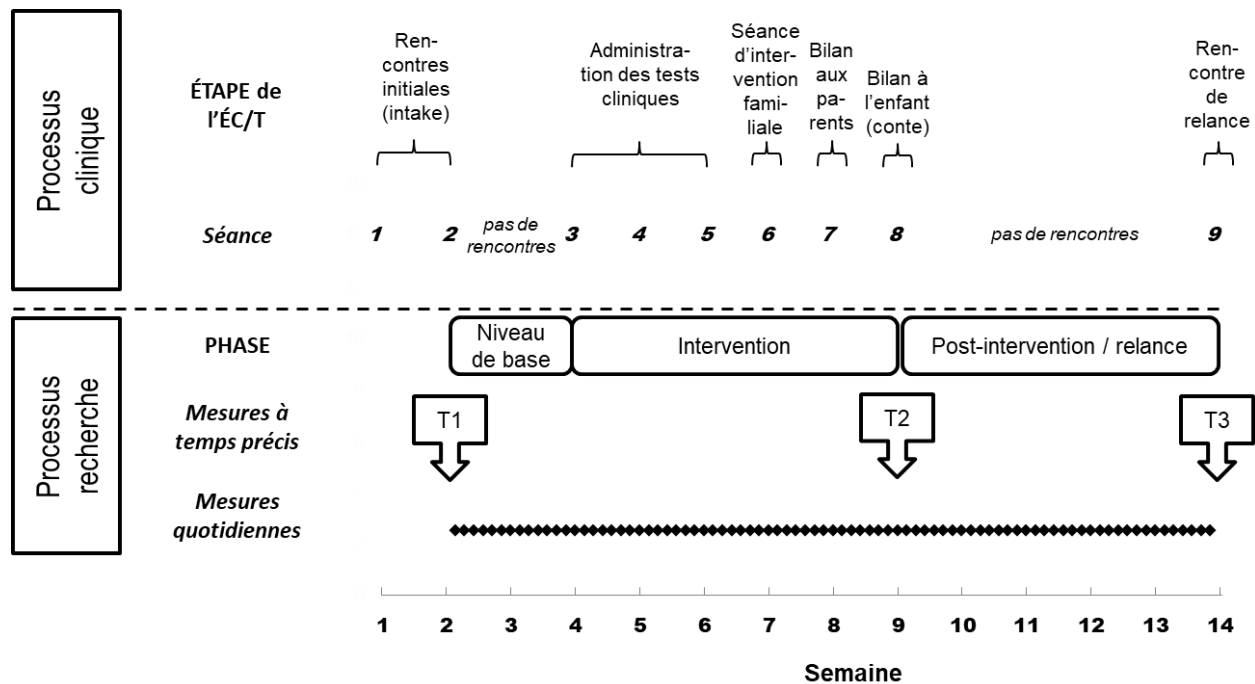
Par ailleurs, la collecte étant réalisée par phases successives, la diffusion du matériel promotionnel est interrompue dès que le nombre de familles requis est atteint. Toute famille prenant contact après cette étape est alors informée que le recrutement est terminé.

2.2 Organisation du travail clinique et de recherche

Afin d'assurer à la fois le suivi des effets du processus d'évaluation collaborative/thérapeutique (É.C./T.-E.) et la validité des résultats recueillis, des mesures ont été mises en place pour séparer rigoureusement les

volets clinique et recherche. L'objectif était de prévenir toute influence réciproque entre les deux processus, ainsi que de rassurer les familles sur la confidentialité des informations partagées. La Figure 2.1 présente une description du prototype de déroulement des processus clinique et de recherche dans une É.C./T. où le lecteur peut repérer les étapes de l'évaluation clinique dans la partie supérieure de même que les phases de l'étude et les mesures qui leur sont associées dans la partie inférieure.

Figure 2.1. Déroulement prototypique des processus clinique et de recherche dans une Évaluation collaborative/thérapeutique



Note. Si les besoins cliniques nécessitent l'ajout de séances au processus clinique, le processus de recherche est ajusté en conséquence pour préserver les temps de mesure.

2.2.1 Équipe clinique

Deux doctorantes en psychologie – incluant l'auteure du présent essai –, ayant complété des stages pratiques, ont mené les interventions cliniques auprès des familles sélectionnées : L'une était responsable des rencontres avec l'enfant ; l'autre assurait le suivi auprès des parents. Les deux cliniciennes travaillaient de manière complémentaire tout en demeurant aveugles aux données issues du volet recherche, afin d'éviter toute interférence.

2.2.2 Équipe de recherche

Parallèlement, deux autres doctorants ont assumé les fonctions d'auxiliaires de recherche : Gestion et collecte des mesures quotidiennes (papier ou électroniques) ; administration des outils de mesure supplémentaires aux moments prévus dans le protocole ; organisation des données recueillies pour l'analyse subséquente. À l'instar de leurs collègues cliniciennes, les auxiliaires de recherche n'avaient aucun accès au contenu clinique échangé avec les familles, assurant ainsi une séparation stricte entre les deux sphères d'intervention.

2.2.3 Supervision

Les doctorants ont été supervisés tout au long du projet par deux psychologues membres de l'Ordre des psychologues du Québec (OPQ), dont le directeur de recherche, tous deux spécialisés en évaluation collaborative. Cette supervision garantissait le respect de la rigueur méthodologique et déontologique, tant au niveau clinique que scientifique.

2.3 Traitement des données cliniques

Dans cette étude, l'analyse s'est concentrée uniquement sur des données dépersonnalisées. Plus précisément, les mesures quotidiennes ont été recueillies directement auprès des enfants via des questionnaires auto-administrés, tandis que les mesures à temps fixes ont été obtenues à partir de l'analyse des réponses anonymisées au TAT (test projectif). Pendant le processus clinique d'évaluation, l'autrice de l'essai, qui agissait comme l'une des co-évaluatrices pour les trois cas participants à l'étude présentée au chapitre suivant, est demeurée aveugle — tout comme l'autre co-évaluatrice — à l'ensemble des mesures recueillies aux fins de la recherche. Cependant, au terme de la phase d'analyse des résultats, l'autrice a pu identifier les participants, ce qui a permis d'enrichir l'interprétation des résultats grâce à l'intégration d'observations et de notes cliniques, apportant ainsi un éclairage complémentaire sur l'évolution des cas étudiés. Ces observations sont intégrées à l'article, ainsi qu'aux chapitres « compléments aux résultats » et « discussion générale ».

2.4 La *Social Cognition and Object Relations Scale - Global* (SCORS-G)

Les données touchant aux mesures à temps prédéterminés proviennent de la cotation quantitative d'histoires à huit planches du *Thematic Apperception Test* (TAT) administrées aux enfants aux trois temps dans le processus d'évaluation. La cotation des histoires produites a été faite à l'aide du *Social Cognition*

and Object Relations Scale - Global (SCORS-G; Stein *et al.*, 2011) afin de décrire les changements, le cas échéant, au sein de plusieurs dimensions des représentations cognitives et affectives de soi et des autres des enfants. Le SCORS-G comporte huit dimensions qui s'intéressent à différents aspects de la relation d'objet et différents aspects cliniques liés à la psychopathologie et la personnalité (Stein et Slavin-Mulford, 2017). Les huit dimensions traduites en français par Bouvet (2010) peuvent ensuite être agrégées en trois facteurs comme le montre le Tableau 2.1. L'utilisation du TAT pour la cotation du SCORS-G s'appuie sur la proposition de Stein et ses collaborateurs (2022) dont les travaux ont montré la validité et l'applicabilité de cette approche de cotation de récits au TAT avec les enfants. Par ailleurs, ce choix permet de maintenir la disponibilité des autres épreuves projectives pour l'évaluation clinique, en limitant les doublons dans l'administration des instruments. Le SCORS-G constitue un système de cotation des récits du TAT permettant d'appréhender de façon multidimensionnelle les représentations de soi et d'autrui ainsi que le fonctionnement socio-cognitif. Il repose sur un appui empirique solide, ses qualités psychométriques et son utilité clinique ayant été démontrées dans plusieurs travaux (voir à ce propos la recension des écrits de Stein et Slavin-Mulford, 2017). Son utilisation est généralement recommandée sur au moins huit cartes du TAT afin d'assurer une fidélité adéquate des scores (Stein *et al.*, 2011).

2.4.1 Le Facteur cognitif

Le Facteur cognitif regroupe deux dimensions. La première, la « Complexité des représentations des individus » (CR) mesure la présence d'états internes et la capacité à comprendre et à différencier les sentiments personnels et ceux des autres (p. ex. absence d'état interne, descriptions nuancés et élaborées des états interne, fusion, différenciation des personnes). La seconde, la « Compréhension de la causalité sociale » (CC), évalue quant à elle la longueur, les détails, les nuances, la cohérence et l'organisation des récits élaborés (p. ex. récit désorganisé ou récit détaillé avec un fil conducteur, interprétations des comportements des personnes).

2.4.2 Le Facteur affectif

Le Facteur affectif est composé, lui, de quatre dimensions. Tout d'abord, la « Capacité d'investissement affectif dans les relations » (IA) analyse les interactions et la qualité des relations interpersonnelles pour mieux cerner la capacité à l'intimité et au partage émotionnel au sein des relations avec les autres (p. ex. besoin de gratification, sadisme, respect de l'autre, interdépendance). Ensuite, « l'investissement des valeurs et des normes morales » (IN) mesure le rapport et les perceptions liés aux thèmes de la moralité

Tableau 2.1 Tableau synoptique des facteurs et de leurs dimensions à la *Social Cognition and Object Relations Scale – Global* (SCORS-G)

Dimension	Abréviation	Construit mesuré
<i>Facteur cognitif</i>		
Complexité des représentations des individus	CR	• états internes des protagonistes • compréhension et différenciation des sentiments personnels de ceux des autres
Compréhension de la causalité sociale	CC	• cohérence et organisation des récits • interprétation des comportements des protagonistes
<i>Facteur affectif</i>		
Capacité d'investissement affectif dans les relations	IA	• capacité à l'intimité et au partage émotionnel au sein des relations chez les protagonistes
Investissement des valeurs et des normes morales	IN	• rapport des protagonistes à la moralité, l'empathie ou la compassion
Qualité affective des relations	QA	• expérience affective des protagonistes • atmosphère affective de l'environnement
Ressenti et gestion des impulsions agressives	RA	• capacité à ressentir, moduler et exprimer l'agressivité chez les protagonistes
<i>Facteur soi</i>		
Estime de soi	ES	• qualité de l'image de soi des protagonistes (expression d'autocritique, de haine de soi, d'autocompassion, de satisfaction de soi, etc.)
Identité et cohérence du soi	IC	• degré d'intégration de l'identité et d'investissement d'objectifs de vie des protagonistes

Note. Le nom des dimensions correspond à la traduction française de Bouvet (2010).

et de la compassion envers autrui (p. ex. absence ou présence de remords ou d'empathie). La « Qualité affective des relations » (QA) évalue l'expérience affective des autres et de l'environnement (p. ex. malveillants, dangereux, soutenant, plaisants). Puis, le « Ressenti et gestion des impulsions agressives » (RA) examine la capacité de ressentir, de moduler et d'exprimer l'agressivité (p. ex. violence physique, affirmation de soi, résolution de conflit).

2.4.3 Le Facteur soi

Le « Facteur soi » contient deux dimensions. Premièrement, « l'Estime de soi » (ES) qui mesure le langage spécifique, la manière dont l'image de soi est explicitée (p. ex. autocritique, haine de soi, autocompassion, satisfaction de soi). Deuxièmement, « l'Identité et cohérence du soi » (IC) qui évalue le niveau de l'intégration de l'identité et de l'investissement d'objectifs de vie (p. ex. sentiment du soi fragile, expression de ses besoins et ses désirs, investissement dans l'accomplissement de ses objectifs).

2.4.4 Particularités des dimensions

Les dimensions IA, IN, RA, CR, CC sont considérées développementales (Stein et Slavin-Mulford, 2017), c'est-à-dire que leurs scores (du plus bas au plus haut) suivent la trajectoire du développement de la structuration du Moi, de l'enfance à l'âge adulte par contraste avec les dimensions QA, ES et IC.

Les scores aux huit dimensions varient de 1 à 7 (allant d'un fonctionnement plus pathologique et limité à un fonctionnement plus mature et complexe) et peuvent être séparés en trois catégories (Stein et Slavin-Mulford, 2017). La première catégorie correspond au rang « primitif » ($1 \leq \text{score} < 3$), la deuxième au rang « moyen » ($3 \leq \text{score} < 5$) et la troisième au rang « mature » ($5 \leq \text{score} < 7$).

CHAPITRE 3

CHANGEMENTS AUX REPRÉSENTATIONS MENTALES D'ENFANTS AU COURS D'ÉVALUATIONS COLLABORATIVES/THÉRAPEUTIQUES : UNE RECHERCHE CENTRÉE SUR L'ENFANT^{1,2}

3.1 Résumé

Introduction : Cette étude vise à explorer les changements de représentations mentales chez trois enfants découlant d'évaluations collaboratives/thérapeutiques de l'enfant (ÉC/T-E). Objectif : L'originalité de l'étude réside dans l'accent qui est mis sur les réponses des enfants eux-mêmes comme indicateurs de leurs transformations internes, plutôt que sur des évaluations produites par des tiers. Méthode : L'étude comporte des mesures quotidiennes analysées au moyen de séries temporelles, ainsi que des mesures issues de la cotation au moyen du SCORS-G d'histoires à huit planches du TAT prises à moments fixes, correspondant à la fin de trois phases du processus d'évaluation (niveau de base, intervention, post-intervention/relance). Résultats : Les analyses de séries temporelles des mesures quotidiennes montrent une amélioration statistiquement significative de la qualité des représentations mentales chez l'un des enfants à la phase d'intervention et à la phase post-intervention/relance. Du côté des mesures à temps fixes, à quelques exceptions près, les moyennes et tailles d'effet indiquent globalement que les scores aux trois facteurs du SCORS-G (cognitif, affectif et soi) augmentent significativement du Temps 1 au Temps 3 pour tous les enfants. Conclusion : Des mouvements vers l'adaptation dans les représentations mentales apparaissent soutenus par l'ÉC/T-E chez les enfants. Par ailleurs, plusieurs des changements observés se poursuivent post-intervention chez certains d'entre eux. L'ÉC/T apparaît donc servir des objectifs thérapeutiques brefs dans certaines conditions.

Mots-clés : évaluation collaborative/thérapeutique de l'enfant, processus de changement, représentations mentales de l'enfant, séries temporelles, *Social Cognition and Object Relations Scale-Global* (SCORS-G).

3.2 Abstract

Introduction: This study aims at exploring changes in mental representations among three children resulting from collaborative/therapeutic assessments of the child (C/TA-C). Objective: The originality of the study lies in its emphasis on the children's own responses as indicators of their internal transformations, rather than on evaluations produced by third parties. Method: The study includes daily measures analyzed using time-series, as well as measures derived from the SCORS-G rating of eight TAT stories taken at fixed time points, corresponding to the end of three phases of the assessment process (baseline, intervention, post-intervention/follow-up). Results: Time-series analyses of the daily measures show a statistically significant improvement in the quality of mental representations in one of the children

¹ Gosselin-Leclerc, C., Dubé, J. É. et Noël, R. (2025). *Changements aux représentations mentales d'enfants au cours d'évaluations collaboratives/thérapeutiques : une recherche centrée sur l'enfant*. Manuscrit soumis pour publication.

² Les auteurs souhaitent remercier Gabrielle Thibodeau-Laufer pour son soutien au cours de la cotation avec le SCORS-G. Une version préliminaire de cet article a été présentée au XXIV^e Congrès de la Société internationale du Rorschach et des méthodes projectives qui s'est tenu du 9 au 12 juillet 2024 à Copenhague, Danemark.

during both the intervention and the post-intervention/follow-up phases. Regarding the fixed-time measures, with a few exceptions, the means and effect sizes generally indicate that scores on the three SCORS-G factors (cognitive, affective, and self) significantly increase from Time 1 to Time 3 for all children. Conclusion: Movements toward adaptation in mental representations appear to be supported by C/TA-C in children. Moreover, several of the observed changes continue post-intervention in some of them. C/TA-C thus appears to serve brief therapeutic purposes under certain conditions.

Keywords: collaborative/therapeutic assessment of the child, change process, children's mental representations, time-series, Social Cognition and Object Relations Scale–Global (SCORS-G).

3.3 Introduction

Dans l'approche traditionnelle de l'évaluation psychologique de l'enfant, les psychologues ont tendance à centrer leur attention sur leurs observations de ce dernier et sur les résultats aux tests administrés, et l'implication des parents dans le processus tend à être limitée Smith (2010). Ceux-ci sont en effet perçus essentiellement comme des informateurs et ils ne sont généralement vus qu'en début (pour établir les motifs de consultation et procéder à l'anamnèse, par exemple) et en fin (pour leur communiquer un bilan et des recommandations) d'évaluation (Dubé et Noël, 2015). Différentes explications ont été offertes à cette mise à distance des parents par les psychologues, dont un désir d'objectivité « pure », une réaction contre-transférentielle inconsciente aux réserves des parents à confier leur enfant à un tiers qui saurait mieux s'y prendre qu'eux, un « fantasme du sauveur », etc. (pour une revue, voir Novick et Novick, 2011).

Cependant, un certain nombre de psychologues d'enfants ont progressivement relevé depuis plusieurs années l'importance d'intégrer des éléments d'une approche plus systémique dans l'évaluation psychologique infantile (Smith *et al.*, 2010; pour un historique, voir aussi Tharinger *et al.*, 2022). D'une part, ils soutiennent que des aspects de la dynamique familiale (dont parentale) agissent régulièrement pour entretenir les difficultés de l'enfant et que l'investigation doit donc s'effectuer au-delà des seuls symptômes chez celui-ci (Novick et Novick, 2011; Palacio Espasa et Knauer, 1996). De plus, ils soulignent que les parents peuvent être des « partenaires de travail » et qu'il s'avère bénéfique à court et plus long terme, pour eux comme pour l'enfant, de les impliquer tout au long du processus d'évaluation (Novick et Novick, 2011; Tharinger *et al.*, 2009). Suivant cette perspective, la collaboration avec les parents permettrait d'amorcer certains processus de changement chez ceux-ci. Notamment, elle permettrait d'amplifier ou de faire renaître en eux une véritable empathie pour leur enfant ou encore qu'ils le perçoivent davantage comme une personne distincte, ce qui permettrait d'amorcer sur ces bases certains changements chez l'enfant en retour (Tharinger *et al.*, 2012). L'importance et la permanence des

changements chez les enfants reposeraient pratiquement dans tous les cas sur la capacité des parents à changer et à supporter l'enfant dans son développement.

C'est dans cette perspective, par exemple, que le modèle de l'Évaluation Thérapeutique de l'enfant (É.T.-E.) a été créé (Frackowiak *et al.*, 2015). Cette forme nouvelle d'évaluation collaborative intègre une intervention thérapeutique brève et semi-structurée, visant la dynamique familiale actuelle, ayant pour cible centrale les parents. Cela demande une implication active des enfants et des parents dans un processus en plusieurs étapes (Tharinger *et al.*, 2012).

3.3.1 Les étapes de l'évaluation collaborative/thérapeutique

Le processus d'évaluation utilisé dans le protocole de recherche de la présente étude est directement inspiré de celui de l'É.T.-E. (Tharinger *et al.*, 2012). Il est divisé en six étapes distinctes.

3.3.1.1 Étape 1 : entretiens préliminaires

À la première rencontre, les deux parents sont rencontrés sans l'enfant. Un temps est consacré à accueillir la demande, revoir les difficultés et symptômes de l'enfant motivant la consultation, clarifier la structure et les liens familiaux, et amorcer un historique de l'évolution des difficultés et de ce qui a été tenté jusque-là. Assez rapidement, les deux co-évaluateurs et les parents travaillent en collaboration afin de formuler des questions précises liées à la demande d'évaluation, c'est-à-dire en lien avec des inquiétudes que les parents ont face à l'enfant et à leur relation avec celui-ci (Aschieri *et al.*, 2013). Les questions ainsi formulées éclairent le clinicien sur les choix d'instruments qui seront administrés à l'enfant et sur les activités qui seront mises en place afin de répondre à ces questions. Puis, lors d'une deuxième rencontre qui se déroule généralement la semaine suivante, les parents et leur enfant sont reçus ensemble. Cette rencontre est prévue afin que les cliniciens puissent rencontrer l'enfant et observer pour une première fois les interactions familiales, compléter l'anamnèse associative au besoin et terminer de préciser les questions d'évaluation. Il est prévu que l'enfant puisse ajouter, s'il le désire, ses propres questions liées à son évaluation (Finn et Chudzik, 2013).

3.3.1.2 Étape 2 : administration des tests à l'enfant et accompagnement des observations faites par les parents

De deux à trois rencontres permettent ensuite qu'un des co-évaluateurs administre divers tests et procède à différentes tâches cliniques avec l'enfant en fonction des questions d'évaluation qui ont été identifiées

à la première étape. L'administration des tests a pour objectif de récolter des données qui permettront de répondre aux questions d'évaluation tout en ayant une visée thérapeutique en offrant à l'enfant un moyen pour exprimer — indirectement à ses parents qui le regardent, et à son co-évaluateur — ses représentations liées aux problématiques préalablement identifiées par la famille (Smith, 2010). Pendant cette étape, les parents, soutenus par le second co-évaluateur, observent dans une autre pièce l'administration des tests à leur enfant au moyen d'un lien vidéo. Il est important de noter que l'enfant est avisé de cette procédure. Quoiqu'ils puissent s'y opposer, nous n'avons toutefois jamais rencontré d'enfants en ayant fait la demande. En fait, beaucoup d'enfants semblent trouver que c'est amusant et semblent oublier la caméra très vite; certains autres en profitent clairement pour transmettre des messages à leurs parents. Les parents sont encouragés à exprimer leurs observations, à réagir, à discuter de leurs réactions et de leurs interprétations du comportement de leur enfant. Le co-évaluateur les accompagne afin de les supporter émotionnellement et de souligner l'importance de certaines réponses ou interactions de l'enfant (Aschieri *et al.*, 2013). Le tout amorce déjà en partie le travail thérapeutique bref complétant l'évaluation.

3.3.1.3 Étape 3 : séance d'intervention familiale

Une fois l'administration des tests complétée, une séance d'intervention familiale est organisée autour d'une tâche choisie selon les dynamiques familiales observées et selon les résultats obtenus aux différents tests cliniques. Cette troisième étape permet aux cliniciens de tester leurs hypothèses systémiques cliniques (Finn et Chudzik, 2013) et d'expérimenter certaines interventions touchant aux problématiques du système familial préalablement identifiées (Frackowiak *et al.*, 2015). Elle permet aussi à la famille de mieux comprendre comment certains types d'interactions familiales peuvent aider ou nuire à l'accueil et au traitement des comportements problématiques de l'enfant (Smith, 2010).

3.3.1.4 Étape 4 : séance de bilan et discussion des résultats avec les parents

Un bilan des résultats est d'abord présenté aux parents seuls; celui-ci prend la forme d'une discussion avec eux plutôt que de la lecture d'un rapport ou toute autre présentation très formelle. Les objectifs de cette séance sont de présenter des résultats de l'évaluation, de faire des liens entre ce que l'évaluation a permis d'apprendre et les questions d'évaluation qui avaient été formulées, ainsi que de proposer des recommandations. Les parents sont invités à réagir, poser leurs questions et partager leurs observations. Durant cette séance, les co-évaluateurs et les parents discutent par ailleurs du contenu des informations

en lien avec les résultats qui seront présentés à l'enfant sous forme de conte à la séance suivante (Finn et Chudzik, 2013).

3.3.1.5 Étape 5 : séance de restitution des résultats à l'enfant au moyen d'un conte personnalisé

À la rencontre suivante, un bilan prenant la forme d'un conte personnalisé est présenté à l'enfant et à ses parents; le conte présente les résultats clés de l'évaluation et de nouvelles solutions aux problématiques cernées (Tharinger *et al.*, 2008) dans un langage qui tient compte de l'âge, du stade de développement et des capacités émotionnelles et cognitives de l'enfant (Aschieri *et al.*, 2013; Smith, 2010). Dans le conte se retrouvent des métaphores et des personnages inspirés de réponses de l'enfant aux tests cliniques. Le récit élaboré dans le conte suit un trajet prototypique : situation initiale; compréhension révisée des difficultés et des interactions familiales; changements amorcés et pistes de solution possibles (Tharinger *et al.*, 2008). Le conte a comme visée de stimuler l'imagination de l'enfant tout en préservant aussi une distance qui lui permet d'assimiler progressivement l'information. À la fin de cette séance, l'enfant peut, s'il le désire, modifier certains aspects de l'histoire.

3.3.1.6 Étape 6 : séance de relance post-intervention

Enfin, une rencontre de relance est effectuée environ six semaines après la restitution à l'enfant. Durant cette séance, les discussions portent sur les progrès ou changements (symptomatiques ou autres) liés à l'enfant, sur les modifications dans les interactions et la cohésion familiale, et sur le suivi donné aux recommandations. De plus, elle permet de rappeler aux familles les enjeux thérapeutiques majeurs et de répondre aux questionnements qui ont surgi suite à l'intervention. Pour Finn et Chudzik (2013), cette séance sert de « piqure de rappel » aux aspects thérapeutiques amorcés par le processus d'évaluation.

3.3.2 Changements aux représentations mentales en évaluation collaborative/thérapeutique

En ce qui a trait aux liens entre les différentes formes d'évaluation collaborative et/ou thérapeutique et les changements chez l'enfant ou ses parents, plusieurs études ont montré une diminution de la symptomatologie (p. ex. dépression, anxiété) ou des comportements problématiques de l'enfant (p. ex. hyperactivité, crises de colère, Hansson *et al.*, 2016; Lochman *et al.*, 2024; Smith *et al.*, 2010; Tharinger *et al.*, 2009), une diminution des émotions négatives des mères envers leur enfant (Tharinger *et al.*, 2009), une amélioration du sentiment d'efficacité des parents (Tharinger *et al.*, 2007), des améliorations de la relation parent-enfant (Brodard *et al.*, 2019), et une appréciation globale des parents pour le processus

(Brodard *et al.*, 2019; Smith *et al.*, 2009). Toutefois, seules quelques études, que nous allons maintenant revoir plus en détails, donnent certaines indications pertinentes mais incomplètes quant aux changements représentationnels chez l'enfant au cours du processus d'évaluation.

En ce qui touche aux études de cas, Mutchnick et Handler (2002) exposent comment le conte aurait permis à un enfant de mieux comprendre de nouvelles informations de nature complexe sur lui-même sans que ce soit trop confrontant pour celui-ci. Dubé et Noël (2015) illustrent quant à eux comment l'étape du bilan fait à l'enfant et ses parents a permis de revisiter et de mettre en mots des préoccupations affectives anciennes d'un enfant de 7 ans. Ensuite, Chudzik et ses collègues (2019) présentent l'évolution d'un enfant pendant les différentes étapes d'une É.T.-E, exposent le potentiel thérapeutique que peut avoir le bilan psychologique sur toute la famille et comment, à travers diverses techniques d'évaluation, l'enfant se sort progressivement d'affects dépressifs et les parents prennent conscience de l'isolement dans lequel chaque membre de la famille se retrouvait.

Quant à elles, des études quantitatives montrent notamment une amélioration du fonctionnement familial selon les enfants et leur mère au terme de l'évaluation (Tharinger *et al.*, 2009), que le bilan sous forme de conte permet aux enfants et à leurs parents d'en apprendre davantage à propos d'eux-mêmes et de leurs problèmes (Tharinger et Pilgrim, 2012), et que les enfants ont l'impression que leurs parents ont une meilleure compréhension de leurs problèmes (Tharinger et Pilgrim, 2012).

Finalement, pour étudier l'impact que peuvent avoir les différentes étapes d'une É.T. E. sur les familles, la méthodologie des séries temporelles pour cas unique a été utilisée dans différentes études afin de suivre leur évolution et d'examiner l'impact clinique des différentes phases. Une série d'études dirigées par Smith et ses collègues rapportent : une amélioration de la régulation affective d'un enfant (selon sa mère et son beau-père) ainsi qu'une diminution de ses comportements agressifs envers sa mère, observées dès la phase d'intervention, de même qu'une amélioration des problèmes internalisés et externalisés en phase post-intervention (Smith *et al.*, 2009); des améliorations significatives, entre le début et la fin de l'évaluation, des comportements oppositionnels de trois enfants et de la détresse familiale, selon les parents (Smith *et al.*, 2010); et, enfin, une amélioration marquée, après la séance familiale et maintenue en phase de relance, de la détresse familiale, de l'estime de soi de l'enfant (selon le père et l'enfant) et de ses interactions positives avec les pairs (selon l'enfant) (Smith *et al.*, 2011).

En bref, plusieurs effets positifs de différentes formes d'évaluation collaborative et/ou thérapeutique ont été observés (amélioration du fonctionnement familial et de la compréhension de soi et des problématiques familiales, diminutions des comportements d'opposition). Cependant, peu d'intérêt a été porté d'une part aux changements chez l'enfant lui-même (au-delà de la symptomatologie) selon sa perspective propre, et d'autre part à sa contribution au réaménagement de la dynamique familiale.

3.3.3 Objectifs de recherche

Pour cerner les mécanismes de changement dans les évaluations collaboratives et/ou thérapeutiques, Smith et ses collègues (2010; 2011; 2009) ont souligné la pertinence d'étudier, à l'aide de séries temporelles pour cas unique, les trajectoires de changement de ces mécanismes dans le temps afin d'identifier quand, au fil des différentes étapes du processus d'évaluation, ces changements s'opèrent. En pratique, toutefois, si l'enfant est celui qui les évalue, cela mène nécessairement à devoir sélectionner un nombre restreint de questions à lui poser tous les jours, donc à une mesure potentiellement plus sommaire de ces représentations. C'est pourquoi nous avons choisi de compléter le tout par un examen plus approfondi de celles-ci à trois temps du processus. Il est à noter que malgré les défis méthodologiques dans l'évaluation fiable des représentations mentales de l'enfant, des stratégies innovantes ont été développées afin d'accéder au monde interne des enfants, et ce, à des stades précoces (Ackerman et Dozier, 2005; Westen et Lohr, 1990). L'une des mesures les plus complètes et valides pour mesurer de multiples dimensions des représentations mentales des enfants est la *Social Cognition and Object Relations Scale-Global* (SCORS-G : Stein et Slavin-Mulford, 2017), celle que nous avons retenue.

En somme, l'objectif de notre étude était de vérifier si l'évaluation collaborative/thérapeutique s'accompagne de changements aux représentations mentales chez l'enfant. Ceci a été mesuré de deux manière distinctes mais complémentaires : (1) à partir de séries chronologiques sur trois indices de représentations mentales (soi, parent et humeur) et un score global (mesures plus sommaires); et (2) à partir de la comparaison des réponses à huit planches du *Thematic Apperception Test* (mesures plus approfondies) à trois temps du processus, analysées au moyen du SCORS-G.

3.4 Méthode

3.4.1 Participants

L'échantillon de cette étude était composé de trois enfants et de leurs parents, issus de trois familles distinctes ayant accepté de participer à une recherche sur le processus d'évaluation collaborative/thérapeutique de l'enfant conduite dans la grande région de Montréal. Les parents avaient tous consenti, pour eux et pour leur enfant, à prendre part volontairement au processus d'évaluation 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 extraits des enregistrements soient utilisés à des fins de recherche et de formation par les chercheurs responsables.

3.4.2 Critères d'inclusion et d'exclusion

Avant de pouvoir prendre part au programme de recherche d'où sont tirées les données pour la présente étude, les familles doivent rencontrer des critères d'inclusion et leur situation ne doit pas correspondre aux critères d'exclusion à la participation. Ces critères sont les suivants. L'enfant doit : être âgé entre 8 et 12 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, etc.); 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 (tels dyslexie, dysphasie, etc.). Quant aux parents, ils doivent : vivre ensemble et être motivés à participer tous deux à l'ensemble des rencontres prévues; parler couramment le français; 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. Les autres enfants des familles, le cas échéant, ne sont pas inclus dans l'étude.

3.4.3 Brève présentation des trois cas³

3.4.3.1 Amy

Dans le cas de la première famille, caucasienne et francophone, les parents rapportaient désirer consulter parce que leur fille Amy, âgée de 8 ans, semblait avoir de la difficulté à faire rapidement des choix la concernant, aussi simples soient-ils. D'autre part, elle semblait aussi avoir de la difficulté à gérer ses émotions. Il arrivait fréquemment qu'il y ait des conflits et des situations de crise dans la famille. De plus, certains comportements chez Amy inquiétaient ses parents, tels que ses réactions particulièrement intenses (p. ex. une grande tristesse et des pleurs) aux musiques plus nostalgiques ou l'accumulation d'objets usés ou inutiles. La famille a été reçue pour un processus d'évaluation collaborative/thérapeutique qui a compté 10 rencontres sur 17 semaines (en raison d'imprévis, d'annulations pour maladie et du congé de Noël). Pour cette famille, deux séances de bilan avec les parents ont été effectuées parce qu'il y avait de nombreux éléments à discuter. La séance de relance a été effectuée cinq semaines après la séance de bilan à l'enfant sous forme de conte.

3.4.3.2 Tristan

La deuxième famille qui a participé à l'étude était aussi caucasienne et francophone. Les parents désiraient consulter pour leur fils de 9 ans, Tristan, qui semblait avoir de la difficulté à suivre des directives, autant à l'école qu'à la maison, et faisait preuve de comportements oppositionnels par moments. Il semblait également avoir des difficultés de régulation émotionnelle et il arrivait fréquemment qu'il y ait des conflits et des crises dans la famille. Les parents se disaient aussi inquiets de ses pauvres aptitudes sociales ayant un impact négatif sur ses relations interpersonnelles. Les parents nous avaient informés que Tristan avait reçu un diagnostic de trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité. La famille a été reçue pour 10 rencontres sur 20 semaines. Deux séances ont été allouées au bilan avec les parents puisqu'il y avait de nombreux points à discuter. Il y a eu un délai de quatre semaines entre la dernière séance de bilan avec les parents et la séance de bilan sous forme de conte fait à l'enfant parce que la famille partait en vacances. Finalement, six semaines se sont écoulées entre la séance de bilan sous forme de conte et la séance de relance.

³ Il est à noter que des pseudonymes ont été choisis pour désigner chacun des enfants et que les informations pouvant mener à l'identification des participants (parents ou enfants) ont été maquillées.

3.4.3.3 Flor

La troisième famille qui a participé à l'étude était d'origine sud-américaine quoique Flor fût née au Québec. Si l'espagnol était la langue parlée à la maison, tous maîtrisaient bien le français. Les parents rapportaient vouloir consulter parce que Flor, 11 ans, présentait un caractère opposant et une tendance à l'impulsivité. Entre autres, elle pouvait avoir des explosions de colère face à l'expression de limites à la maison, particulièrement avec sa mère. Lors de ces épisodes de colère, elle pouvait crier, insulter ses parents, faire des menaces, devenir très agitée corporellement, lancer des objets et avoir des idées noires inquiétantes. Les parents précisaient qu'après ses épisodes de colère, Flor se retrouvait régulièrement dans un état de tristesse dans sa chambre. Ils rapportaient également qu'elle manifestait une peur de la nouveauté, des pensées catastrophiques et des appréhensions du futur. Finalement, depuis quelques semaines avant la consultation, Flor présentait des maux de ventre fréquents qui, suite à des tests médicaux, n'avaient pas de causes physiologiques. Ces maux de ventre étaient surtout présents avant et pendant qu'elle était à l'école et Flor avait développé une phobie concomitante de vomir et de s'étouffer; elle refusait maintenant de manger à la cafétéria de son école, ce qui engendrait de la fatigue et une difficulté à passer ses journées à l'école. La famille a été reçue à 10 reprises, le processus s'étant échelonné sur 21 semaines. Une séance supplémentaire d'entretiens préliminaires avec les parents et l'enfant s'est avérée nécessaire. Différents autres délais se sont ajoutés en raison d'imprévus, de vacances et d'annulations pour motifs de santé. Il y a eu également un délai de trois semaines entre la séance de bilan avec les parents et la séance de bilan sous forme de conte avec l'enfant parce que la famille avait planifié un voyage. La séance de relance a été effectuée quatre semaines après celle du bilan sous forme de conte fait à l'enfant.

3.4.4 Déroulement et procédures

Le processus clinique a été assuré par deux co-évaluatrices de niveau doctoral ayant une expérience avancée en psychologie clinique, l'une prenant en charge les parents pendant que l'autre prenait en charge l'enfant. Les séances d'administration des tests à chaque enfant des trois familles ont été effectuées avec observation simultanée par les parents de cet enfant à partir d'une autre pièce via un lien vidéo. Ces derniers étaient invités à réagir et accompagnés à réfléchir à ce qu'ils observaient de leur enfant. Les co-évaluatrices étaient supervisées suite à chaque rencontre par deux psychologues seniors responsables du programme de recherche en évaluation collaborative/thérapeutique.

Afin de conduire le processus de recherche et d'assurer que les co-évaluatrices demeurent aveugles aux données recueillies, deux auxiliaires de recherche étaient attitrés à récupérer les questionnaires de

données quotidiennes complétés par l'enfant et à administrer les mesures à temps prédéterminés (voir section 3.4.5.2. Mesures à temps prédéterminés).

3.4.5 Instruments de mesure

3.4.5.1 Mesures quotidiennes

Les six items constituant le questionnaire des mesures quotidiennes de l'enfant proviennent de la version française du Kidscreen-52 (Ravens-Sieberer *et al.*, 2001) qui évalue la perception de la santé et le bien-être des enfants et des adolescents (8 à 18 ans). Les items retenus (voir Tableau 3.1) touchent à la perception de soi, à l'humeur générale, et à la relation avec les parents et la vie à la maison. Les enfants étaient invités à penser à la journée qu'ils venaient de passer pour ensuite les évaluer sur une échelle de Likert en cinq points allant de « Pas du tout (1) » à « Extrêmement (5) ». C'est au terme des entretiens préliminaires que les enfants étaient invités à répondre aux mesures quotidiennes et ce, jusqu'à la dernière séance de relance.

Tableau 3.1. 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?
Humeur	3. T'es-tu senti aimé par tes parents? 4. As-tu été heureux à la maison?
Relation avec parents et vie à la maison	5. As-tu pu parler à tes parents lorsque tu le voulais? 6. As-tu été compris par tes parents?

3.4.5.2 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 ses collègues (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 %. Finalement, Flor a omis un seul item parmi ses questionnaires complétés (qui a été remplacé), et n'a pas répondu à 19 questionnaires quotidiens sur 107 jours, soit un taux de questionnaires manquants de 17,8 %.

3.4.5.3 Stratégie d'analyse des données des séries chronologiques

Nous avons utilisé le logiciel Simulation Modeling Analysis (SMA : Borckardt, 2006) puisqu'il permet d'analyser des séries chronologiques avec aussi peu que cinq observations par phase (Borckardt et Nash, 2014). Ce logiciel évalue à la fois les changements de niveau et de pente entre les phases, en utilisant des simulations pour tester la signification statistique des changements de niveau et en déterminant la relation entre les données observées et un modèle a priori ou individualisé pour les pentes. Dans notre étude, nous avons utilisé le modèle a priori.

Pour chaque cas, quatre analyses ont été menées sur nos variables dépendantes : trois pour les sous-échelles de représentations mentales et une pour l'échelle globale, en comparant les quatre phases du processus d'évaluation. En raison des comparaisons multiples, un ajustement de Bonferroni a été appliqué pour déterminer le seuil de significativité ($p = .0167$) afin de réduire le risque d'erreur de type II, bien que cet ajustement soit conservateur.

3.4.5.4 Mesures à temps prédéterminés

Chaque enfant a, d'autre part, été invité à imaginer des histoires à huit planches du *Thematic Apperception Test* (TAT : Murray, 1943) à trois moments prédéterminés pendant le processus d'évaluation, soit après la rencontre initiale avec l'enfant (Temps 1), suite à sa séance de bilan à l'aide d'un conte (Temps 2) et suite à la séance finale de relance (Temps 3). Les planches choisies (1, 2, 3BM, 5, 7GF, 8BM, 10, 13B) proviennent d'un sous-ensemble qui est traditionnellement utilisé par l'école française du TAT (Brelet-Foulard et Chabert, 2019). Lors de la passation, l'enfant était invité par l'auxiliaire de recherche à imaginer une histoire à propos de chaque image, la consigne soulignant qu'il devait raconter ce qui se passait présentement, ce qui avait conduit aux événements, ce que les personnages de l'histoire ressentaient et pensaient, et comment l'histoire se terminerait.

Une fois retranscrits et anonymisés, les récits ont été analysés à l'aide du *Social Cognition and Object Relations Scale - Global* (SCORS-G : Stein et Slavin-Mulford, 2017) par deux juges indépendantes. Le SCORS-G est une procédure de codage des récits du TAT considérée comme une mesure multidimensionnelle et sensible du fonctionnement cognitif et des processus activés par les relations d'objet (Stein et Slavin-Mulford, 2017; Westen et Lohr, 1990). Ce système évalue les représentations cognitives et affectives de soi et des autres des enfants sur huit dimensions : complexité des représentations des individus; qualité affective des relations; capacité d'investissement affectif dans les relations; investissement des valeurs et des normes morales; compréhension de la causalité sociale; ressenti et gestion des impulsions agressives; estime de soi; et identité et cohérence de soi (Bouvet, 2010 pour la traduction française). Chaque histoire est cotée sur chacune des dimensions à l'aide d'une échelle de Likert en sept points allant d'un fonctionnement inadapté et pathologique (1) à un fonctionnement plus mature et adapté (7). Les huit dimensions du SCORS-G peuvent être agrégées en trois facteurs : « Facteur cognitif », « Facteur affectif » et « Facteur soi ».

Plusieurs études ont montré la fiabilité, la validité et l'utilité clinique du SCORS-G au cours des évaluations psychologiques (voir à ce propos la recension des écrits de Stein et Slavin-Mulford, 2017). Il est recommandé d'utiliser, comme nous l'avons fait, au moins huit cartes du TAT afin d'obtenir des coefficients alpha de Cronbach autour de .80 (Stein *et al.*, 2011).

3.5 Résultats

3.5.1 Mesures quotidiennes

Le Tableau 3.2 présente les résultats des analyses de séries chronologiques pour chacun des trois enfants à chaque mesure quotidienne, suivant les trois étapes préétablies du processus d'ÉC/T. On notera d'abord qu'aucun résultat ne s'avère significatif dans les cas de Amy ou de Flor et ce, pour toutes les mesures. Par contre, dans le cas de Tristan, les résultats montrent que, par rapport au niveau de base, son score de représentation de soi s'est amélioré significativement au cours de la phase d'intervention ($r = 0,37$; correction de Bonferroni, $p < 0,017$), amélioration qui s'est maintenue comme significative à la phase post-intervention/relance (I + PI/R ensemble : $r = 0,41$, $p < 0,017$). De même, son score global s'est

Tableau 3.2. Résultats des analyses de séries chronologiques pour chaque enfant : comparaisons des moyennes des dimensions de représentations internes suivant les phases du processus

Dimension	Analyse 1			Analyse 2			Analyse 3			AC(Lag1)
	Moyenne de la phase			Moyenne de la phase			Moyenne de la phase			
	NB	I	<i>r</i>	NB	I + PI/R	<i>r</i>	NB + I	PI/R	<i>r</i>	
					<i>Amy</i>					
	(<i>n</i> = 12)	(<i>n</i> = 45)		(<i>n</i> = 12)	(<i>n</i> = 75)		(<i>n</i> = 57)	(<i>n</i> = 30)		
Globale	15,6	15,1	-0,07	15,6	14,8	-0,11	15,2	14,2	-0,18	0,28
Soi	5,3	5,2	-0,03	5,3	5,1	-0,08	5,2	4,9	-0,20	0,32
Humeur	5,5	5,4	-0,08	5,5	5,3	-0,07	5,4	5,3	-0,04	0,11
Parents	4,8	4,5	-0,06	4,8	4,3	-0,11	4,6	4,0	-0,20	0,20
					<i>Tristan</i>					
	(<i>n</i> = 14)	(<i>n</i> = 69)		(<i>n</i> = 14)	(<i>n</i> = 110)		(<i>n</i> = 83)	(<i>n</i> = 41)		
Globale	19,1	19,5	0,03	19,1	20,8	0,12	19,4	23,0	0,39*	0,55
Soi	6,14	7,46	0,37*	6,14	7,65	0,41*	7,24	7,95	0,29	0,44
Humeur	6,43	6,11	-0,06	6,43	6,63	0,03	6,17	7,46	0,31*	0,32
Parents	5,57	5,91	-0,11	6,57	6,55	-0,003	6,02	7,63	0,38	0,64
					<i>Flor</i>					
	(<i>n</i> = 14)	(<i>n</i> = 66)		(<i>n</i> = 14)	(<i>n</i> = 73)		(<i>n</i> = 80)	(<i>n</i> = 7)		
Globale	5,14	5,22	0,008	5,14	5,18	0,004	5,21	4,86	-0,03	-0,002
Soi	1,79	2,30	0,09	1,79	2,30	0,09	2,21	2,29	0,01	-0,02
Humeur	2,43	2,23	-0,05	2,43	2,26	-0,04	2,26	2,57	0,05	-0,007
Parents	0,93	0,70	-0,09	0,93	0,63	-0,12	0,74	0,00	-0,22	0,14

Note. NB = niveau de base; I = intervention; PI/R = post-intervention/reliance; AC(Lag1) = degré d'autocorrélation des observations subséquentes pour l'ensemble de la série de données.

* Suite à la correction de Bonferroni, $p < 0,017$.

avéré significativement plus élevé à compter de la phase post-intervention/relance par rapport aux phases du niveau de base et de l'intervention considérées ensemble ($r = 0,39, p < 0,017$), tout comme son score de représentation d'humeur ($r = 0,31, p < 0,017$) dans ce cas, alors qu'il n'avait aucun contact direct avec les cliniciennes.

D'autre part, une inspection visuelle des flux de données pour chacun des enfants à chacune de ces mesures (voir Figure 3.1, Figure 3.2, Figure 3.3 et Figure 3.4) permet de constater que pour Amy et Tristan (mais pas pour Flor), la dispersion des scores de représentations mentales apparaît s'être amenuisée et stabilisée à compter de la phase de relance pour les indices représentations de soi, des parents/de la maison et globale; de même que, de façon moins marquée mais néanmoins perceptible, pour les scores associés à l'humeur.

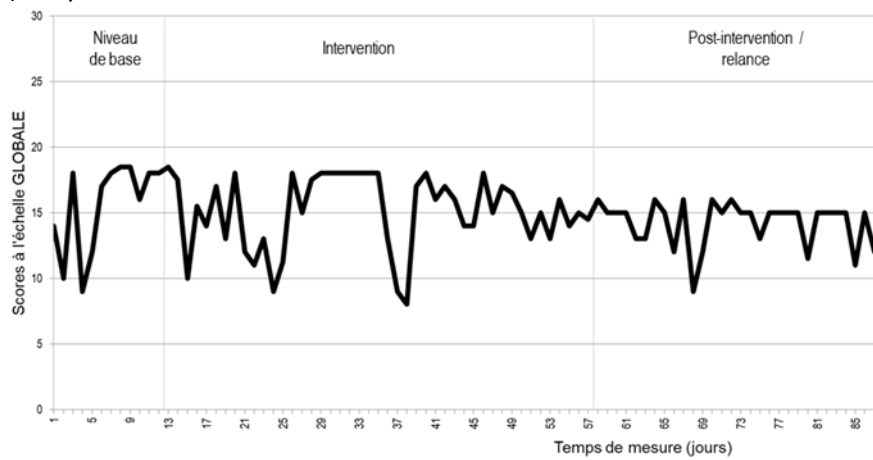
3.5.2 Mesures à temps prédéterminés du processus

3.5.2.1 Fidélité interjuges

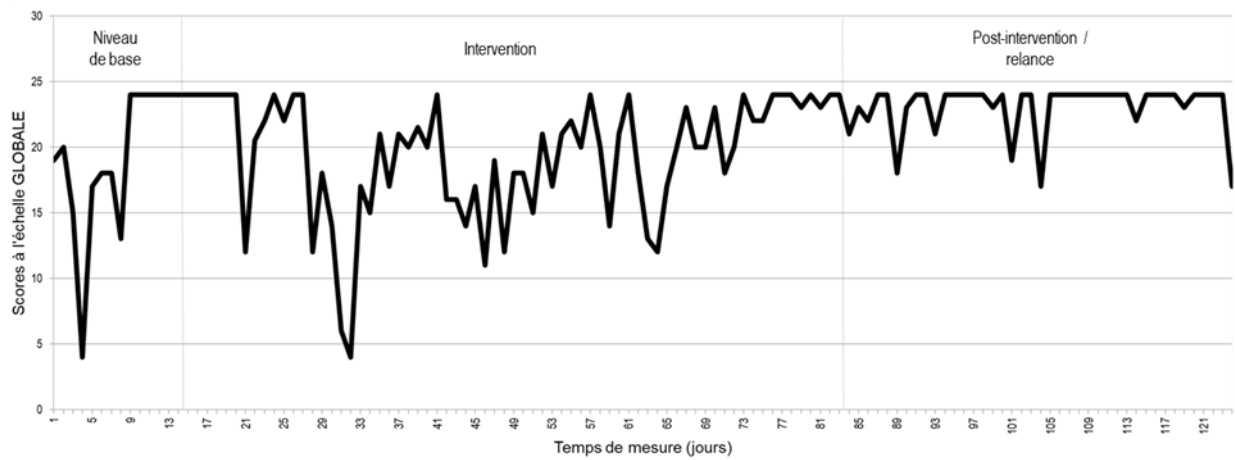
La fidélité interjuges au SCORS-G a été estimée au moyen de coefficients de corrélation intraclasse basés sur l'accord absolu de deux juges indépendantes préalablement formées et considérées comme effet aléatoire, ce qui correspond à la notation $ICC(2,1)$ de Shrout et Fleiss (1979). Tout le matériel (les histoires élaborées des enfants sur huit planches du TAT aux trois temps de mesures) a été coté, présenté dans un ordre aléatoire afin que les juges demeurent aveugles à l'enfant et aux temps de mesure et ainsi éviter les effets de report ('*carryover effects*'). Suivant les points de référence traditionnels de Landis et Koch (1977), nous avons obtenu une fidélité « quasi parfaite » aux dimensions Qualité affective des relations (QA : $\rho_1 = 0,90$), Investissement des valeurs et des normes morales (IN : $\rho_1 = 0,84$) et Ressenti et gestion des impulsions agressives (RA : $\rho_1 = 0,94$); « substantielle » aux dimensions Complexité des représentations des individus (CR : $\rho_1 = 0,70$), Capacité d'investissement affectif dans les relations (IA : $\rho_1 = 0,64$) et Identité et cohérence du soi (IC : $\rho_1 = 0,74$); et « modérée » aux dimensions Compréhension de la causalité sociale (CC : $\rho_1 = 0,43$) et Estime de soi (ES : $\rho_1 = 0,41$).

Figure 3.1. Évolution des scores des enfants participants à l'échelle globale des représentations mentales

a) Amy



b) Tristan



c) Flor

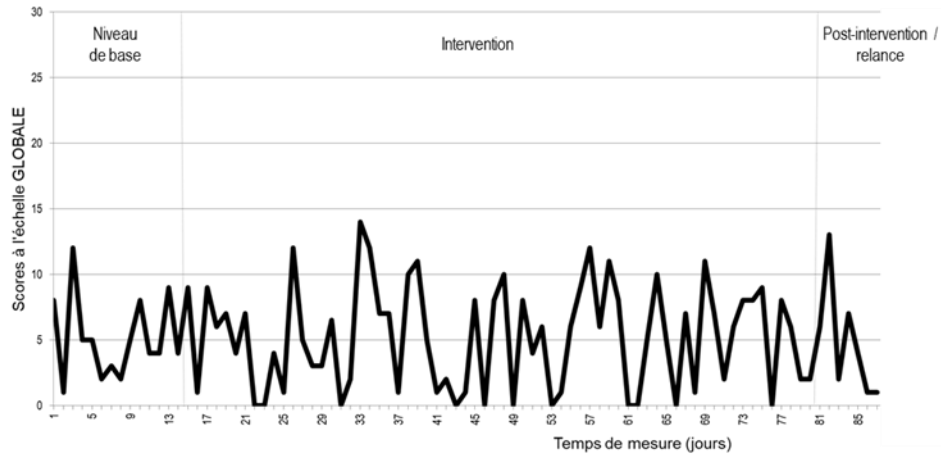
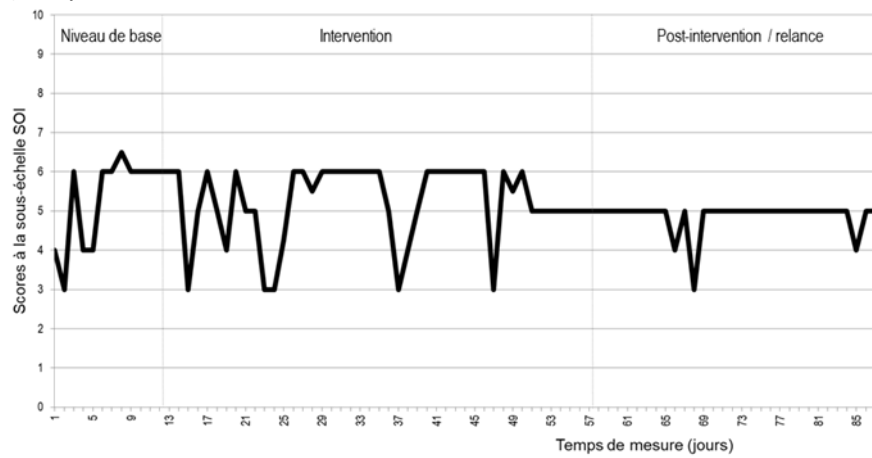
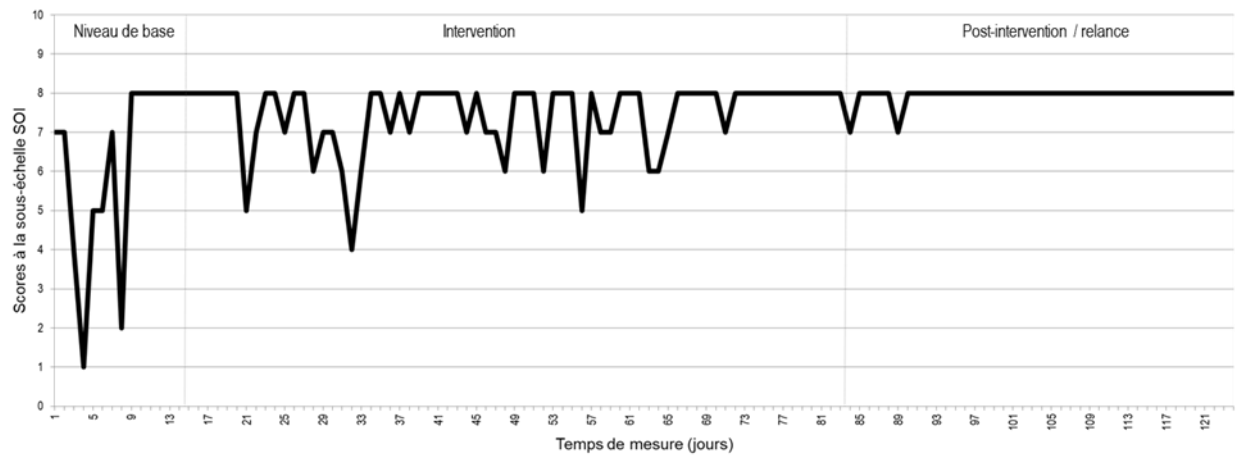


Figure 3.2. Évolution des scores des enfants participants à la sous-échelle des représentations de soi

a) Amy



b) Tristan



c) Flor

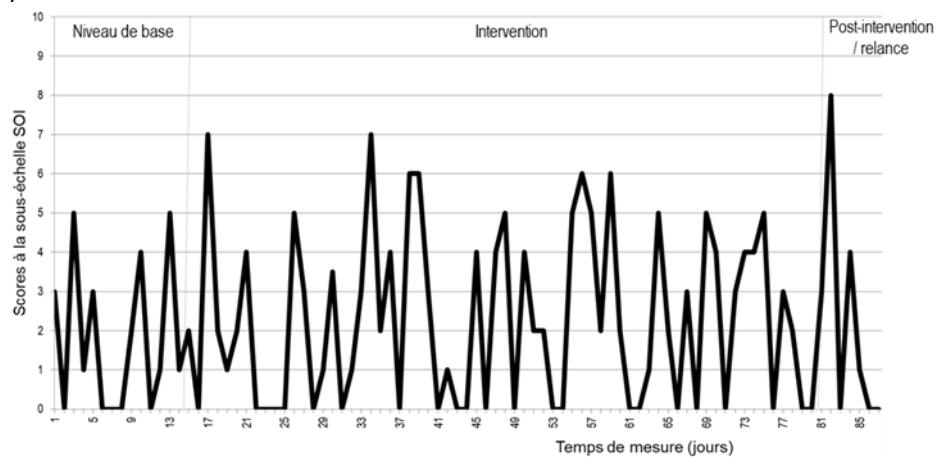
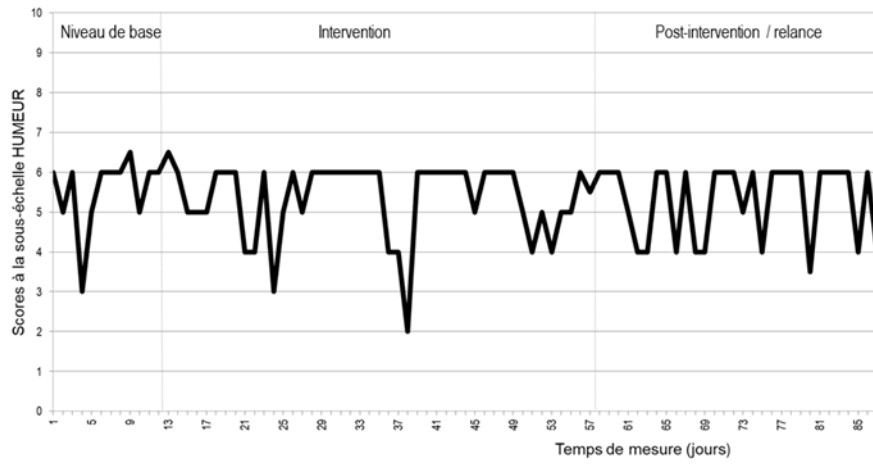
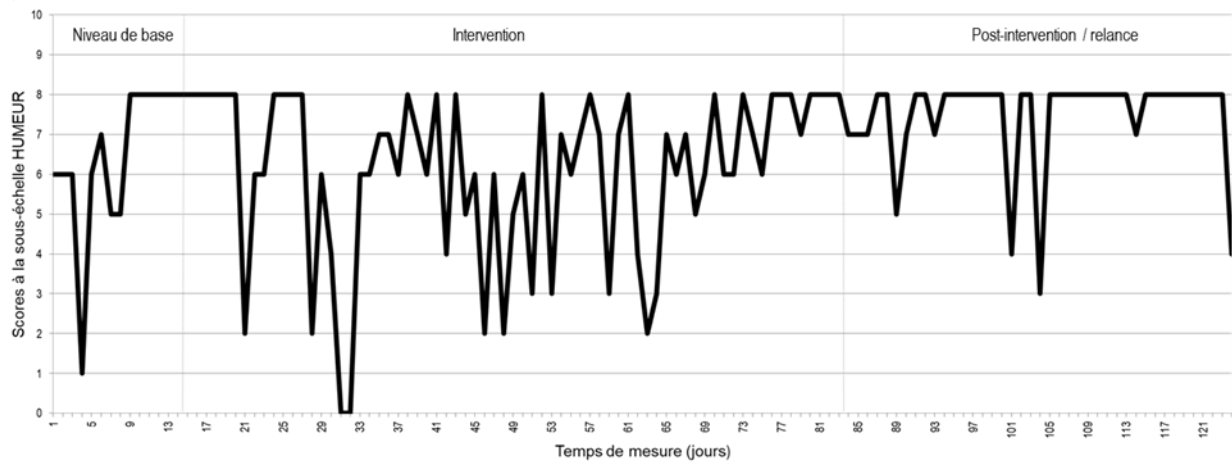


Figure 3.3. Évolution des scores des enfants participants à la sous-échelle des représentations de l'humeur

a) Amy



b) Tristan



c) Flor

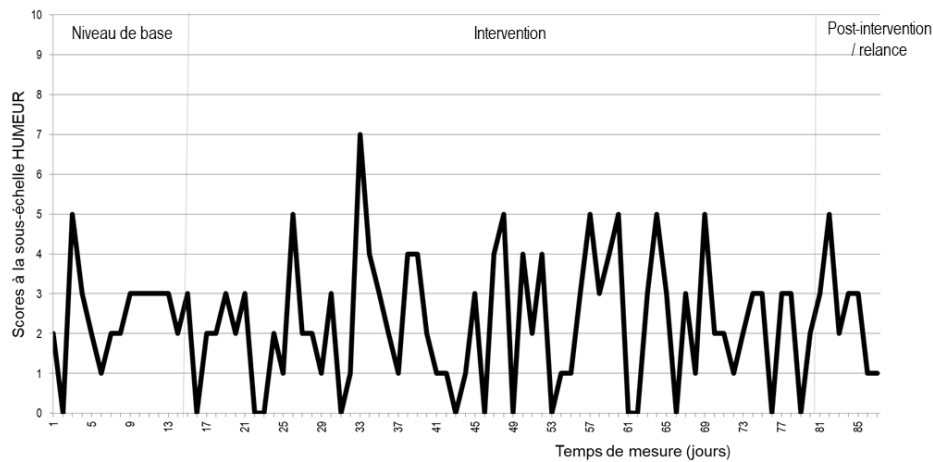
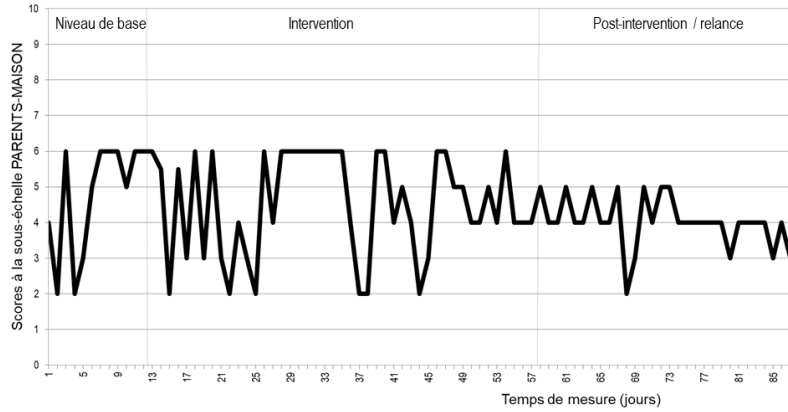
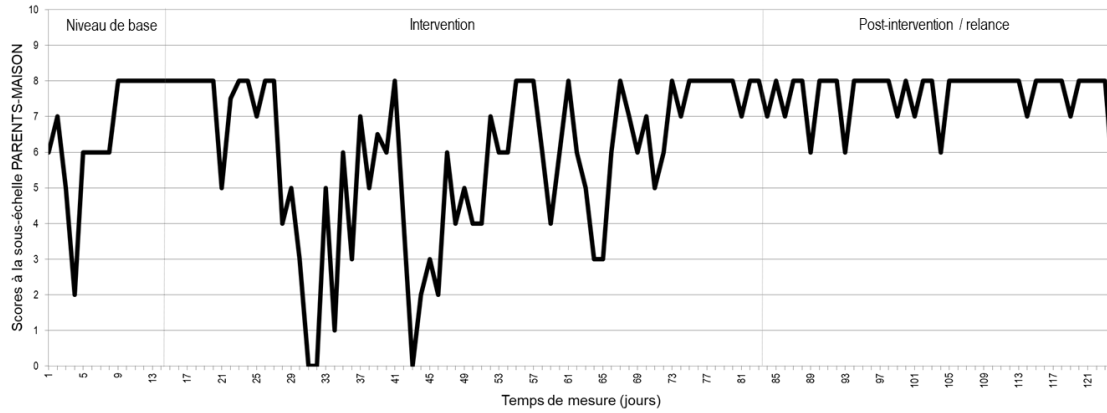


Figure 3.4. Évolution des scores des enfants participants à la sous-échelle des représentations des parents et de l'atmosphère à la maison

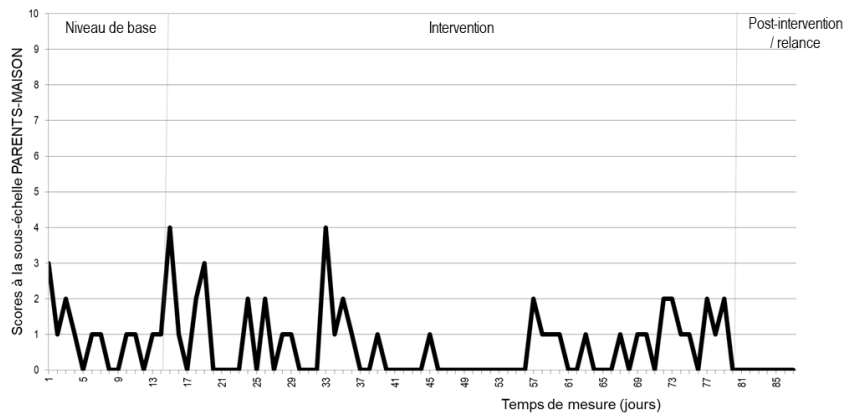
a) Amy



b) Tristan



c) Flor



3.5.2.2 Changements aux facteurs et dimensions du SCORS-G

Les moyennes aux trois facteurs (et aux huit dimensions les composant) du SCORS G, à chaque temps de mesure et pour chaque enfant, sont présentées et comparées au Tableau 3.3, au Tableau 3.4 et au Tableau 3.5. À quelques exceptions près, les résultats des tests t pour échantillons appariés (et les d de Cohen qui leur sont associés) indiquent une tendance générale des scores aux dimensions et aux facteurs à augmenter du Temps 1 au Temps 3. Toutefois, cette tendance n'est pas toujours linéaire : dans certains cas, on note une baisse ou une hausse des scores au Temps 2 avant que les scores au Temps 3 ne se montrent, généralement, plus élevés qu'au Temps 1.

Nous allons maintenant revoir en détails les résultats des enfants de chacune des familles par facteur (avec les dimensions qui les composent).

3.5.2.2.1 Facteur cognitif

D'abord, en ce qui a trait au « Facteur cognitif » (voir le tiers supérieur des Tableau 3.3, Tableau 3.4 et Tableau 3.5), on note une augmentation significative et de grande magnitude des scores ($d = 0,99, p < 0,05$) du Temps 1 au Temps 3 chez Amy. Chez Flor, on note une augmentation significative des scores de grande magnitude ($d = 1,26, p < 0,01$) du Temps 1 au Temps 2. Si l'on se réfère maintenant aux barèmes de Stein et Slavin-Mulford (2017), le facteur cognitif des représentations d'Amy est passé d'un rang « primitif » ($1 \leq \text{score} < 3$) au Temps 1 à un rang « moyen » ($3 \leq \text{score} < 5$) au Temps 3. Celui de Flor est passé d'un rang « primitif » à un rang « moyen » entre les Temps 1 et 2.

3.5.2.2.2 Facteur affectif

Les scores du « Facteur affectif » (voir le tiers central des Tableau 3.3, Tableau 3.4 et Tableau 3.5) chez Tristan montrent une hausse significative et de grande magnitude ($d = 1,03, p < 0,05$) des scores du Temps 2 au Temps 3, ainsi que du Temps 1 au Temps 3 ($d = 1,42, p < 0,01$), tout comme les scores de Flor qui sont également significatifs et de grande magnitude du Temps 1 au Temps 2 ($d = 1,15, p < 0,01$) et du Temps 1 au Temps 3 ($d = 1,13, p < 0,01$). Selon les barèmes de Stein et Slavin-Mulford (2017), le facteur affectif des représentations de Tristan, bien qu'il augmente de manière linéaire du Temps 1 au Temps 3, demeure dans un rang « moyen » ($3 \leq \text{score} < 5$). Tandis que pour Flor, son score au facteur affectif est passé d'un rang « primitif » ($1 \leq \text{score} < 3$) au Temps 1 à un rang « moyen » ($3 \leq \text{score} < 5$) au Temps 3.

Tableau 3.3. Moyennes, écarts-type, différences entre les temps de mesure et tailles d'effet associées aux facteurs et dimensions du SCORS-G pour Amy

Facteurs et dimensions du SCORS-G	Temps 1 (T1)		Temps 2 (T2)		Temps 3 (T3)		Différence de moyennes (<i>d</i> de Cohen)		
	<i>M</i>	<i>É-T</i>	<i>M</i>	<i>É-T</i>	<i>M</i>	<i>É-T</i>	T2 vs T1	T3 vs T2	T3 vs T1
Facteur cognitif	2,53	0,74	2,59	0,63	3,38	0,88	0,06 (0,10)	0,78 (0,68)	0,84* (0,99)
CR	2,69	0,92	2,38	0,92	3,25	1,00	-0,31 (0,42)	0,88 (0,60)	0,56 (0,48)
CC	2,38	0,69	2,81	0,37	3,50	0,80	0,44 (0,65)	0,69 (0,78)	1,13** (1,62)
Facteur affectif	3,41	0,66	3,50	0,64	3,77	0,31	0,09 (0,28)	0,27 (0,40)	0,36 (0,53)
IA	2,63	0,79	2,44	0,50	2,63	0,69	-0,19 (0,41)	0,19 (0,29)	0,00 (0,00)
IN	3,63	1,06	3,75	1,17	4,13	0,23	0,13 (0,35)	0,38 (0,34)	0,50 (0,48)
QA	3,63	0,99	4,06	0,86	4,31	0,59	0,44 (0,34)	0,25 (0,24)	0,69 (0,59)
RA	3,75	0,71	3,75	0,71	4,00	0,00	0,00 (-- ^a)	0,25 (0,35)	0,25 (0,35)
Facteur soi	4,09	0,38	4,03	0,39	4,59	0,61	-0,06 (0,10)	0,56* (0,92)	0,50 (0,73)
ES	4,06	0,68	3,81	0,59	4,38	0,58	-0,25 (0,23)	0,56 (0,69)	0,31 (0,39)
IC	4,13	0,35	4,25	0,60	4,81	0,80	0,13 (0,20)	0,56 (0,60)	0,69 (0,75)

Note. CR = Complexité des représentations des individus. QA = Qualité affective des relations. IA = Capacité d'investissement affectif dans les relations. IN = Investissement des valeurs et des normes morales. CC = Compréhension de la causalité sociale. RA = Ressenti et gestion des impulsions agressives. ES = Estime de soi. IC = Identité et cohérence du soi.

^a La taille d'effet ne peut être calculée en raison d'une absence de différence des scores aux temps de mesure concernés.

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$.

Tableau 3.4. Moyennes, écarts-type, différences entre les temps de mesure et tailles d'effet associées aux facteurs et dimensions du SCORS-G pour Tristan

Facteurs et dimensions du SCORS-G	Temps 1 (T1)		Temps 2 (T2)		Temps 3 (T3)		Différence de moyennes (<i>d</i> de Cohen)		
	<i>M</i>	<i>É-T</i>	<i>M</i>	<i>É-T</i>	<i>M</i>	<i>É-T</i>	T2 vs T1	T3 vs T2	T3 vs T1
Facteur cognitif	3,78	0,71	3,28	0,59	3,25	0,75	-0,50 (0,54)	-0,07 (0,06)	-0,43 (0,33)
CR	3,81	0,96	3,44	0,68	3,07	0,61	-0,38 (0,32)	-0,36 (0,29)	-0,57 (0,52)
CC	3,75	0,53	3,13	1,64	3,43	0,98	-0,63* (0,84)	0,21 (0,16)	-0,29 (0,19)
Facteur affectif	3,10	0,76	3,23	0,69	3,65	0,79	0,13 (0,25)	0,42* (1,03)	0,57** (1,42)
IA	3,13	0,74	3,31	0,59	3,29	0,91	0,19 (0,20)	-0,07 (0,18)	0,14 (0,11)
IN	3,00	1,34	3,50	1,04	3,21	1,22	0,50 (0,56)	-0,21 (0,34)	0,36 (0,29)
QA	3,31	1,16	3,38	1,22	4,79	0,81	0,06 (0,05)	1,36* (1,15)	1,43* (1,02)
RA	2,97	1,43	2,75	0,71	3,32	0,87	-0,22 (0,14)	0,61 (0,72)	0,36 (0,25)
Facteur soi	3,60	0,56	3,58	0,35	4,18	0,61	-0,11 (0,17)	0,61* (1,10)	0,46* (1,05)
ES	3,69	0,70	3,50	0,46	4,07	0,61	-,019 (0,24)	0,57 (0,78)	0,43 (0,71)
IC	3,69	0,65	3,66	0,35	4,29	0,91	-0,03 (0,04)	0,64 (0,71)	0,50* (1,00)

Note. CR = Complexité des représentations des individus. QA = Qualité affective des relations. IA = Capacité d'investissement affectif dans les relations. IN = Investissement des valeurs et des normes morales. CC = Compréhension de la causalité sociale. RA = Ressenti et gestion des impulsions agressives. ES = Estime de soi. IC = Identité et cohérence du soi.

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$.

Tableau 3.5. Moyennes, écarts-type, différences entre les temps de mesure et tailles d'effet associées aux facteurs et dimensions du SCORS-G pour Flor

Facteurs et dimensions du SCORS-G	Temps 1 (T1)		Temps 2 (T2)		Temps 3 (T3)		Différence de moyennes (<i>d</i> de Cohen)		
	<i>M</i>	<i>É-T</i>	<i>M</i>	<i>É-T</i>	<i>M</i>	<i>É-T</i>	T2 vs T1	T3 vs T2	T3 vs T1
Facteur cognitif	2,91	0,30	3,34	0,40	2,97	0,34	0,44** (1,26)	-0,38 (0,59)	0,06 (0,11)
CR	3,06	0,62	3,38	0,35	3,06	0,32	0,31 (0,59)	-0,31 (0,53)	0,00 (0,00)
CC	2,75	0,27	3,31	0,53	2,88	0,52	0,56* (1,00)	-0,44 (0,46)	0,13 (0,24)
Facteur affectif	2,66	0,80	3,48	0,69	3,42	0,59	0,83** (1,15)	-0,06 (0,06)	0,77** (1,13)
IA	2,75	0,38	3,31	0,70	3,44	0,68	0,56 (0,69)	0,13 (0,14)	0,69 (0,79)
IN	3,44	1,12	3,56	0,73	3,56	0,62	0,13 (0,08)	0,00 (0,00)	0,13 (0,13)
QA	2,00	1,44	3,94	1,37	3,88	1,66	1,94** (1,64)	-0,06 (0,02)	1,88* (0,95)
RA	2,44	1,24	3,13	1,36	2,81	1,19	0,69 (0,54)	-0,31 (0,22)	0,38 (0,34)
Facteur soi	3,47	0,65	3,91	0,67	3,84	0,44	0,44 (0,76)	-0,06 (0,07)	0,38 (0,75)
ES	3,75	0,53	3,88	0,79	3,88	0,35	0,13 (0,18)	0,00 (0,00)	0,13 (0,22)
IC	3,19	0,88	3,94	0,62	3,81	0,84	0,75** (1,06)	0,13 (0,11)	0,63 (0,71)

Note. CR = Complexité des représentations des individus. QA = Qualité affective des relations. IA = Capacité d'investissement affectif dans les relations. IN = Investissement des valeurs et des normes morales. CC = Compréhension de la causalité sociale. RA = Ressenti et gestion des impulsions agressives. ES = Estime de soi. IC = Identité et cohérence du soi.

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$

3.5.2.2.3 Facteur soi

En ce qui a trait au « Facteur soi » (voir le tiers inférieur des Tableau 3.3, Tableau 3.4 et Tableau 3.5), on note une augmentation significative des scores de grande magnitude ($d = 1,05$, $p < 0,05$) du Temps 2 au Temps 3 chez Amy. Tandis que chez Tristan, on note une augmentation significative de grande magnitude ($d = 1,10$, $p < 0,05$) du Temps 2 au Temps 3, ainsi que du Temps 1 au Temps 3 ($d = 1,05$, $p < 0,05$). En se référant aux barèmes de Stein et Slavin-Mulford (2017), le facteur soi des représentations de Tristan et Amy est demeuré à un rang « moyen » ($3 \leq \text{score} < 5$) du Temps 1 au Temps 3.

3.6 Discussion

Cette étude avait pour objectif de vérifier si l'évaluation collaborative/thérapeutique s'accompagne de changements aux représentations mentales chez l'enfant. Ceci a été mesuré de deux manière distinctes mais complémentaires : (1) à partir de séries chronologiques (mesures plus sommaires) sur trois indices et un score global; (2) à partir de la comparaison à trois temps de mesure (mesures plus approfondies) du processus analysé à partir du SCORS G.

3.6.1 Mesures quotidiennes

Les résultats des analyses planifiées de séries chronologiques des mesures quotidiennes chez les trois enfants de notre étude demeurent mitigés, puisque ce n'est que sur la trajectoire de Tristan que des changements statistiquement significatifs ont été notés. Toutefois, les tracés des mesures quotidiennes suggèrent que chacun des enfants apparaît avoir sa trajectoire idiographique propre. Ceci corrobore des résultats d'autres études à séries chronologiques (Smith *et al.*, 2010; Smith *et al.*, 2011; Smith *et al.*, 2009) qui rapportaient une trajectoire de changement différente pour chacun des enfants évalués, quoique ces résultats portaient essentiellement sur des mesures comportementales fournies par les parents des enfants. Quant aux résultats significatifs de Tristan, c'est lors de la phase post-intervention/relance, débutant avec le bilan par le conte lui ayant été fait, qu'a été observée une amélioration significative de son humeur et de la dimension globale de ses mesures de représentations mentales par rapport aux deux autres phases précédentes considérées ensemble. Sa valeur de soi s'est améliorée, quant à elle, dès la phase d'intervention, et a continué en ce sens durant la phase post-intervention/relance, ce qui suggère que Tristan a pu poursuivre de manière « autonome » des changements entamés pendant les rencontres une fois terminé le contact direct avec les cliniciennes.

Même s'ils ne concernent que celui-ci, ces résultats de Tristan sont en cohérence avec les hypothèses théoriques : ils suggèrent que le processus de l'évaluation collaborative/thérapeutique pourrait mener à des changements bénéfiques quant à la trajectoire de représentations mentales pour certains enfants. Plus précisément, il semble y avoir eu deux types de mouvements quant aux trajectoires des représentations mentales chez Tristan : des changements se sont opérés lors de la période d'intervention pour se stabiliser pendant la période post-intervention/relance, et d'autres ont débuté lors de la période post-intervention/relance seulement. En ce sens, ces résultats recoupent aussi les résultats des travaux de Smith et ses collègues (2010; 2011; 2009) qui notaient que certains enfants et leur famille ont connu une amélioration de leurs symptômes (tel que rapportés par leurs parents) pendant la phase d'intervention, tandis que d'autres n'ont connu des changements significatifs qu'à la phase post-intervention/relance. Par ailleurs, les résultats de Tristan sont également en concordance avec l'hypothèse de Finn (2007) à l'effet que des améliorations se poursuivent au cours des mois qui suivent dans plusieurs cas heureux d'évaluation collaborative et/ou thérapeutique.

Malgré ces résultats pour un seul des enfants, il demeure qu'un phénomène non anticipé dans les séries chronologiques pourrait laisser entendre d'autres changements d'intérêt. En effet, l'examen visuel des scores des trois enfants de notre étude indique que chez deux d'entre eux, soit Amy et Tristan, la dispersion des scores a semblé devenir moins erratique plus ils avançaient dans le processus. De plus, il est possible d'observer une apparente stabilisation de leur humeur et de leur valeur de soi lors de la période post-intervention/relance. Ceci pourrait constituer un patron de changement à investiguer davantage dans des recherches ultérieures, au-delà des seules différences de moyennes inter-phases, en les mettant en relation avec d'autres indices de changements positifs (comportementaux ou autres). 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, 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, en s'appuyant sur les théories de Kernberg (1995) qui stipulent que les oscillations dans l'expérience de soi et des autres engendrent une instabilité dans les relations interpersonnelles et que la stabilisation de cette oscillation peut s'opérer à travers la psychothérapie mais de manière progressive.

Dans notre étude, le recours aux mesures quotidiennes auprès d'enfants constituait un compromis permettant de cibler quelques indices seulement de représentations mentales afin que le questionnaire demeure court, mais qu'il permette en contrepartie de suivre pas à pas le déroulement du processus. C'est pourquoi, dans la perspective d'enrichir le portrait des changements, des mesures plus approfondies (mais d'administration plus longue) ont aussi été administrées afin de vérifier si les représentations cognitives et affectives de soi et des autres des enfants tendaient à devenir plus matures et adaptées au terme d'une évaluation collaborative/thérapeutique. Nous croyons que les résultats associés à cette stratégie complémentaire permettent de nuancer le portrait d'apparence mitigé des seuls résultats des analyses de séries chronologiques.

3.6.2 SCORS G

Selon l'analyse des mesures à temps prédéterminés se fondant sur les résultats au SCORS G, il est possible d'observer une tendance générale chez les trois enfants participants à passer à des représentations mentales généralement plus adaptées au cours du processus d'ÉC/T. Effectivement, entre le début et la fin de leur évaluation respective, la majorité de leurs scores sont passés du rang primitif à moyen, se sont maintenus dans le rang moyen ou ont augmenté tout en restant dans le rang moyen. Deux études récentes présentant des normes liées au SCORS G chez des enfants de l'âge de nos participant ont été repérées (Auletta *et al.*, 2020; Herrera-Espinoza, 2018), ce qui permet de comparer les enfants de notre étude au terme de leur processus à ceux de la moyenne des enfants de ces études. Toutefois l'étude de Herrera-Espinoza (2018) permet un repère normatif plus précis puisque des moyennes par tranches d'âge sont présentées. Plus précisément, cette étude présente les moyennes d'un échantillon non clinique de 156 enfants chiliens de 5 à 10 ans regroupés en trois catégories d'âge (5-6 ans, 7-8 ans et 9-10 ans) et permet un repère normatif plus précis. Lorsque sont comparés les scores de chacun des enfants de notre étude, au terme de leur processus, au groupe d'âge associé de cette dernière étude, il est possible de souligner qu'ils correspondent en général aux scores rapportés dans cette dernière étude sauf pour le score à la dimension IA de Amy, celui à la dimension IN de Tristan et ceux des dimensions CC, RA et IC de Flor qui sont inférieurs. Cela suggère que, chez les enfants y prenant part, l'ÉC/T favoriserait le développement de représentations de meilleure qualité et mieux alignées avec les normes de leur âge.

Par ailleurs, au terme de l'évaluation, les scores de représentations cognitives de Amy évoluent vers l'adaptation, tout comme les scores de représentations affectives et de soi de Tristan. Aussi, les scores de représentations affectives et de soi de Tristan augmentent avec une plus grande magnitude que ceux des

autres enfants, ce qui rejoint ses résultats aux mesures quotidiennes qui montraient une amélioration notable de son humeur et de sa valeur de soi. D'autre part, les scores de représentations de soi d'Amy, ainsi que les scores de représentations affectives et de soi de Tristan montrent une évolution importante lors de la phase post-intervention/relance. Ceci rejoint les observations des mesures quotidiennes de Tristan qui suggèrent que certains changements ne se sont montrés significatifs qu'à la phase post-intervention/relance.

Quant à Flor, ses scores de représentations cognitives et affectives ont augmenté durant la période d'intervention et, au terme de son évaluation, ses scores de représentations affectives ont évolué de manière importante vers l'adaptation. Il est possible de penser que cette enfant bénéficiait du soutien offert pendant les séances, mais qu'elle aurait eu besoin que ce soutien se poursuive dans le temps pour que se consolident les changements. Certaines hypothèses cliniques pourraient être associées à ce constat : Flor présentait plusieurs symptômes psychologiques aigus lorsqu'elle a débuté le processus d'évaluation et l'histoire de l'immigration de sa famille la plaçait dans un processus identitaire plus complexe que les autres enfants de l'étude. Ses parents exprimaient eux aussi une grande détresse. Il est possible de penser que la période d'intervention et la régularité des séances y étant associée ont pu contenir la détresse de la famille, mais qu'ils avaient besoin (comme recommandé au bilan) d'un soutien plus régulier pendant un certain temps par la suite avant que ne puissent se stabiliser les changements.

3.7 Conclusion, limites et recherches futures

Un apport théorique de la présente étude concerne les nouveaux résultats observés liés aux changements des représentations mentales chez l'enfant. Bien que les représentations mentales des parents (p. ex. empathie à l'égard de leur enfant) aient été traditionnellement vues comme la principale cible des interventions thérapeutiques brèves en évaluation thérapeutique et/ou collaborative (Tharinger *et al.*, 2012), il apparaît que des changements peuvent s'observer également aux représentations des enfants de manière directe lorsqu'on s'adresse à eux dans un langage qu'ils peuvent s'approprier. Sans nier la possibilité d'effets indirects sur l'enfant provenant de changements chez les parents ou celle d'effets différés de certaines interventions (p. ex. séance familiale, bilan aux parents) sur l'enfant par la suite, il est possible de penser, en suivant le principe de parcimonie, que les changements suivant immédiatement le bilan fait sous forme de conte présenté à l'enfant et à ses parents à la dernière séance de la phase d'intervention constitue une étape importante quant au soutien à la transformation de différents aspects des représentations mentales chez ceux-ci.

En effet, le conte s'adresse spécifiquement à l'enfant et pourrait soutenir le processus de réorganisation de ses représentations mentales en lui offrant une illustration et une histoire qui raconte ce que les cliniciens comprennent de l'histoire de leurs difficultés personnelles et familiales. Toutefois, les données de notre étude ne permettent pas d'isoler l'intervention spécifique que constitue le bilan sous forme de conte, ce qui serait indiqué pour de futures recherches. Par ailleurs, chez deux enfants de notre étude, des changements se sont opérés ou ont continué à s'opérer pendant la phase sans rencontres menant à la séance de relance. De manière anecdotique, certains enfants et parents ont rapporté avoir relu le conte à plusieurs reprises après la séance de bilan, ce qui aurait pu contribuer à un processus de consolidation de ce qui avait été mis en lumière pendant l'évaluation. Il serait ainsi pertinent d'étudier l'effet de support que pourrait avoir le conte pour l'enfant et sa famille lorsqu'il est relu à la maison.

Il serait également intéressant de mieux préciser les effets de composantes spécifiques du modèle de l'évaluation collaborative/thérapeutique. En effet, dans la présente étude, toutes les séances liées à la phase d'intervention ont été regroupées pour l'analyse des mesures quotidiennes, limitant la possibilité d'isoler les impacts de certaines de ses composantes. En ce qui a trait aux temps de mesure, la mesure à la phase d'intervention n'a été prise qu'après la séance de bilan à l'enfant, ce qui ne permet pas de départager les effets propres à la séance familiale de ceux propres à la séance de bilan fait à l'enfant. D'ailleurs, l'étude de Smith et ses collègues (2011) suggérait que la séance d'intervention familiale coïncidait avec l'évolution de l'expression des symptômes de l'enfant. Ce serait à prendre en compte dans des études futures.

3.8 Références

- Ackerman, J. P. et Dozier, M. (2005). The influence of foster parent investment on children's representations of self and attachment figures. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 26(5), 507-520. <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2005.06.003>
- Aschieri, F., Fantini, F. et Bertrando, P. (2013). Therapeutic Assessment with children in family therapy. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 33(4), 285-298. <https://doi.org/10.1017/aft.2012.37>
- Auletta, A. F., Cupellaro, S., Abbate, L., Aiello, E., Cornacchia, P., Norcia, C. et Sogos, C. (2020). SCORS-G and card pull effect of TAT stories: A study with a nonclinical sample of children. *Assessment*, 27(6), 1368-1377. <https://doi.org/10.1177/1073191118781014>
- 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. https://www.clinicalresearcher.org/SMA_Guide.pdf
- 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>
- Bouvet, C. (2010). Présentation de la *Social cognition and object relation scale* (SCORS – Échelles de cognition sociale et de relation d'objet) pour coter les récits TAT. Intérêts, limites et illustrations pour la clinique et la recherche empirique. *Bulletin de psychologie*, 63(4), 263-277. <https://doi.org/10.3917/bupsy.508.0263>
- Brelet-Foulard, F. et Chabert, C. (dir.). (2019). *Nouveau manuel du TAT : approche psychanalytique* (3^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>
- 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*, 72(1), 19-27. <https://doi.org/10.3917/bupsy.559.0019>
- 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), 1-22. <https://doi.org/10.1111/j.2517-6161.1977.tb01600.x>
- 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>
- Finn, S. E. (2007). *In our client's shoes: Theory and techniques of Therapeutic Assessment*. Taylor & Francis.

- 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>
- 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>
- Hansson, A., Hansson, L., Danielsson, I. et Domellöf, E. (2016). Short-and long-term effects of child neuropsychological assessment with a collaborative and therapeutic approach: A preliminary study. *Applied Neuropsychology: Child*, 5(2), 97-106.
<https://doi.org/10.1080/21622965.2014.996646>
- Herrera-Espinoza, R. (2018). *Étude transversale comparant des enfants de 5 à 10 ans sur huit dimensions des relations d'objet mesurées par le SCORS-G*. [thèse de doctorat, Université de Montréal]. Papyrus. <http://hdl.handle.net/1866/21765>
- Kernberg, O. F. (1995). *Object relations theory and clinical psychoanalysis* (revised éd.). Jason Aronson.
- Landis, J. R. et Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33(1), 159-174. <https://doi.org/10.2307/2529310>
- Lochman, J. E., Laird, R. D., McDaniel, H. L., Boxmeyer, C. L., Braun, S. S., Powell, N. P. et Qu, L. (2024). Intervention format and therapist–child agreement associated with therapeutic alliance and outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 92(1), 26-43.
<https://doi.org/10.1037/ccp0000841>
- Murray, H. A. (1943). *Thematic apperception test manual*. Harvard University Press.
- 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>
- Novick, K. K. et Novick, J. (2011). *Working with parents makes therapy work*. Jason Aronson.
- Palacio Espasa, F. et Knauer, D. (1996). Le développement de la vie fantasmatique et des identifications du bébé dans la clinique des psychothérapies mères-enfants. *Psychothérapies*, 16(2), 79-86.
- 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., Dur, W., Power, M., Rajmil, L. et European KIDSCREEN Group. (2001). Quality of life in children and adolescents: A European public health perspective. *Sozial-und Präventivmedizin*, 46(5), 294-302.
<https://doi.org/10.1007/BF01321080>
- Shrout, P. E. et Fliess, J. L. (1979). Intraclass correlations: Uses in assessing rater reliability. *Psychological Bulletin*, 82(2), 420-428. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.86.2.420>
- Smith, J. D. (2010). Therapeutic Assessment with children and families: Current evidence and future directions. *Report on Behavioral and Emotional Disorders in Youth*, 10(2), 39-43.

- 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. N., 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>
- Stein, M., Hilsenroth, M., Slavin-Mulford, J. et Pinsker, J. (2011). *Social Cognition and Object Relations Scale: Global rating method (SCORS-G; 4th ed.)* [Training manual]. Massachusetts General Hospital and Harvard Medical School. https://www-personal.umd.umich.edu/~csiefert/docs/SCORSGlobalTrainingManual_4thEd_2011.pdf
- 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.
- Tharinger, D. J., Finn, S. E., Arora, P., Judd-Glossy, L., Ihorn, S. M. et Wan, J. T. (2012). Therapeutic assessment with children: Intervening with parents “behind the mirror”. *Journal of Personality Assessment*, 94(2), 111-123. <https://doi.org/10.1080/00223891.2011.645932>
- 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., Wilkinson, A., DeHay, T., Parton, V. T., Bailey, K. E. et Tran, A. (2008). 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 Schaber, P. M. (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>
- Tharinger, D. J., Rudin, D. I., Frackowiak, M. S. et Finn, S. E. (2022). *Therapeutic Assessment with children: Enhancing parental empathy through psychological assessment*. Routledge.
- Velicer, W. F. et Colby, S. M. (2005). Missing data and the general transformation approach to time series analysis. Dans A. Maydeu-Olivares et J. J. McArdle (dir.), *Contemporary psychometrics: A festschrift for Roderick P. McDonald* (p. 509-535). Erlbaum.

Westen, D. et Lohr, N. (1990). *Social cognition and object relations scale (SCORS): Manual for coding TAT data*. University of Michigan.

CHAPITRE 4

Compléments quantitatif et clinique aux résultats

Ce chapitre vise à compléter les résultats présentés dans l'article scientifique en offrant une analyse approfondie et contextualisée des données quantitatives et cliniques recueillies aux différents temps de mesure. Alors que l'article (chapitre 3) présente les principaux effets globaux du processus d'É.C./T., le présent chapitre permet d'enrichir l'interprétation des résultats en précisant les trajectoires individuelles de changement et en mettant en relation les données quantitatives avec le matériel clinique issu des évaluations. Une attention particulière est accordée aux trois facteurs du SCORS-G, dont l'examen détaillé contribue à approfondir la compréhension des transformations cognitives et représentationnelles observées chez les participants.

4.1 Mesures à temps prédéterminés du processus de Amy (7 ans)

4.1.1 Facteur cognitif

En ce qui a trait au « Facteur cognitif » (voir le tiers supérieur du Tableau 3.3 à la page 61), on note chez Amy une augmentation significative et de grande magnitude des scores ($d = 0,99$, $p < 0,05$) du Temps 1 (2,53) au Temps 3 (3,38), passant d'un rang « primitif » ($1 \leq \text{score} < 3$) au Temps 1 à un rang « moyen » ($3 \leq \text{score} < 5$) au Temps 3. Lorsqu'on s'intéresse aux dimensions qui composent le facteur cognitif, on observe une augmentation significative et de grande magnitude ($d = 1,62$, $p < 0,01$) des scores du Temps 1 (2,38) au Temps 3 (3,50) à la « Compréhension de la causalité sociale » (CC) qui passent d'un rang « primitif » ($1 \leq \text{score} < 3$) au Temps 1 à un rang « moyen » ($3 \leq \text{score} < 5$) au Temps 3. La dimension « Complexité des représentations des individus » (CR) quant à elle ne présente pas de différences significatives.

Avant d'entamer son processus d'évaluation, Amy présentait des récits qui avaient une tendance à être désorganisés et incohérents. Par exemple, lorsqu'on lui demandait de raconter des histoires ou de réfléchir sur des situations sociales, elle exprimait fréquemment un sentiment d'incertitude en disant « je ne sais pas », ce qui perturbait et interrompait le déroulement de ses récits. En ce sens, le processus d'évaluation d'Amy a mis en lumière qu'elle avait d'importantes ressources internes, notamment sur le plan de l'imaginaire. Toutefois, elle semblait souvent paralysée dans sa capacité à répondre de manière spontanée à une situation, préférant tenter de deviner ce que l'évaluateur ou ses parents attendaient d'elle. Elle

paraissait aux prises avec un conflit psychique interne entre ses désirs propres et les attentes des autres, qui se manifestait sous la forme d'un malaise ou d'une incapacité à satisfaire simultanément des demandes perçues comme contradictoires, par exemple, entre les attentes de ses deux parents. Cette incapacité à trancher entre ses besoins et les attentes perçues se traduisait par des comportements contradictoires ou parfois une absence de réponse. Toutefois, lors de la phase post-intervention/relance, un changement qualitatif a été observé au sein des récits d'Amy. Ces observations cliniques corroboraient les résultats quantitatifs obtenus à cette même période : ses récits d'Amy, auparavant désorganisés et incohérents, présentaient une structure plus nette, un fil conducteur plus cohérent. Ce développement suggère que l'É.C./T. aurait permis à Amy de dépasser une partie de ses dilemmes internes, en développant une plus grande capacité à élaborer et à structurer ses récits et à comprendre les relations causales dans les situations sociales. Ainsi, après la séance post-intervention/relance, elle semblait avoir progressé vers une compréhension plus nuancée de la causalité sociale, où ses récits se présentaient non seulement plus cohérents, mais reflétaient aussi un effort pour s'approprier davantage ses propres réponses, moins influencées par les attentes des autres.

4.1.2 Facteur affectif

Le « Facteur affectif » d'Amy et toutes les dimensions qu'il contient (« Capacité d'investissement affectif dans les relations » (IA), « l'investissement des valeurs et des normes morales » (IN), « Qualité affective des relations » (QA), « Ressenti et gestion des impulsions agressives » (RA) n'ont pas présenté de différences significatives.

4.1.3 Facteur soi

En ce qui a trait au « Facteur soi » (voir le tiers inférieur du Tableau 3.3 à la page 61), on note chez Amy une augmentation significative et de grande magnitude des scores ($d = 1,05$ $p < 0,05$) du Temps 2 (4,03) au Temps 3 (4,59) chez Amy quoiqu'elle demeure à un rang « moyen » ($3 \leq \text{score} < 5$). Par contre, les dimensions « Estime de soi » (ES) et « Identité et cohérence du soi » (IC) n'ont pas présenté de différences significatives.

4.1.4 Comparaison aux normes

Lorsqu'on compare les scores d'Amy sur les huit dimensions à ceux de filles du même âge dans un échantillon non clinique présenté par Herrera-Espinoza (2019)⁴, on observe que le nombre de dimensions pour lesquelles ses scores sont significativement inférieurs à la moyenne du groupe de référence ($z \leq -1,96$) diminue au fil du processus : au Temps 1, on en dénombre six sur huit; au Temps 2, trois sur huit; et au Temps 3, un sur huit. On peut donc conclure qu'après son processus d'évaluation, les représentations mentales d'Amy étaient mieux alignées avec les normes des filles de son âge.

4.2 Mesures à temps prédéterminés du processus de Tristan (9 ans)

4.2.1 Facteur cognitif

Les scores au « Facteur cognitif » de Tristan ainsi que ceux des dimensions qu'il contient (CR et CC) ne montrent pas d'amélioration significative.

4.2.2 Facteur affectif

Les scores du « Facteur affectif » (voir le tiers central du Tableau 3.4 à la page 62) chez Tristan montrent une hausse significative et de grande magnitude ($d = 1,42$, $p < 0,01$) du Temps 1 (3,10) au Temps 3 (3,65) ainsi que du Temps 2 (3,23) au Temps 3 (3,65); ces scores demeurent dans un rang « moyen » ($3 \leq \text{score} < 5$). Les scores de Tristan aux dimensions associées au Facteur affectif montrent qu'à la dimension « Qualité affective des relations » (QA), il y a une hausse significative et de grande magnitude ($d = 1,02$, $p < 0,05$) des scores du Temps 1 (3,31) au Temps 3 (4,79), ainsi que du Temps 2 (3,38) au Temps 3 (4,79). Les scores demeurent dans un rang « moyen » ($3 \leq \text{score} < 5$).

Ces résultats quantitatifs trouvent un écho dans les observations cliniques réalisées au cours de l'évaluation de Tristan. En effet, avant le début de son évaluation, Tristan élaborait des récits contenant des thèmes émotionnels souffrants et des interactions interpersonnelles non plaisantes. Ces récits reflétaient bien ses difficultés à gérer les tensions émotionnelles dans ses relations. D'ailleurs, dans le cadre de son évaluation, il avait été observé que Tristan possédait de bonnes capacités relationnelles, une certaine sensibilité empathique et une volonté de collaborer. Toutefois, en raison de sa grande sensibilité

⁴ Le lecteur attentif notera que les normes utilisées au moment de rédiger l'article présenté au chapitre précédent n'étaient pas ventilées par sexe, ce qui est le cas ici et plus loin pour Tristan et Flor. Ceci mène à quelques différences entre les conclusions de l'article et celles présentées ici, quoique cela ne fasse qu'ajouter des précisions, tout spécialement dans le cas de Tristan.

émotionnelle, il était également très réactif face aux demandes des autres. Lorsque ces demandes devenaient trop envahissantes, Tristan avait tendance à se replier sur lui-même, adoptant une posture défensive. Ce repli, qui pouvait être perçu comme un désintérêt ou un égocentrisme, était en réalité une forme de protection contre l'angoisse générée par les contraintes externes. Tristan ne se désinvestissait pas des relations, mais préférait se retirer momentanément pour gérer l'angoisse et éviter la surcharge émotionnelle. Cependant, au cours de son processus d'évaluation, Tristan a présenté des signes d'adaptation dans sa manière d'appréhender les interactions sociales.

En effet, à la suite des séances d'intervention et jusqu'à la fin du processus d'évaluation, ses récits se sont enrichis de thèmes plus diversifiés, intégrant à la fois des éléments positifs et négatifs, et les personnages y étaient décrits comme plus aidants et plus plaisants. Cette évolution semblait indiquer que les changements amorcés durant la phase d'intervention se sont consolidés par la suite, se traduisant par une amélioration de la régulation émotionnelle et de la qualité des représentations relationnelles. En offrant un cadre plus structuré et des demandes plus claires (notamment à travers un consensus parental et un soutien stable), il est probable que Tristan ait pu se sentir plus en sécurité dans ses relations, ce qui a favorisé une meilleure gestion des émotions et un développement relationnel plus harmonieux.

Ainsi donc, ces résultats s'inscrivent en cohérence avec l'analyse des trajectoires quantitatives, qui montre que les changements chez Tristan s'expliquent principalement par une augmentation significative entre le Temps 2 et le Temps 3, en l'absence de différence significative entre le Temps 1 et le Temps 2. Il est possible de penser que Tristan a bénéficié des séances d'intervention et que son évolution ait pu se poursuivre de manière autonome entre la phase d'intervention et la phase post-intervention/relance.

4.2.3 Facteur soi

En ce qui a trait au « Facteur soi » (voir le tiers inférieur du Tableau 3.4 à la page 62) de Tristan, on note une augmentation significative et de grande magnitude ($d = 1,05$, $p < 0,05$) du Temps 1 (3,60) au Temps 3 (4,18), ainsi que du Temps 2 (3,58) au Temps 3 (4,18) ($d = 1,10$, $p < 0,05$). Ses scores demeurent dans un rang « moyen » ($3 \leq \text{score} < 5$). Les scores de la dimension « Identité et cohérence du soi » (IC), qui fait partie du Facteur soi, montrent une augmentation significative et de grande magnitude ($d = 1,00$, $p < 0,05$) du Temps 1 (3,69) au Temps 3 (4,29), scores qui demeurent à un rang « moyen » ($3 \leq \text{score} < 5$).

Avant que s'amorce l'évaluation, les récits de Tristan se caractérisaient par une faible élaboration des thèmes identitaires. Cela reflétait une absence de réflexion consciente et approfondie sur lui-même, ses besoins, ses objectifs ou son avenir. Cette absence de thème autour de l'identité aurait pu être liée à un manque d'intégration personnelle à ce stade, un phénomène observé chez des enfants qui n'ont pas encore une perception claire et structurée de qui ils sont et de ce qu'ils veulent. Ce manque de développement identitaire était également compatible avec la description clinique des comportements de Tristan, où il semblait avoir des difficultés à se projeter ou à aborder des tâches créatives de manière fluide, en raison d'une certaine confusion ou angoisse. Dans le cadre de l'évaluation, il avait été noté que Tristan avait tendance à s'identifier fortement à ses capacités intellectuelles, où il montrait une facilité à performer, surtout dans des tâches mesurables et logiques. Cependant, il manifestait une certaine confusion et angoisse face à des tâches plus libres, créatives et subjectives, comme l'écriture ou l'invention d'histoires. Cette angoisse face à la créativité aurait pu être associée à une peur de l'échec ou à la crainte de ne pas répondre à des attentes externes, renforçant son besoin de perfection et son anxiété quant à la « bonne » ou « mauvaise » performance.

Cependant, à la séance post-intervention/relance, une évolution qualitative a été observée dans ses récits lesquels incluaient des réflexions sur les besoins, objectifs et sur l'avenir des personnages. Ces observations se sont révélées cohérentes avec les résultats quantitatifs, qui indiquent une amélioration significative du fonctionnement représentationnel lié au soi. Cette évolution suggère que Tristan commençait à intégrer de manière plus structurée des aspects identitaires dans ses productions narratives, ce qui témoignait d'une meilleure cohérence de son image de soi et d'une capacité accrue à se représenter dans le temps et dans différents contextes.

Cette évolution pourrait indiquer que le processus d'évaluation, combiné aux ajustements réalisés dans l'environnement familial (notamment un soutien accru à l'autonomie et un encouragement à s'engager dans des tâches créatives), ont contribué à offrir un cadre sécurisant à Tristan. Ce contexte lui aurait permis d'explorer ses capacités créatives et identitaires sans être envahi par la peur de l'échec ou la pression des attentes externes.

4.2.4 Comparaison aux normes

Lorsqu'on compare les scores de Tristan sur les huit dimensions à ceux de garçons de son âge (Herrera-Espinoza, 2019), on observe que le nombre de dimensions pour lesquelles ses scores sont

significativement inférieurs à la moyenne du groupe de référence ($z \leq -1,96$) augmente légèrement au fil du processus : au Temps 1, on en dénombre cinq sur huit; et aux Temps 2 et Temps 3, six sur huit. Toutefois, au Temps 3, ses scores aux dimensions QA et ES deviennent significativement supérieurs à la moyenne des garçons de son âge ($z \geq 1,96$). On peut donc conclure qu'indépendamment de ses progrès ou de ses pertes par rapport à lui-même (voir les sous-sections précédentes), Tristan semblait présenter un fonctionnement demeurant généralement sous les normes sur plusieurs dimensions au terme de l'évaluation, mais avait fait des gains importants, le plaçant même à un niveau supérieur aux garçons de son âge, quant à la Qualité affective des relations (QA) et quant à son Estime de soi (ES) à ce moment.

4.3 Mesures à temps prédéterminés du processus de Flor (11 ans)

Une particularité observée au sein des résultats de Flor est qu'on trouve beaucoup d'améliorations dans ses scores du Temps 1 au Temps 2, qui se traduisent au final par des augmentations significatives du Temps 1 au Temps 3. Toutefois, aucun changement significatif n'est observé du Temps 2 au Temps 3, soulignant que, si elle a bénéficié de l'É.C./T., elle semblait avoir encore besoin d'un soutien en personne et régulier pour se développer.

4.3.1 Facteur cognitif

D'abord, en ce qui a trait au « Facteur cognitif » (voir le tiers supérieur du Tableau 3.5), on note chez Flor une augmentation significative et de grande magnitude des scores ($d = 1,26, p < 0,01$) du Temps 1 (2,91) au Temps 2 (3,34) passant d'un rang « primitif » ($1 \leq \text{score} < 3$) à un rang « moyen » ($3 \leq \text{score} < 5$). Lorsqu'on s'intéresse aux dimensions qui découlent du facteur cognitif, on observe une augmentation significative et de grande magnitude des scores ($d = 1,00, p < 0,05$) du Temps 1 (2,75) au Temps 2 (3,31) à la dimension « Compréhension de la causalité sociale » (CC) qui a évolué d'un rang « primitif » ($1 \leq \text{score} < 3$) au Temps 1 à un rang « moyen » ($3 \leq \text{score} < 5$) au Temps 2.

Lors de sa première séance, Flor présentait des récits qui manquaient de structure, qui étaient désorganisés et incohérents. Cette difficulté aurait pu être influencée par des états émotionnels non régulés ou mal intégrés, ce qui rendait les récits plus flous et difficiles à organiser. En effet, durant son processus d'évaluation clinique, il avait été observé lorsque Flor semblait submergée par une charge émotionnelle importante non exprimée, elle manifestait de l'anxiété qui pouvait interférer avec sa capacité à organiser ses pensées de manière logique, d'où les incohérences dans ses récits. D'un autre côté, il avait été noté que lorsqu'est pris en charge son angoisse et qu'on lui donnait l'espace et le soutien

nécessaires pour s'exprimer, Flor semblait capable d'élaborer ses émotions et ses pensées de façon plus claire.

En ce sens, au terme de la période d'intervention, une évolution significative a été observée, tant sur le plan quantitatif (voir résultats ci-haut) que qualitatif. En effet, les récits de Flor devenaient plus structurés, avec un meilleur fil conducteur et moins d'incohérences. Cette évolution suggérait que les interventions avaient favorisé une meilleure capacité à établir des liens entre les événements et les états émotionnels des personnages, ce qui reflétait une amélioration de la compréhension émotionnelle et sociale de Flor.

Toutefois, une diminution des scores a été observée lors de la phase post-intervention/relance, suggérant que les gains obtenus en contexte d'évaluation ne se sont pas entièrement maintenus dans le contexte naturel. Sur le plan qualitatif, cette évolution a également été observable dans les récits de Flor, qui apparaissaient moins structurés et davantage marqués par des incohérences et une diminution du fil conducteur par rapport à la phase d'intervention. Ces éléments cliniques semblaient indiquer une variabilité dans sa capacité à mobiliser les acquis en dehors du cadre d'évaluation.

Sur le plan clinique, cette observation pourrait suggérer que Flor bénéficiait d'un soutien thérapeutique structurant et qu'elle n'était pas encore pleinement en mesure de mobiliser ces acquis de manière autonome à domicile. D'ailleurs, elle avait exprimé à plusieurs reprises son désir de poursuivre le processus d'évaluation à long terme et sa difficulté à y mettre fin.

Par ailleurs, Flor présentait plusieurs symptômes psychologiques aigus lorsqu'elle a débuté le processus d'évaluation et l'histoire de l'immigration de sa famille s'inscrivait dans un processus identitaire plus complexe que les autres enfants de l'étude. Ses parents exprimaient eux aussi une grande détresse. Il est possible de penser que la période d'intervention et la régularité des séances ont pu contribuer à contenir la détresse familiale, bien que cet effet ait nécessité d'être soutenu à plus long terme

4.3.2 Facteur affectif

La différence de scores du « Facteur affectif » (voir le tiers central du Tableau 3.5 à la page 63) chez Flor est significative et de grande magnitude du Temps 1 (2,66) au Temps 3 (3,42) ($d = 1,13, p < 0,01$), ainsi que du Temps 1 (2,66) au Temps 2 (3,48) ($d = 1,15, p < 0,01$); ceux-ci sont passés d'un rang « primitif » ($1 \leq \text{score} < 3$) au Temps 1 à un rang « moyen » ($3 \leq \text{score} < 5$) aux Temps 2 et 3. À la dimension « Qualité

affective des relations » (QA), on note une hausse significative et de grande magnitude ($d = 1,64, p < 0,01$) des scores du Temps 1 (2,00) au Temps 3 (3,88) ($d = 0,95, p < 0,05$), ainsi que du Temps 1 (2,00) au Temps 2 (3,94) ($d = 1,64, p < 0,01$) passant d'un rang « primitif » ($1 \leq \text{score} < 3$) au Temps 1 à un rang « moyen » ($3 \leq \text{score} < 5$) aux Temps 2 et 3.

Avant de débiter son évaluation, Flor construisait des récits qui tendaient à représenter des personnages malveillants, des situations de négligence, des conflits interpersonnels et des affects souffrants. Ces éléments montraient que, dans ses représentations de la réalité sociale et affective, Flor se focalisait sur des aspects négatifs des relations, ce qui peut refléter des difficultés dans la gestion de ses propres émotions et dans la perception des autres comme potentiellement hostiles ou indifférents. Cette représentation négative des relations interpersonnelles pouvait être le reflet d'une expérience personnelle marquée par un sentiment d'isolement ou de rejet.

En effet, durant son processus d'É.C/T, Flor avait exprimé à plusieurs reprises son désir d'aller vers les autres et de se faire des amis, tout en évoquant fréquemment un sentiment de solitude et de peur d'être mise à l'écart, notamment à l'école. Elle manifestait une crainte d'être perçue comme étrange ou inintéressante par les autres.

Cependant, une évolution était notable au terme de la période d'intervention. Les récits de Flor devenaient plus équilibrés, intégrant des aspects émotionnels positifs et des personnages bienveillants, ce qui montrait qu'elle développait une vision plus positive et plus ouverte des relations interpersonnelles. Ces changements se maintenaient à la séance post-intervention/relance, où ses récits continuaient de refléter cette amélioration significative observée quantitativement sur la qualité affective des relations.

Il est possible de penser qu'au fil du processus, Flor a pu exprimer plus directement ses sentiments d'étrangeté et de solitude, ce qui témoigne de sa capacité à reconnaître et verbaliser ses émotions dans un cadre sécurisant. Lorsqu'un espace d'expression lui était offert, elle semblait davantage en mesure de comprendre et de moduler ses états émotionnels.

Pour Flor, ce processus de verbalisation et d'exploration affective avait pu contribuer à une évolution vers une perception plus positive des relations, tant envers les autres qu'envers elle-même. Cette transformation reflétait une amélioration de la régulation émotionnelle et une réorganisation des

représentations interpersonnelles, suggérant une progression dans la compréhension de la causalité sociale et des dynamiques affectives.

4.3.3 Facteur soi

En ce qui a trait au « Facteur soi » (voir le tiers inférieur du Tableau 3.5) de Flor, aucun changement significatif n'est observé. Toutefois ses scores à la dimension « Identité et cohérence du soi » (IC) montrent une augmentation significative de grande magnitude ($d = 1,06$, $p < 0,01$) du Temps 1 (3,19) au Temps 2 (3,94), même si ses scores demeurent à un rang « moyen » ($3 \leq \text{score} < 5$).

Les récits de Flor exposaient des thèmes liés à la fragilité et à la fluctuation du sentiment de soi avant l'amorce de son évaluation. En ce sens, au cours de l'É.C./T. de Flor, il avait été souligné que cette dernière semblait se trouver face à un conflit interne concernant l'autonomie et la différenciation. Flor se trouvait dans une phase où l'acquisition progressive de l'autonomie et l'affirmation de soi devenaient essentielles. Cependant, elle semblait éprouver une certaine insécurité face à cette nouvelle étape de son développement. Ce conflit se manifestait par des comportements contradictoires : à la fois elle cherchait à se réfugier dans le confort maternel, puis, à d'autres moments, cherchait à repousser les autres et à vouloir tout faire seule. Ce va-et-vient entre l'envie d'indépendance et la peur de ne pas être capable de s'affirmer était source de confusion et d'intensité émotionnelle chez Flor, parfois la laissant dans un état de détresse ou de paralysie. Ce phénomène pourrait expliquer, en partie, la fluctuation de son sentiment de soi au début de l'évaluation. Cependant, au cours de la période d'intervention, elle a présenté des récits où les thèmes de fluctuation de soi étaient moins présents, suggérant que Flor commençait à gagner en stabilité et en cohérence dans son sentiment de soi.

Sur le plan clinique, cette évolution pourrait être mise en lien avec l'effet contenant du cadre thérapeutique. L'intervention aurait permis de reconnaître et de mettre en mots ses émotions contradictoires, facilitant ainsi une première intégration de ses expériences internes. En effet, lui offrir un espace pour verbaliser ses émotions et lui apporter un soutien, a pu l'aider à intégrer ses expériences et à mieux comprendre son sentiment de soi. Elle avait notamment pu verbaliser un sentiment de solitude, un aspect important de son expérience personnelle, surtout en tant qu'unique enfant de la famille née et ayant grandi au Québec, une situation qui la place dans une position particulière et qui pourrait créer un sentiment d'étrangeté. Cette reconnaissance de sa « biculture » (le fait d'être influencée par deux cultures)

aurait pu l'aider à mieux comprendre et accepter ses singularités identitaires, tout en trouvant des éléments de cohérence dans sa personnalité.

De plus, la valorisation de son identité au cours des séances d'intervention avait pu permettre à Flor de commencer à explorer et à exprimer des aspects positifs de son identité, notamment en prenant conscience de ses talents, de ses passions et des éléments de ses cultures qui la constituent. Ce travail de valorisation de ses forces et de ses intérêts avait pu l'amener à s'affirmer un peu plus, à reconnaître ses talents, et à mieux intégrer ces différentes facettes de son identité dans une vision plus cohérente d'elle-même. En résumé, l'augmentation significative observée à la dimension « Identité et cohérence du soi » traduit, sur le plan clinique, une amélioration du sentiment de cohérence identitaire chez Flor. Cette évolution s'est manifestée concrètement dans ses récits, qui passaient de thèmes marqués par l'instabilité et l'ambivalence à des représentations de soi plus stables et organisées. Sur le plan clinique, ces transformations suggèrent qu'un travail thérapeutique a permis à Flor de mieux reconnaître et intégrer ses émotions contradictoires, de mettre en mots son vécu de solitude et de valoriser ses ressources personnelles, notamment son identité biculturelle. L'ensemble de ces éléments converge vers une intégration identitaire plus harmonieuse et stable.

4.3.4 Comparaison aux normes

Lorsqu'on compare les scores des huit dimensions de Flor à la moyenne de ceux de filles de 9 à 10 ans⁵ (Herrera-Espinoza, 2019), on observe que le nombre de dimensions pour lesquelles ses scores sont significativement inférieurs à la moyenne du groupe de référence ($z \leq -1,96$) diminue au Temps 2 mais augmente un peu au Temps 3 : au Temps 1, on en dénombre sept sur huit; au Temps 2, deux sur huit; et au Temps 3, quatre sur huit. Il apparaît donc qu'au terme des séances d'intervention, Flor avait pu développer des représentations mentales mieux alignées avec les normes de filles de son âge ou presque. Toutefois, une part de ces gains se sont dissous pendant la phase post-intervention/relance, marquée par l'absence de rencontres régulières avec les co-évaluatrices.

4.4 Les dimensions chez les trois enfants

Il est possible d'observer que seules certaines dimensions du SCORS-G montrent une évolution significative, et que ce sont généralement les mêmes dimensions qui présentent ces résultats significatifs

⁵ Des normes ne sont malheureusement pas disponibles pour les filles de 11 ans.

chez les différents participants. En effet, les dimensions CC, QA et IC ont tendance à montrer des résultats significatifs chez les participants. Plus précisément, on observe qu'Amy (au Temps 3) et Flor (au Temps 2) montrent une évolution significative à la dimension CC. Quant aux scores à la dimension QA, ils sont significatifs chez Tristan (Temps 3) et Flor (Temps 2 et 3). Finalement, Tristan (au Temps 3) et Flor (au Temps 2) ont en commun une augmentation significative de leurs scores à la dimension IC. À la lumière de ce constat, il est possible de postuler que l'É.C./T. favoriserait le développement de certains aspects précis des représentations mentales. De futures recherches reproduisant ce type de méthode auprès d'autres cas pourraient éclaircir cette observation.

CHAPITRE 5

Discussion générale

Les objectifs visés par notre étude consistaient d'abord à vérifier si une évaluation collaborative/thérapeutique (É.C./T.) est associée à des changements chez l'enfant, tant en ce qui concerne les variations des indices représentationnels entre les différentes phases du processus qu'en ce qui a trait à l'évolution de ces indices dans le temps. Elle visait également à déterminer si certaines étapes spécifiques de ce processus sont particulièrement liées à ces changements. Enfin, l'étude cherchait à examiner si les représentations cognitives et affectives de soi et des autres chez les enfants évoluent vers des formes plus matures et adaptées au fil de l'évaluation. Les résultats révèlent une tendance générale, chez les trois enfants participants, à passer vers des représentations mentales généralement plus adaptées au cours du processus d'É.C./T. Il demeure que les résultats obtenus mettent en lumière une trajectoire de changement des représentations mentales propre à chaque enfant.

5.1 Les mesures quotidiennes

Les résultats des analyses des séries chronologiques des mesures quotidiennes pour les trois enfants de notre étude sont partiellement concluants, étant donné que des changements statistiquement significatifs ont été observés seulement dans la trajectoire de Tristan. Néanmoins, les courbes des mesures quotidiennes suggèrent que chaque enfant semble suivre une trajectoire idiographique spécifique. Cela soutient les conclusions de recherches antérieures portant sur les séries chronologiques (Smith *et al.*, 2010 ; Smith *et al.*, 2011 ; Smith *et al.*, 2009), qui ont observé des trajectoires de changement distinctes pour chaque enfant dans leurs études, bien que ces études se concentraient principalement sur des mesures comportementales rapportées par les parents.

L'analyse visuelle des scores des trois enfants de notre étude révèle que, pour deux d'entre eux (Amy et Tristan), la variabilité de leurs scores semble avoir diminué à mesure qu'ils progressaient dans le processus. En outre, une stabilisation apparente de leur humeur et de leur estime de soi durant la période post-intervention/relance a été observée pour chacun à partir de l'analyse visuelle des courbes présentées aux Figure 3.2 et Figure 3.3. Cela pourrait suggérer un modèle de changement méritant d'être exploré plus en profondeur dans de futures recherches, au-delà des simples différences de moyennes entre les phases, en le mettant en relation avec d'autres indicateurs de changements positifs (comportementaux ou autres). Dans le cas de la troisième enfant (Flor), ce phénomène de diminution de la variabilité des scores n'a pas

été observé. En outre, la diminution de la variabilité observée chez deux des participants peut être comprise à la lumière des théories de la mentalisation (Fonagy et Target, 1998). Elle peut ainsi être interprétée non seulement comme un signe d'amélioration, mais également comme l'indice d'un renforcement des capacités de mentalisation chez ces enfants. En effet, une meilleure capacité à identifier, différencier et réguler ses états internes est susceptible de se traduire par une plus grande stabilité affective et représentationnelle au fil du temps. Dans cette perspective, les fluctuations initiales pourraient refléter une difficulté à organiser l'expérience interne, tandis que leur atténuation progressive témoignerait d'un processus d'intégration psychique en cours.

Considérant que seul un enfant montre des résultats significatifs aux mesures quotidiennes et qu'une diminution de la variabilité des scores est observée chez deux enfants sur trois, il serait pertinent d'explorer si certaines spécificités des enfants (p. ex. âge, maturité affective et cognitive, niveau de détresse familiale, qualité des réponses parentales) pourraient contribuer à la sensibilité aux mesures quotidiennes utilisées au sein de notre étude.

En ce sens, les facteurs individuels et contextuels peuvent également être compris à la lumière de la théorie du système de *caregiving* (Bowlby, 1982). En effet, la qualité des réponses parentales, façonnée par les représentations mentales que construisent ces figures d'attachement, influence directement le développement des représentations de soi et des autres chez l'enfant. Ainsi, les trajectoires différenciées observées pourraient refléter des contextes relationnels distincts, certains favorisant davantage l'intégration et la stabilisation des expériences internes. Par exemple, l'absence de diminution de la variabilité observée chez Flor pourrait s'inscrire dans ce cadre, en suggérant un contexte relationnel offrant moins de soutien à l'intégration et à la régulation des états internes.

Ces éléments soulèvent également des enjeux d'ordre méthodologique quant à la capacité des mesures utilisées à capter adéquatement ces processus complexes et potentiellement différenciés selon les enfants. La question de savoir si ce type de mesure représente la meilleure pour évaluer des représentations mentales demeure ouverte. Bien que les résultats suggèrent que le questionnaire que nous avons conçu est sensible et utile, la grande limite est de trouver une mesure valide de ces construits, mais ne comportant que quelques items (pour qu'elle puisse être utilisée quotidiennement).

5.2 Les mesures à temps prédéterminés

D'après l'analyse des mesures prises à des moments prédéfinis, basée sur les résultats du SCORS-G, une tendance générale se dégage chez les trois enfants participants : ils semblent évoluer vers des représentations mentales plus adaptées au fil du processus d'É.C./T., à l'exception des scores de Tristan au Facteur cognitif qui connaissent une légère diminution. Plus précisément, deux des trois enfants (Amy et Tristan) ont amorcé ou poursuivi des changements entre la phase d'intervention et la phase post-intervention/relance (du Temps 2 au Temps 3), tandis que la troisième enfant (Flor) n'a montré des changements que du niveau de base à la phase d'intervention (du Temps 1 au Temps 2). On pourrait envisager que Tristan et Amy aient tiré parti des interventions proposées au Temps 2 pour maintenir, de manière « autonome », certains progrès durant la période post-intervention lorsqu'ils ne consultaient plus les co-évaluatrices. En revanche, il semble que Flor aurait eu besoin de davantage de soutien pour réaliser de tels changements, ceux-ci se résorbant en l'absence du soutien régulier que lui offraient les rencontres avec sa co-évaluatrice.

À cet égard, le maintien des gains observé chez Amy et Tristan durant la phase post-intervention pourrait être interprété à travers le prisme de l'alliance thérapeutique. En effet, il est possible que la relation avec les co-évaluatrices ait pu offrir un espace à la fois contenant et réflexif, permettant à ces deux enfants d'expérimenter une forme de mentalisation « soutenue », progressivement internalisée au fil du processus. Cette internalisation du fonctionnement réflexif du clinicien s'inscrit dans les modèles de la mentalisation, selon lesquels le développement des capacités réflexives de l'enfant repose sur des interactions avec un adulte capable de se représenter de manière adéquate ses états internes pour ensuite les lui refléter (Slade, 2005).

À l'inverse, la nécessité observée chez Flor d'un soutien prolongé pourrait suggérer une internalisation incomplète de ce processus, l'alliance thérapeutique semblant davantage jouer un rôle de soutien externe que de ressource internalisée. La difficulté à maintenir les acquis en l'absence du cadre relationnel de l'alliance thérapeutique pourrait également être comprise à la lumière de la théorie du système de *caregiving* (Bowlby, 1982), selon laquelle la qualité et la flexibilité des réponses parentales influencent le développement des représentations internes de soi et des autres. Dans cette perspective, un système de *caregiving* moins contenant ou moins ajusté aux besoins de l'enfant pourrait limiter la consolidation autonome des gains réalisés en contexte d'évaluation.

En outre, l'analyse des dimensions sous-jacentes aux facteurs des mesures à temps prédéterminés montre que certaines dimensions spécifiques (Compréhension de la causalité sociale, Qualité affective des relations, Identité et cohérence du soi), communes aux enfants participants, évoluent de manière significative vers l'adaptation. Cela suggère que des changements similaires se produisent dans certains aspects plus spécifiques des représentations mentales des enfants. Ces dimensions apparaissent étroitement liées aux construits évalués dans les mesures quotidiennes (représentations de la relation avec les parents, humeur, représentation de soi), ce qui témoigne d'une cohérence entre les deux niveaux d'analyse. Cette cohérence entre les différentes modalités de mesure vient appuyer l'hypothèse selon laquelle les changements observés touchent effectivement le système représentationnel de l'enfant. En ce sens, il serait pertinent, lors de recherches futures, de recueillir de nouvelles données afin d'approfondir la compréhension des éléments spécifiques des représentations mentales que l'É.C./T. contribue à faire évoluer. Une telle démarche permettrait notamment de mieux articuler ces changements avec les processus théoriques sous-jacents au développement observé.

Dans cette perspective d'une exploration plus fine des composantes du système représentationnel, les améliorations observées dans des dimensions telles que la Compréhension de la causalité sociale, la Qualité affective des relations et l'Identité et la cohérence du soi peuvent être mises en lien avec le développement des capacités de mentalisation. Ces dimensions impliquent en effet une meilleure compréhension des états mentaux d'autrui ainsi qu'une représentation plus cohérente de soi, deux processus centraux dans les modèles de Fonagy et ses collègues (1996, 1998, 2002). Ainsi, les changements observés pourraient refléter une transformation qualitative du fonctionnement psychique de l'enfant, plutôt qu'une simple amélioration symptomatique.

Par ailleurs, les résultats des enfants de notre étude montrent que l'É.C./T. permet une évolution de certaines représentations mentales vers un fonctionnement plus proche d'une population non clinique d'enfants de leur âge. Cela pourrait correspondre à l'atteint d'un objectif thérapeutique classique en clinique infantile, soit la reprise du développement.

5.3 Évolution des représentations mentales en cohérence avec la littérature

Les changements aux représentations mentales des enfants de la présente étude vont dans le sens de résultats que divers travaux de recherches ont rapporté précédemment. Notamment, Aschieri et ses collègues (2023) ont exposé, à partir d'une revue systématique, l'efficacité des méthodes d'évaluation

collaboratives sur le processus de traitement, la croissance personnelle et la réduction des symptômes des patients. Puis, Finn et ses collègues (Finn, 2009 ; Tharinger *et al.*, 2012) ont mis en évidence que le développement chez les parents de l'empathie envers leur enfant, ainsi que la prise de conscience de leurs propres représentations de l'enfant et de ses difficultés, favorisent le processus de changement chez l'enfant et sa famille. Les travaux de Smith et ses collègues (2009, 2010, 2011), effectués à partir de mesures quotidiennes, ont identifié des changements positifs de scores liés à la symptomatologie de l'enfant, au sentiment de bien-être de l'enfant et au fonctionnement familial.

Notre étude apporte de nouveaux éclairages sur l'impact des évaluations collaboratives, en mettant l'accent sur le changement chez l'enfant tel que perçu par celui-ci. Ce changement d'accent permet une compréhension plus nuancée des trajectoires individuelles des enfants. De plus, l'intérêt est porté au-delà des symptômes comportementaux observés chez l'enfant puisque les comportements n'existent pas de manière isolée : ils sont sélectionnés, évalués et modifiés par un système de représentations mentales (George et Solomon, 1999). Aussi, notre étude sonde l'enfant lui-même sur ce monde représentationnel, plutôt que ses parents, par des mesures directes, ainsi que par des mesures projectives plus indirectes qui permettent d'accéder à des tendances inhibées liées aux aspects émotionnels, pulsionnels et conflictuels de sa personnalité qu'il ne voudrait pas avouer dans ses réponses à des questions plus directes ou ne pourrait pas admettre parce qu'il en est inconscient (Murray, 1943). Étant un individu à part entière avec son propre monde intrapsychique et son propre système représentationnel, il nous paraissait important de nous intéresser à ce que pense l'enfant sans passer par son parent qui, lui, construit ses propres représentations mentales. En d'autres mots, chaque parent peut avoir ses propres biais dans sa manière de se représenter son enfant. En ce sens, les données recueillies montrent que des changements chez l'enfant touchent des dimensions profondes du fonctionnement psychique et que l'approche collaborative est cliniquement pertinente pour favoriser, à court terme, un travail de reconfiguration du monde représentationnel de l'enfant. Cette conclusion doit néanmoins être interprétée avec prudence, compte tenu du nombre restreint de cas étudiés, ce qui limite la portée de généralisation des résultats et justifie la réalisation d'études futures sur des échantillons plus larges.

5.4 Limites de l'étude et pistes de recherches futures

Une limite potentielle de la présente étude concerne le fait que l'enfant et ses parents n'ont pas été pris en charge par le même clinicien, ce qui pourrait théoriquement affecter la cohérence du cadre thérapeutique et les effets systémiques de l'intervention. Toutefois, cette limite doit être nuancée. En

effet, l'ensemble des rencontres avec l'enfant se déroulait en présence des parents, ce qui favorisait une certaine transparence du processus et une continuité des échanges entre les différents moments et espaces d'intervention. De plus, les quelques séances réalisées sans la présence de l'enfant impliquaient la participation simultanée des deux cliniciennes auprès des parents, ce qui a contribué selon nous à maintenir une cohérence clinique et un alignement des interventions. Ainsi, bien que la prise en charge distincte puisse constituer un facteur de variabilité, son impact potentiel est partiellement atténué par l'organisation collaborative du dispositif.

Par ailleurs, dans cette étude, l'ensemble des séances de la phase d'intervention a été regroupé pour l'analyse des mesures quotidiennes, ce qui limite la possibilité d'identifier l'impact spécifique de certaines composantes de l'intervention. De même, les mesures prises à des temps fixes n'ont été recueillies qu'après la séance de bilan de l'enfant durant la phase d'intervention, ce qui empêche de distinguer les effets spécifiques de la séance familiale de ceux liés à la séance de bilan de l'enfant. Il serait pertinent, lors de futures recherches, de tenter de préciser si les changements observés chez les enfants sont le résultat cumulatif des différentes interventions (p. ex. séances familiales, bilan sous forme de conte) ou si certaines interventions spécifiques jouent un rôle crucial dans ce changement. Cette question de l'effet différencié des composantes de l'intervention renvoie également au choix de la structuration temporelle de l'étude, en particulier à la partition en trois phases, qui mérite elle aussi d'être interrogée. Plus précisément, le choix de découper l'intervention en trois phases repose à la fois sur des travaux antérieurs ayant utilisé cette même partition et sur certaines hypothèses concernant les moments clés susceptibles de favoriser le changement. Toutefois, l'analyse statistique de la significativité des changements dépend directement de cette partition, et se limite donc à la comparaison entre les phases ainsi définies. Cela n'exclut pas que d'autres découpages temporels auraient pu révéler des effets significatifs. Il est également possible que, avec davantage de recul ou sur la base d'un plus grand nombre de cas, d'autres moments critiques apparaissent comme plus pertinents pour observer les changements. Ces éléments devront être pris en compte dans le cadre d'études futures.

Dans cette perspective d'approfondissement des mécanismes de changement, il serait également pertinent de s'intéresser à l'effet de la relecture du conte. En effet, nous croyons que l'usage qui est fait du conte, qui est transmis à l'enfant lors de sa séance de bilan, pourrait soutenir la stabilisation et l'évolution des changements qui continuent de s'opérer après les séances de bilan. Cette hypothèse découle de données anecdotiques de parents et d'enfants qui ont exprimé avoir relu à plusieurs reprises

le conte à la maison et s'être approprié certaines métaphores qu'il contenait pour communiquer entre eux.

Par ailleurs, l'étude présentée dans cet essai ne permet pas de comparer l'évaluation de type collaborative à l'évaluation plus traditionnelle. Il serait indiqué de produire de futures recherches comparatives afin de mieux cerner les spécificités et les avantages de l'approche collaborative.

Il serait également pertinent, dans le cadre de recherches futures, d'explorer comment l'évolution des représentations mentales des parents et l'évolution de celles de leur enfant s'influencent mutuellement dans le contexte d'une évaluation collaborative, et dans quelle mesure un changement observé chez l'un s'accompagne d'un ajustement parallèle chez l'autre, à travers l'analyse de leurs trajectoires respectives d'indices de représentations mentales.

CONCLUSION

Cette étude a exploré l'impact de l'évaluation collaborative/thérapeutique (É.C./T.) sur les représentations mentales des enfants à travers deux méthodes complémentaires : des mesures quotidiennes et des évaluations à temps prédéterminés basées sur le SCORS-G. Les résultats soutiennent l'idée que l'É.C./T. peut favoriser la maturation des représentations mentales de soi et des autres des enfants, et que ce changement peut se maintenir et même continuer à progresser après l'évaluation dans certains cas. Plus particulièrement, les résultats ont permis d'observer des trajectoires individuelles de changement, mais aussi des phénomènes communs tels qu'une stabilisation des représentations mentales de soi et des autres chez certains enfants à la fin du processus, ainsi que l'évolution de certains des mêmes facteurs et dimensions. Cependant, les résultats montrent également que, dans certains cas, les changements demeurent moins stables et pourraient bénéficier d'un soutien plus prolongé pour se consolider. Ce phénomène pourrait être lié à des facteurs contextuels complexes, tels que des antécédents familiaux ou sociaux soulignant la nécessité d'adapter l'intervention aux besoins spécifiques de chaque enfant. En d'autres mots, l'É.C./T. peut entraîner certains changements mais elle ne constitue pas une intervention psychologique complète et suffisante pour tous. Il importe donc de souligner que l'É.C./T. demeure avant tout un processus évaluatif intégrant des éléments d'intervention brève. Elle ne remplace pas une psychothérapie lorsque celle-ci est indiquée. Le recours, suivant les recommandations issues de l'évaluation, à une psychothérapie subséquente demeure pertinent pour plusieurs enfants, notamment afin de consolider les acquis, approfondir certaines thématiques émergentes, et soutenir les changements dans le temps. Enfin, les résultats comparés aux normes existantes ont montré que, globalement, les enfants ont présenté des scores de représentations mentales plus proches des attentes développementales après leur évaluation, ce qui indique que l'É.C./T. pourrait favoriser une évolution vers des représentations plus adaptées et alignées avec les normes de leur groupe d'âge.

En bref, cette étude confirme l'efficacité de l'évaluation collaborative/thérapeutique à faire émerger et soutenir des changements positifs dans les représentations mentales des enfants. Ce qui rend ces résultats particulièrement intéressants, c'est qu'ils montrent que l'É.C./T. peut favoriser un véritable changement intrapsychique chez l'enfant lui-même, et non seulement une diminution des symptômes rapportés par les parents ou observés de l'extérieur. En se basant sur les représentations mentales, on accède à un registre de transformations plus profondes de la manière dont l'enfant se perçoit, perçoit les autres et comprend les relations. Cela va au-delà d'un simple mieux-être comportemental ou symptomatique : il

s'agit d'un changement dans l'organisation interne de l'expérience subjective. Le fait que ces changements puissent émerger progressivement dans un cadre évaluatif, et non uniquement en psychothérapie, met en valeur l'intérêt d'approches centrées sur la compréhension partagée avec l'enfant et ses parents, dans une démarche plus réflexive et impliquante. Cela souligne aussi l'importance de considérer l'évaluation comme une opportunité de mobilisation psychique pour l'enfant, et non uniquement comme un outil destiné aux adultes pour orienter une intervention.

RÉFÉRENCES

- Ackerman, S. J., Hilsenroth, M. J., Baity, M. R. et Blagys, M. D. (2000). Interaction of therapeutic process and alliance during psychological assessment. *Journal of Personality Assessment*, 75(1), 82–109. https://doi.org/10.1207/S15327752JPA7501_7
- Ackerman, J. P. et Dozier, M. (2005). The influence of foster parent investment on children's representations of self and attachment figures. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 26(5), 507-520. <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2005.06.003>
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e éd., J.-D. Guelfi et M.-A. Crocq, trad.). Elsevier Masson.
- Aschieri, F., De Saeger, H. et Durosini, I. (2015). L'évaluation thérapeutique et collaborative: preuves empiriques. *Pratiques psychologiques*, 21(4), 307-317. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2015.09.005>
- Aschieri, F., Fantini, F. et Bertrando, P. (2012). Therapeutic assessment with children in family therapy. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 33(4), 285-298. <https://doi.org/10.1017/aft.2012.37>
- Aschieri, F. et Smith, J. D. (2012). The effectiveness of therapeutic assessment with an adult client: A single-case study using a time-series design. *Journal of Personality Assessment*, 94(1), 1–11. <https://doi.org/10.1080/00223891.2011.627964>
- Aschieri, F., van Emmerik, A. A., Wibbelink, C. J. et Kamphuis, J. H. (2023). A systematic research review of collaborative assessment methods. *Psychotherapy*, 60(3), 355. <https://dx.doi.org/10.1037/pst0000477>
- Aschieri, F., et Vetere, C. (2020). Using the Rorschach as a group intervention to promote the understanding of adolescents by staff members in inpatient residential programs. *Rorschachiana*, 41(2), 120–143. <https://doi.org/10.1027/1192-5604/a000127>
- Auletta, A. F., Cupellaro, S., Abbate, L., Aiello, E., Cornacchia, P., Norcia, C. et Sogos, C. (2020). SCORS-G and card pull effect of TAT stories: A study with a nonclinical sample of children. *Assessment*, 27(6), 1368-1377. <https://doi.org/10.1177/10731911187810>
- Beck, J. S., Beck, A. T., et Jolly, J. (2001). *Manual for the Beck youth inventories of emotional and social impairment*. The Psychological Corporation.
- Bekhechi-Mistycki, V. et Guedeney, N. (2008). Évaluation des représentations maternelles de la protection dans la grande prématurité. *Devenir*, 20(1), 5-33. <https://doi.org/10.3917/dev.081.0005>
- Borckardt, J. J. (2006). *Simulation modeling analysis: Time series analysis program for short time series data streams* (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>
- Bouvet, C. (2010). Présentation de la Social cognition and object relation scale (SCORS – Échelles de cognition sociale et de relation d'objet) pour coter les récits TAT. Intérêts, limites et illustrations pour la clinique et la recherche empirique. *Bulletin de psychologie*, 63(4), 263-277.
<https://doi.org/10.3917/bupsy.508.0263>
- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss, Vol. 1: Attachment*. New York. Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). *A secure base*. Basic Books.
- Brelet-Foulard, F. et Chabert, C. (2019). *Nouveau manuel du TAT : approche psychanalytique*. 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>
- Castro, D., et Chartier, J.-P. (2009). *9 études de cas en clinique projective adulte Rorschach et TAT : questions diagnostiques, troubles de la personnalité, évaluation thérapeutique*. Dunod.
- Chudzik, L. (2016). Therapeutic Assessment of a violent criminal offender: Managing the cultural narrative of evil. *Journal of Personality Assessment*, 98(6), 585–589.
<https://doi.org/10.1080/00223891.2016.1215321>
- 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>
- 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), 1-22.
<https://doi.org/10.1111/j.2517-6161.1977.tb01600.x>
- 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. <https://doi.org/10.1037/a0035667>
- 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/10.1080/15289168.2010.510980>
- Durosini, I. et Aschieri, F. (2021). Therapeutic assessment efficacy: A meta-analysis. *Psychological Assessment*, 33(10), 962–972. <https://doi.org/10.1037/pas0001038>

- 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/10.1177/15346501176939>
- Ensink, K., Normandin, L., Target, M., Fonagy, P., Sabourin, S. et Berthelot, N. (2015). Mentalization in children and mothers in the context of trauma: an initial study of the validity of the Child Reflective Functioning Scale. *British Journal of Developmental Psychology*, 33(2), 203-217. <https://doi.org/10.1111/bjdp.12074>
- Fantini, F., Aschieri, F. et Bertrando, P. (2013). "Is Our Daughter Crazy or Bad?": A case study of therapeutic assessment with children. *Contemporary Family Therapy*, 35(4), 731-744. <https://doi.org/10.1007/s10591-013-9265-3>
- Finn, S. E. (2007). *In Our client's shoes: Theory and techniques of Therapeutic Assessment*. Erlbaum.
- Finn, S. E. (2009). *Core values of therapeutic assessment*. Therapeutic Assessment Institute. Repéré à partir de <https://www.therapeuticassessment.com>
- Finn, S. E. (2011). Therapeutic assessment "on the front lines": Comment on articles from WestCoast children's clinic. *Journal of Personality Assessment*, 93(1), 23–25. <https://doi.org/10.1080/00223891.2011.529007>
- Finn, S. E. (2014). L'Évaluation thérapeutique: genèse, efficacité et théorisation. *Le Journal des psychologues*, 323(10), 22-27. <https://doi.org/10.3917/jdp.323.0022>
- 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., Fischer, C. T. et Handler, L. (2012). *Collaborative/therapeutic assessment: A casebook and guide*. John Wiley & Sons.
- Finn, S. E. et Tonsager, M. E. (1997). Information-gathering and therapeutic models of assessment: Complementary paradigms. *Psychological assessment*, 9(4), 374. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.9.4.374>
- Fischer C. T. (1994). *Individualizing psychological assessment*. Lawrence Erlbaum Associates. (Ouvrage original publié en 1985).
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. et Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. Other Press.
- Fonagy, P. et Target, M. (1996). Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *International Journal of Psycho-Analysis*, 77, 217–234.
- Fonagy, P. et Target, M. (1998). Mentalization and the Changing Aims of Child Psychoanalysis. Dans *Relational psychoanalysis: Innovation and expansion* (2, p. 253-278). Analytic Press.

- Frackowiak, M., Fantini, F. et Aschieri, F. (2015). Therapeutic assessment: Four models described. *Pratiques Psychologiques*, 21(4), 319-330. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2015.09.006>
- George, C. et Solomon, J. (1999). Attachment and caregiving: The caregiving behavioral system. Dans *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (p. 649-670). Guilford Press.
- Gergely, G. et Watson, J. S. (1996). The social biofeedback model of parental affect-mirroring. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 77(6), 1181.
- Hamilton, A. M., Fowler, J. L., Hersh, B., Austin, C. A., Finn, S. E., Tharinger, D. J., et Arora, P. (2009). "Why won't my parents help me?": Therapeutic Assessment of a child and her family. *Journal of Personality Assessment*, 91(2), 108-120. <https://doi.org/10.1080/00223890802633995>
- Handler, L., et Hilsenroth, M. J. (1998). The interpersonal dimension in personality assessment. Dans S. R. Smith & L. Handler (dir.), *Teaching and learning personality assessment* (p. 101–130). Routledge
- Handler, L., et Thomas, A. D. (2014). *Drawings in assessment and psychotherapy*. Routledge/Taylor & Francis Group.
- Hansson, A., Hansson, L., Danielsson, I. et Domellöf, E. (2016). Short-and long-term effects of child neuropsychological assessment with a collaborative and therapeutic approach: A preliminary study. *Applied Neuropsychology: Child*, 5(2), 97-106. <https://doi.org/10.1080/21622965.2014.996646>
- Herrera-Espinoza, R. (2018). *Étude transversale comparant des enfants de 5 à 10 ans sur huit dimensions des relations d'objet mesurées par le SCORS-G*. [thèse de doctorat, Université de Montréal]. Papyrus. <http://hdl.handle.net/1866/21765>.
- Kernberg, O. F. (1995). *Object-relations theory and clinical psychoanalysis*. Jason Aronson.
- Korchin, S. J. et Schuldberg, D. (1981). The future of clinical assessment. *American Psychologist*, 36(10), 1147–1158. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.36.10.1147>
- Landis, J. R. et Koch, G. G. (1977). *The measurement of observer agreement for categorical data*. *Biometrics*, 33(1), 159-174. <https://doi.org/10.2307/2529310>
- Levine, L. V. et Tuber, S. B. (1993). Measures of mental representation: Clinical and theoretical considerations. *Bulletin Of The Menninger Clinic*, 57(1), 69-87.
- Lochman, J. E., Laird, R. D., McDaniel, H. L., Boxmeyer, C. L., Braun, S. S., Powell, N. P. et Qu, L. (2024). Intervention format and therapist–child agreement associated with therapeutic alliance and outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 92(1), 26. <https://doi.org/10.1037/ccp0000841>
- Murray, H. (1943). *Thematic apperception test manual*. Harvard University Press.
- 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. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.14.3.331>
- Novick, K. K. et Novick, J. (2011). *Working with parents makes therapy work*. Jason Aronson.
- 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>
- Palacio Espasa, F. et Knauer, D. (1996). Le développement de la vie fantasmatique et des identifications du bébé dans la clinique des psychothérapies mères-enfants. *Psychothérapies*, 16(2), 79-86.
- Poston, J. M. et Hanson, W. E. (2010). Meta-analysis of psychological assessment as a therapeutic intervention. *Psychological Assessment*, 22(2), 203–212. <https://doi.org/10.1037/a0018679>
- 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., ... et European KIDSCREEN Group. (2001). Quality of life in children and adolescents: A European public health perspective. *Sozial-und Präventivmedizin*, 46(5), 29. <https://doi.org/10.1007/BF01321080>
- Shrout, P. E. et Flies, J. L. (1979). Intraclass correlations: Uses in assessing rater reliability. *Psychological Bulletin*, 82(2), 420-428. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.86.2.420>
- Slade, A. (2000). The development and organization of attachment: Implications for psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48, 1147 – 1174. <https://doi.org/10.1177/000306510004800423>
- Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: An introduction. *Attachment & human development*, 7(3), 269-281. <https://doi.org/10.1080/14616730500245906>
- Smith, J. D. (2010). Therapeutic Assessment with children and families: Current evidence and future directions. *Report on Behavioral and Emotional Disorders in Youth*, 10(2), 39-43.
- 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. et 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>
- Smith, J. D., Handler, L. et Nash, M.R. (2010). Family Therapeutic Assessment for a boy with oppositional defiant disorder: A replicated single-case times-series experiment. *Psychological Assessment*, 22(3), 593-602. <https://doi.org/10.1037/a0019697>

- Smith, J. D., Nicholas, C. R. N., Handler, L. et Nash, M.R. (2011). Examining the clinical effectiveness of a family intervention séance in Therapeutic Assessment: A single-case experiment. *Journal of Personality Assessment*, 93, 149-158. <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>
- Solomon, J. et George, C. (1996). Defining the caregiving system: Toward a theory of caregiving. *Infant Mental Health Journal*, 17(3), 183-197. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0355\(199623\)17:3<183::AID-IMHJ1>3.0.CO;2-Q](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0355(199623)17:3<183::AID-IMHJ1>3.0.CO;2-Q)
- Sroufe, L. A. (2000). Early relationships and the development of children. *Infant Mental Health Journal*, 21, 67–74. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-0355\(200001/04\)21:1/2<67::AID-IMHJ8>3.0.CO;2-2](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-0355(200001/04)21:1/2<67::AID-IMHJ8>3.0.CO;2-2)
- Stein, M., Hilsenroth, M., Slavin-Mulford, J. et Pinsker, J. (2011). *Social Cognition and Object Relations Scale: Global Rating Method (SCORS-G; 4e éd.)*. Manuscrit non publié, Massachusetts General Hospital and Harvard Medical School.
- 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
- 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., Arora, P., Judd-Glossy, L., Ihorn, S. M. et Wan, J. T. (2012). Therapeutic assessment with children: Intervening with parents “behind the mirror”. *Journal of personality assessment*, 94(2), 111-123. <https://doi.org/10.1080/00223891.2011.645932>
- Tharinger, D. J., Finn, S. E., Austin, C. A., Gentry, L. B., Bailey, K. E., Parton, V. T. et Fisher, M. E. (2008a). Family sessions as part of child psychological assessment: Goals, techniques, clinical utility, and therapeutic value. *Journal of Personality Assessment*, 90, 547–558. <https://doi.org/10.1080/00223890802388400>
- Tharinger, D. J., Finn, S. E., Gentry, L., Hamilton, A., Fowler, J., Matson, M., 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/10.4324/978100300017>
- Taringer, D. J., Finn, S. E., Hersh, B., Wilkinson, A., Christopher, G. et Tran, A. (2008b). Assessment feedback with parents and pre-adolescent children: A collaborative approach. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39, 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). <https://doi.org/10.1037/0735-7028.39.6.610>

- Tharinger, D. J., Finn, S. E., Wilkinson, A. D. et Schaber, P. M. (2007). Therapeutic Assessment with a child as a family intervention: A clinical and research Case study. *Psychology in the Schools*, 44, 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>
- Tharinger, D. J., Rudin, D. I., Frackowiak, M. et Finn, S. E. (2022). *Therapeutic assessment with children: Enhancing parental empathy through psychological assessment*. Routledge.
- 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>
- Westen, D. et Lohr, N. (1990). *Social Cognition and Object Relations Scale (SCORS): Manual for coding TAT data*. Manuscrit inédit, Department of Psychology, University of Michigan.