

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉ DE SANTÉ

ANNÉE 2024

2024 TOU3 1677

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

par

Flora VIGNES

le 16 octobre 2024

L'APPORT DU DESSIN LIBRE DE L'ENFANT
EN CONSULTATION FAMILIALE DANS L'ELABORATION DE
TRAUMATISMES A TRANSMISSION TRANSGENERATIONNELLE :
UNE REVUE NARRATIVE DE LA LITTERATURE ILLUSTRÉE

Co-Directrices de thèse : Docteur Lucie ROSENTHAL et Mme Gésine STURM

JURY

Monsieur le Professeur Jean-Philippe RAYNAUD

Président

Monsieur le Professeur Alexis REVET

Assesseur

Madame la Docteur Lucie ROSENTHAL

Assesseur

Monsieur le Docteur Gaël GALLIOT

Suppléant

Madame Gésine STURM

Invitée

FACULTÉ DE SANTÉ

Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical

Doyen - Directeur: Pr Thomas GEERAERTS

Tableau du personnel Hospitalo-Universitaire de médecine

2023-2024

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. SERRANO Elie	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAROCHE Michel
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAUQUE Dominique
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ATTAL Michel	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BONNEVILLE Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOSSAVY Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MONTASTRUC Jean-Louis
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. BUJAN Louis	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CALVAS Patrick	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PERRRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jaqueline
Professeur Honoraire	M. CHIRON Philippe	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. ROUGE Daniel
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SCHMITT Laurent
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SIZUN Jacques
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIE Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYASSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		

Professeurs Émérites

Professeur BUJAN Louis	Professeur LAROCHE Michel	Professeur MONTASTRUC Jean-Louis	Professeur SIZUN Jacques
Professeur CARON Philippe	Professeur LAUQUE Dominique	Professeur PARINI Angelo	Professeur VIRENQUE Christian
Professeur CHAP Hugues	Professeur MAGNAVAL Jean-François	Professeur PERRRET Bertrand	Professeur VINEL Jean-Pierre
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur MARCHOU Bruno	Professeur ROQUES LATRILLE Christian	
Professeur LANG Thierry	Professeur MESTHE Pierre	Professeur SERRE Guy	

Mise à jour le 04/05/2024

FACULTÉ DE SANTÉ
Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique	Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E)	Hématologie, transfusion	M. MALAUD Bernard (C.E)	Urologie
M. BERRY Antoine (C.E.)	Parasitologie	M. MANSAT Pierre (C.E)	Chirurgie Orthopédique
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique cardiovasculaire
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
Mme BURARIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BUREAU Christophe (C.E.)	Hépatogastro-entérologie	M. MINVILLE Vincent (C.E.)	Anesthésiologie Réanimation
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-entérologie	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme CHARPENTIER Sandrine (C.E)	Médecine d'urgence	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHAUFOUR Xavier (C.E.)	Chirurgie Vasculaire	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépatogastro-entérologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	Mme PERROT Aurore	Physiologie
M. COURBON Frédéric (C.E)	Biophysique	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	Mme RAUZY Odile (C.E.)	Médecine Interne
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. ROUX Franck-Emmanuel (C.E.)	Neurochirurgie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. FOURCADE Olivier (C.E)	Anesthésiologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FOURNIE Pierre	Ophthalmologie	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. GAME Xavier (C.E)	Urologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugenia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel (C.E)	Anatomie Pathologique	M. SOULAT Jean-Marc (C.E)	Médecine du Travail
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. GROLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. HUYGHE Eric	Urologie	Mme TREMOLLIERES Florence (C.E.)	Biologie du développement
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie

P.U. Médecine générale
Mme DUPOUY Julie
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

FACULTÉ DE SANTÉ
Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H. 2ème classe	Professeurs Associés
M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. COGNARD Christophe	Radiologie
Mme CORRE Jill	Hématologie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
Mme DUPRET-BORIES Agnès	Oto-rhino-laryngologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. HOUZE-CERFON	Médecine d'urgence
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LHERMUSIER Thibaut	Cardiologie
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
Mme MOKRANE Fatima	Radiologie et imagerie médicale
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PIAU Antoine	Médecine interne
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. ROUMIGUIE Mathieu	Urologie
Mme RUYSEN-WITRAND Aelaine	Rhumatologie
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie
	Professeurs Associés de Médecine Générale
	M. ABITTEBOUL Yves
	M. BIREBENT Jordan
	M. BOYER Pierre
	Mme FREYENS Anne
	Mme IRI-DELAHAYE Motoko
	Mme LATROUS Leila
	M. POUTRAIN Jean-Christophe
	M. STILLMUNKES André
	Professeurs Associés Honoraires
	Mme MALAUAUD Sandra
	Mme PAVY LE TRAON Anne
	M. SIBAUD Vincent
	Mme WOISARD Virginie

FACULTÉ DE SANTÉ
Département de Médecine, Maieutique et Paramédical

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	M. GASQ David	Physiologie
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Médecine légale et droit de la santé
Mme BENEVENT Justine	Pharmacologie fondamentale	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BOST Chloé	Immunologie	M. HOSTALRICH Aurélien	Chirurgie vasculaire
Mme BOUNES Fanny	Anesthésie-Réanimation	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. BUSCAIL Etiene	Chirurgie viscérale et digestive	M. KARSENTY Clément	Cardiologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	M. LAPEBIE François-Xavier	Médecine vasculaire
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophtalmologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MAULAT Charlotte	Chirurgie digestive
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cylil	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. COMONT Thibault	Médecine interne	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
M. CONGY Nicolas	Immunologie	Mme NOGUEIRA Maria Léonor	Biologie Cellulaire
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme PERICART Sarah	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CUROT Jonathan	Neurologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
Mme DE GLISEZINSKY Isabelle	Physiologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme RIBES-MAUREL Agnès	Hématologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	Mme SALLES Juliette	Psychiatrie adultes/Addictologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FABRI Margherita	Neurologie	Mme TRAMUNT Blandine	Endocrinologie, diabète
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
M. CHICOUCAA Bruno
M. ESCOURROU Emile
Mme GIMENEZ Laetitia

Maîtres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale

Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme DURRIEU Florence
Mme FRANZIN Emilie
M. GACHIES Hervé
M. PEREZ Denis
M. PIPONNIER David
Mme PUECH Manielle
M. SAVIGNAC Florian

Remerciements :

Professeur Jean-Philippe Raynaud, je vous remercie de me faire l'honneur de présider mon jury. Je me souviens de votre cours dispensé aux premières années de médecine, où la mention de Winnicott et de son travail m'avait rappelé les raisons de ma présence sur le banc de l'amphithéâtre et avait rendu l'effort à fournir plus supportable. Merci d'avoir œuvré pour toujours promouvoir la pédopsychiatrie à Toulouse, et nous permettre, étudiants et jeunes médecins, de pouvoir nous nourrir d'enseignements théoriques divers et passionnants tout au long de notre apprentissage. Merci pour vos cours et les séminaires de DU, où la mémoire des grands noms de la pédopsychiatrie est toujours honorée, et la transmission assurée. Je vous adresse mon respect.

Professeur Alexis Revet, je vous remercie de me faire l'honneur d'être membre de mon jury. Je vous remercie pour votre disponibilité auprès des internes, votre rigueur sans pareille et vos retours sur nos travaux toujours pertinents. Vous ne manquez jamais d'humaniser la psychiatrie par sa mise en lien systématique avec la culture et les arts lors de vos présentations, ce dont je vous suis particulièrement reconnaissante.

Docteur Lucie Rosenthal, merci de m'avoir fait l'honneur de diriger mon travail de thèse. Merci de m'avoir ouvert les portes du monde passionnant de la Consultation Interculturelle, et de m'avoir accompagnée pendant mon apprentissage clinique au CMP de La Grave. Je te remercie de ton enseignement riche sur le psychotrauma et d'avoir rêvé avec moi autour des dessins du petit Samir, à l'origine de l'écriture de cette thèse. Je te remercie de t'être rendue disponible malgré un emploi du temps peu clément.

Gésine Sturm, je te remercie profondément de m'avoir fait une place en Consultation Interculturelle, où l'humilité et la curiosité inhérentes au positionnement thérapeutique ont marqué ma pratique clinique. Je suis très reconnaissante d'avoir pu assister à ton enseignement lors des séminaires sur la psychothérapie transculturelle cette année où j'ai énormément appris. Je te remercie de t'être rendue disponible pour co-encadrer ce travail.

Docteur Gaël Galliot, cher ami, je remercie particulièrement le psychiatre d'adulte en toi de siéger dans le jury d'une thèse de pédopsychiatrie, qui se veut aller en faveur d'une approche décloisonnée et plus systémique. Merci pour le binôme de stage légendaire à l'UF1, où ta rigueur et ta pédagogie m'ont guidées comme un phare réunionnais. Je suis extrêmement reconnaissante d'avoir passé 6 mois de plus à travailler avec toi à l'UF3. Tu as définitivement marqué mon apprentissage de la psychiatrie. Merci pour les soirées jeux en bonne compagnie, les fous rires, ta confiance, et ton cœur immense. Merci pour ton rire, qui me fait toujours me sentir comme la personne la plus drôle du monde.

Je souhaiterais ensuite remercier toutes les équipes qui m'ont accueillie chaleureusement au cours de mon internat. Je ne peux nommer chaque personne mais j'ai appris énormément à vos côtés. Vous m'avez tous fait une place, et toujours permis d'échanger librement autour de la clinique de nos patients, de la clinique institutionnelle.

Merci aux équipes de l'Hôpital de Jour des Autans et du CMP La Faourette qui m'ont accueilli lors de mon tout premier stage. Merci aux Docteurs Landreau et Vamour, et au Docteur Rigal, pour les échanges cliniques et la richesse du travail effectué.

Merci à l'équipe de l'UF1, et particulièrement aux Docteurs Etienne Very et Louis Richaud pour avoir toujours mis l'accent sur le respect des droits et de la dignité du patient. Merci pour l'apport théorique passionnant concernant entre autres la catatonie et la psychose, et la découverte du travail d'Henri Grivois, qui m'a permis de mieux comprendre ce que pouvait traverser mon patient.

Merci à l'équipe de l'HDJ Les Petits et à celle du CMP La Grave, pour sa bonne humeur contagieuse, sa convivialité et la richesse de son travail clinique. Ce stage a été l'occasion pour moi d'assister à plusieurs Consultations Interculturelles, qui m'ont donné envie d'approfondir ce pan de la psychothérapie dans le futur.

Un grand merci à l'équipe de l'UF3. Apprendre aux côtés d'une équipe entièrement formée à la théorie de l'attachement, qui travaille avec une orientation clinique claire a été très inspirant. Un immense merci au Docteur Virginie Rouch et au Docteur Emmanuelle Bougon : vous m'avez profondément inspiré. Merci pour l'attention que vous portez au portage institutionnel du service et à la sécurisation de votre équipe. Merci pour la sensibilité attachementiste, systémique et psychosomatique, et pour la finesse clinique des entretiens. Merci pour l'humour toujours au rendez-vous, et votre capacité à vous démenier pour vos patients.

Je remercie chaleureuse l'équipe de périnatalité de Rive-Gauche et Ambroise Paré, sur le secteur III de pédopsychiatrie, qui m'a ouvert les portes du monde captivant de la psychiatrie périnatale, et aura été plus que déterminante dans mon parcours. J'ai hâte de vous retrouver pour un nouveau bout de chemin avec vous.

Merci à l'équipe de l'Hôpital de Jour des Bourdettes, service du Dr Gilmer et du Dr Paul, pour son expertise clinique dans le champ de la petite enfance, où le repérage précoce prend tout son sens. Merci de m'avoir laissé l'opportunité de partager le travail de dentelle au quotidien auprès de nos jeunes patients et voir à quel point il peut contrebalancer des vulnérabilités.

Je remercie le Docteur Yvan Gicquel et l'équipe médicale du secteur III de pédopsychiatrie qui m'aura accueillie lors de nombreux stages. Merci pour les cours dispensés, l'attention aux internes et les supervisions jeunes médecins, toujours très intéressantes.

Un immense merci à l'équipe du Fil, dispositif intersectoriel dédié à la toute petite enfance et au Docteur Kathy Parera. Merci pour cette rencontre, qui tant humainement que professionnellement marquera définitivement ma pratique clinique. Merci pour la finesse d'analyse et votre œil expert, la chaleur des échanges et des bons moments partagés. Constaté à quel point le portage par un équipe peut avoir un effet sur ces tous jeunes patients était passionnant. Hâte de vous recroiser et continuer à rêver avec vous.

Merci à l'équipe de l'ITEP des Genêts (4-7 ans), pour m'avoir accueillie sur l'atelier ferme thérapeutique, et m'avoir toujours laisser partager mon point de vue clinique en réunion. Merci au Docteur Fabien Durif et aux médecins du Collectif Béroi-Saint Simon pour ces 6 mois riches d'enseignement.

Et enfin un grand merci à l'équipe particulièrement engagée de la Maison des Adolescents, qui réalise un travail formidable. J'ai pu retrouver beaucoup de la clinique du bébé auprès des ados, à travers les processus de séparation et de l'éprouvé du lien. J'ai énormément appris au sein de votre équipe. Merci aux Docteurs Jeanne Huard et Florence Pellegrin pour le soutien sur la dernière ligne droite de la thèse, ainsi qu'au Docteur Hugo Rudy, pour les supervisions hebdomadaires très riches, ta confiance et ta disponibilité.

Merci aux Docteur Bernard Bensidoun, au Docteur Michel Vignes, au Docteur Patricia Timsit, au Docteur Igor Tchernicheff, au Dr Bernheim et au Dr Faure pour les séminaires captivants, qui auront considérablement enrichi ma pratique clinique et psychothérapeutique.

Merci au Professeur Arbus, coordinateur du DES de psychiatrie pour ses retours encourageants lors des premiers oraux cliniques.

A la Docteure Véronique Gentil, superviseuse passionnante qui m'a accompagnée plusieurs années, avec qui nous pouvions décortiquer la pré-histoire de nos jeunes patients, leur histoire migratoire, et rêver pour eux.

A Mesdames Nicole Bousseyn, Elisabeth Peccolo et Odile Viguié, pour leur accompagnement qui m'a permis d'exercer mon travail comme je le fais aujourd'hui.

A mes amis internes.

A Hélène. Merci de ta compagnie précieuse pendant nos soirées soupe-plaid-Friends, les tentatives de ski, nos retrouvailles imprévues dans les jardins d'Amsterdam.

A Aubrée. Merci pour le ping-pong de bouteilles à la mer ces derniers mois, la confiance que tu m'as accordée lors de notre rencontre. Je nous souhaite de sublimer notre histoire transgénérationnelle, peut-être en tant que collègues !

A Léa. Merci pour ta douceur et ton humour. Hâte de te revoir bientôt.

A Lisa D. Merci pour ta confiance, pour les discussions autour des supervisions du Dr Gentil et autour de la danse, du roller derby, de ton histoire. Je me réjouis de pouvoir passer de nouveaux moments ensemble.

A Pierre B. Pour ta capacité à pousser la chansonnette dès le matin durant les quelques mois partagés à l'UF3, et les fous rires partagés, merci.

A ma famille.

A ma grand-mère tout d'abord. Ton récent départ laisse en moi un grand vide. Merci de m'avoir apporté tant d'amour, de chaleur et de permanence. Merci pour tous les kilomètres parcourus avec nos bottes en caoutchouc assorties. De m'avoir transmis ta persévérance et ta loyauté. Merci pour toute la famille que tu as élevée dans les valeurs de partage et de générosité qui t'étaient si chères. Merci de nous avoir offert tant de temps à tes côtés. Nous continuerons à rire tous ensemble autour de bons repas au sein des murs de ta maison. Je ne manquerai jamais de te voir dans les hirondelles qui volent le soir.

A mamie Coco. Merci de m'avoir transmis ta rigueur, et surtout l'art de cultiver son jardin. Je te vois dans chacune des fleurs qui éclot autour de moi. Maintenant que tes années de souffrance ont pris fin, j'aime à t'imaginer gambadant dans des prairies de cèpes et de giroles n'attendant qu'à être cueillis.

A papi. Je sais combien tu aurais aimé être là lors de ma soutenance. Tu as presque réussi, jeune homme. Merci de m'avoir transmis ton caractère de bourrique. Je sais que tu n'es pas loin. Et comme tu disais : « hauts les cœurs ! ».

Je vous dédie ce travail à tous les trois.

A mes parents. Pour avoir, en dépit de tout, toujours été là pour moi. Merci d'avoir été si soutenant, tout particulièrement pendant mes études, et d'avoir toujours cru en moi quand je n'y croyais pas. Merci pour tout l'amour.

Maman, merci de m'avoir transmis la volonté d'écouter ce que les enfants portent en eux, ce qu'ils ont à dire. Merci pour toutes les journées mère-fille(s), qui avaient un goût précieux. Merci de m'avoir transmis des valeurs de tolérance, d'humilité, d'altruisme. Tu as tout mon respect, surtout quand il s'agit de ta capacité innée à conduire avec grâce des camions de déménagement.

Papa, merci de m'avoir transmis la passion de la nature, des fleurs, des forêts et des cueillettes de champignons, des montagnes et du ski. Merci pour les moments si privilégiés qu'ont été (et seront encore) les randonnées avec toi. Merci pour le potager nourricier. Merci de m'avoir transmis la certitude que le bonheur réside dans les choses simples, et de m'avoir ainsi permis de le trouver au quotidien même quand les temps sont rudes.

Je vous aime.

A Cilou. Je suis fière de toi. Je t'aime. Et je compte bien venir t'embêter bientôt à Rennes.

A Annie et Raymond, Michel et Patricia. Merci infiniment pour votre soutien cette année. Merci de toute la douceur avec laquelle vous avez pris soin de ma chère mamie. Merci de votre bonne humeur intemporelle, de la chaleur de nos échanges, de vos attentions. Merci de m'avoir transmis l'amour de la bonne nourriture et du bon vin, l'amour des moments passés en famille, le goût pour la médecine.

A Emmanuelle. Merci, cousine, pour ta douce compagnie et ta sensibilité, qui m'ont été si précieuses cette année. J'ai hâte des nouveaux souvenirs à construire dans la maison de Saurat.

A Cathy. Je te remercie sincèrement pour le soutien, particulièrement l'an dernier et cette année. Tu as été un rayon de soleil en ces temps sombres. Merci d'avoir su toujours trouver les mots justes, qui soulagent les peines.

Un baiser à mes cousins Marie, Gabin, Vincent, Nicolas, Cédric, Camille, Louis, Juliette, Quentin.

A Martine. Merci de ta présence auprès de ma chère mamie et de tout l'amour que tu lui as donné. Mille merci pour ton soutien dans la tempête.

A Laure et Jérôme, A Jean-Paul et Domi. Un grand merci pour votre soutien, et votre constante bonne humeur.

A Nicole Garretta, et la troupe d'Envers Théâtre, pour la folie, pour les émotions, pour l'authenticité et l'intensité des moments partagés. Merci Nicole pour l'inspiration et la chaleur que tu dégages. Tu comptes beaucoup pour moi.

Il me tarde de revenir jouer à vos côtés.

A mes amis.

Vous comptez pour moi bien plus que vous ne l'imaginez.

A Marion, femme la plus badass de toutes les femmes du monde (bien sûr je connais pas non plus, euh, tout le monde dans l'monde). Quelle joie de te savoir maintenant si près. Chacun des moments passés avec toi est au moins autant simple que précieux. Te voir grandir, t'épanouir, voir la personne que tu deviens est tout bonnement merveilleux, je suis fier de toi. J'admire ta force, ton indépendance, ton humour, ta joie de vivre, ton oreille attentive et tes mots d'une justesse sans pareille. Bref, ceci est une déclaration d'amour, et je réitère mes vœux de 2011.

A Thida-Lise. Petite merveille que j'ai pris plaisir à découvrir avec les années. Merci Thida pour ta douceur, ta confiance, pour ton écoute et ton soutien sans faille, pour oser dire les choses, pour ton amitié inversement proportionnelle à ta taille, pour ton amour pour le chaos qui me fait bien trop rire. J'ai si hâte de ton retour au bercail, et même si je chéris notre communication à distance, tu m'as manqué.

A Elsa. Merci pour ta folie, pour les fous rires à en pleurer, pour le concentré d'émotions que tu es. Je t'aime. (tu le sais que je t'aime hein ?!).

A Anne. Merci Snippy, de viser si juste. Hâte de venir te rendre visite sous la pluie.

A Jeanne. Pensée pour toi et nos fous rires partagés, Petite Savante.

A Fabien. Ta compagnie m'est plus précieuse que tu ne le penses. Merci de ta patience quand je décommande les sorties que tu me proposes, du fait de mon labeur ou par simple tendance à l'inhibition. Merci d'être toujours là, toujours enthousiaste. Merci pour la magnifique simplicité des moments partagés. Merci pour ton humour décapant, pour ta douceur, ta constance, et ta bienveillance. Merci d'être un prof si cool, un si cool kid. Merci d'être un si grand ami. Je t'aime Fab.

A Guigui, aux soirées concours d'œnologie, aux moments partagés. Quand on arrive à apercevoir le Guigui sauvage hors de son habitat, il se révèle être un merveilleux ami. A bientôt de te revoir, et ouvre ta boîte aux lettres.

Aux autres ariégeois (y compris par alliance ou par adoption) : Samsam et Capu, Alex, Alexis, Benito, Florent et Mel, Pierre et Agathe, Thomas, Fanny, Piotr, Gaël, Léna, Aurélien et Emilie, Thibaut. Vous me manquez.

A Lisa. Très heureuse que Marion t'ait partagée avec nous et d'avoir pu faire ta rencontre. Aux manifs, aux soirées, aux brunchs, passés et futurs. A ta bienveillance, ta tolérance et ton altruisme. A ton courage pour avoir repris le chemin des bancs de la fac pour bientôt prêter serment à ton tour.

A Jade et Sylvain. Merci Jade pour le stage à l'UF1, que tu as rendu bien plus supportable. Ta nonchalance affichée cache une grande rigueur et un souci de l'Autre sans égal. Merci à tous les deux pour les soirées jeux si précieuses avec ce cher Gaël (même si tu gagnes tout le temps avec la montagne de clopes au Dig Out Gonz). Merci pour votre chaleur, votre bienveillance, votre écoute, votre curiosité, vos anecdotes. Vous me pliez de rire, mais pas seulement. Vous comptez beaucoup pour moi.

A Richard. Merci pour TOUT, du fond du cœur. Je te souhaite un jour de te voir avec les mêmes yeux que tes amis et moi. Tu sais combien je t'estime. Tu sais déjà tout, TMTTC même, acolyte.

A Marie et Vincent. Quelle année. Pour vous comme pour moi. Merci de m'avoir permis de la vivre à vos côtés. Merci d'être là, d'être toujours là. Vous m'êtes très chers tous les deux.

Aux Poissonniers. Pour votre accueil si chaleureux au sein de votre famille.

A Val. Merci d'avoir rendu ces derniers mois plus légers. Merci pour chacun des moments partagés, ton amour de la nature et tes anecdotes bucoliques.

Enfin à Petruschka, pour tes ronronnements thérapeutiques et ton snobisme sans égal.

SOMMAIRE

I – REVUE NARRATIVE DE LA LITTÉRATURE	11
A. INTRODUCTION :	11
1. PLACE DU DESSIN DE L'ENFANT DANS LE PROCESSUS THERAPEUTIQUE :	11
1. <i>Repères historiques et théoriques</i> :	11
2. <i>Interprétation du dessin dans le cadre thérapeutique individuel</i> :	11
3. <i>Utilisation à des fins d'évaluation du dessin de l'enfant</i> :	12
2. PARTICULARITES DU DESSIN LIBRE ET SPONTANE DE L'ENFANT :	13
3. JUSTIFICATIONS DE LA REVUE NARRATIVE :	14
4. OBJECTIFS DE LA REVUE NARRATIVE :	15
5. RAPPEL SUR LE CADRE DE LA REVUE :	16
B. METHODE	16
1. DESIGN DE L'ETUDE	16
2. CRITERES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION	16
3. COLLECTE DES BIBLIOGRAPHIES ET ANALYSE DES DONNEES.....	17
C. RESULTATS	17
1. DIAGRAMME DE FLUX.....	17
1. <i>Explication du diagramme de flux</i>	17
2. <i>Articles inclus</i>	18
2. ELEMENTS DE METHODE AUTOUR DE L'UTILISATION DU DESSIN LIBRE EN CONSULTATION FAMILIALE :	18
1. <i>En thérapie psychanalytique familiale</i> :	18
2. <i>En thérapie systémique</i> :	19
3. <i>En psychothérapie transculturelle</i> :	20
4. <i>En art thérapie familiale</i> :	21
3. L'APPORT DU DESSIN LIBRE DE L'ENFANT EN CONSULTATION FAMILIALE :	22
1. <i>Le dessin libre en consultation familiale : un appui au processus thérapeutique</i>	22
2. <i>Le dessin libre en consultation familiale : un outil d'élaboration du traumatisme à transmission transgénérationnelle</i>	24
D. DISCUSSION	27
1. FORCES ET LIMITES DE LA REVUE :	27
2. PROCESSUS THERAPEUTIQUES EN JEU :	27
1. <i>Résumé des résultats principaux</i> :	27
2. <i>Discussion autour des processus thérapeutiques en jeu</i> :	28
3. DEFINITION DE L'ELABORATION PSYCHIQUE :	30
4. TRANSMISSION INTERGENERATIONNELLE ET TRANSGENERATIONNELLE ET APPAREIL PSYCHIQUE FAMILIAL :	30
5. TRANSMISSION ET EXPRESSIONS DE LA SOUFFRANCE FAMILIALE, PATIENT DESIGNE ET ENFANT SINGULIER :	32
6. CAS PARTICULIER DU TRAUMA DE L'ENFANT :	34
7. LIMITES DU DESSIN COMME OUTIL THERAPEUTIQUE :	35
E. CONCLUSION	36
II – VIGNETTE CLINIQUE	37
INTRODUCTION :	37
1. <i>La Consultation Interculturelle de Toulouse (Sturm et al., 2016)</i> :	37
METHODE :	37
CAS CLINIQUE :	37
CONCLUSION :	48
III - BIBLIOGRAPHIE	49
ANNEXE	54

I – REVUE NARRATIVE DE LA LITTÉRATURE

A. INTRODUCTION :

Le foisonnement de la littérature traitant du dessin de l'enfant et de l'adolescent dans le cadre thérapeutique individuel témoigne de sa place centrale dans le processus thérapeutique. Parce que cette introduction se veut brève, nous citerons seulement certains auteurs, issus de la psychanalyse en majorité, qui ont marqué l'exploration de cette médiation, mais il en existe pléthore.

1. Place du dessin de l'enfant dans le processus thérapeutique :

1. Repères historiques et théoriques :

Le travail de Sigmund Freud sur l'inconscient, sans qu'il n'explore spécifiquement le dessin de l'enfant (hormis concernant le cas du petit Hans), a ouvert la voie à ses successeurs. Nous citerons ici Anna Freud et Mélanie Klein, pionnières, chacune à leur manière, dans l'utilisation du dessin comme outil fondamental dans la thérapie avec les enfants. Pour Mélanie Klein, le dessin constitue une formidable fenêtre sur le monde interne de l'enfant ; il naît de la capacité de libre association et est une technique à interpréter comme le rêve, pour accéder aux fantasmes et angoisses infantiles.

En France, Sophie Morgenstern publie en 1927 un premier travail psychanalytique où le dessin occupe la place centrale de la prise en charge d'un enfant atteint de mutisme psychogène : « le dessin en séance, en lieu et place de la parole » (Colombo, 2022, p8). Mélanie Klein et Sophie Morgenstern, soutiennent les dessins de l'enfant par des interprétations, émergeant de la dynamique transféro-contre-transférentielle. Françoise Dolto mettra en garde quant à l'importance de resituer le dessin dans le temps : c'est un « autoportrait inconscient » du sujet à un instant « t », dont le sens échappe parfois partiellement ou totalement au clinicien (G. Cagnet & A. Cagnet-Kayem, 2018, p70).

Nous citerons ensuite Donald Winnicott, pour qui le dessin et notamment son célèbre « squiggle », « griffonnage » co-construit tour à tour avec le thérapeute, permet alors une communication et ouvre un espace transitionnel de création, intermédiaire entre l'enfant et son analyste (Garcia-Fons, 2002).

Enfin, nous évoquerons le travail d'Annie Anzieu, qui souligne que la production graphique de l'enfant ne peut être interprétée en dehors de « l'écoute du transfert sur l'analyste et sur le cadre, dont le matériel de dessin fait partie » (citée par G. Cagnet & A. Cagnet-Kayem, 2018, p 78).

2. Interprétation du dessin dans le cadre thérapeutique individuel :

Dans le cadre thérapeutique individuel, l'interprétation du dessin de l'enfant ne peut évidemment occulter le niveau de développement de l'enfant (motricité fine, fonctions cognitives et niveau d'apprentissage). L'évolution du dessin chez l'enfant selon son niveau de développement est généralement distinguée en 4 phases principales (qui peuvent être présentes simultanément dans le ou les dessins de l'enfant) : le gribouillis, puis la phase présymbolique, le symbolisme et enfin le réalisme (Wallon, 2003).

Pour son interprétation, le fait d'avoir assisté à la réalisation du dessin est indispensable. Outre la question du transfert, cela permet de relever l'ordre d'apparition des éléments de l'œuvre et les émotions que cela suscite chez l'enfant. Une interprétation en dehors de ce cadre serait non seulement erronée, mais dangereuse (Vinay, 2020).

Daniel Widlöcher (1965) propose trois pans à prendre en compte pour l'analyse du dessin : la *valeur expressive du dessin* (en lien avec l'affect du dessinateur et son tempérament : états émotionnels suscités pendant la réalisation, gestion du vide et de l'espace, nature des traits : vifs, agressifs ou timides, hésitants) *et de la couleur* (très en lien avec l'expressivité du trait), la *valeur projective* (expression de l'inconscient, ce qui se dégage du dessin) ainsi que la *valeur narrative* (l'histoire racontée par le dessin, souvent par bribes, par messages symboliques) (cité par Rizzi, 2015 et Vinay, 2020).

Aubeline Vinay (2020) propose l'ajout d'une dernière valence, la valeur d'association (où l'ensemble des valeurs sus-citées est considéré, ainsi que les bizarreries, la présence ou l'absence d'originalité). La thématique du dessin dépend le plus souvent du contexte dans lequel il est réalisé (*ibid*).

Plusieurs auteurs dont Annie Anzieu (1996) nous mettent en garde contre les dangers de l'interprétation directe du contenu symbolique qui risquerait d'éloigner du processus transférentiel et contre-transférentiel. Or, ces deux prismes d'interprétation peuvent être complémentaires par leur apport (Rizzi, 2014). Dans tous les cas, « il est nécessaire de rester prudent et de ne pas généraliser des caractéristiques de l'activité graphique que l'on pourrait penser universelles, figées et non modulables » (Vinay, 2020).

Il peut paraître faussé de parler du dessin de l'enfant, tant il existe « *des dessins, faits par des enfants* » (Colombo, 2022, p12), chaque prise en charge étant parfaitement singulière. De plus, la possibilité d'interprétation, sous formes d'hypothèses cliniques, s'appuie sur la disponibilité suffisante d'informations : les entretiens suivants, la production de plusieurs dessins, des renseignements complémentaires, permettront d'infirmer ou de confirmer les hypothèses interprétatives avec plus de consistance et de légitimité (Caldairou-Bessette et al., 2017 ; Vinay, 2020), bien qu' « en nous replongeant alors dans le dossier pour exhumer, avec l'enfant, des œuvres plus anciennes, nous prenons conscience que tout aurait pu être compris dès le premier dessin. Tout y était pour qui aurait su voir. » (G. Cognet & A. Cognet-Kayem, 2018).

3. Utilisation à des fins d'évaluation du dessin de l'enfant :

Du fait de sa valence projective essentiellement, le dessin est utilisé en pratique durant l'examen psychologique où il a une place éminente et non accessoire, dans des approches projectives (dessin dirigé le plus souvent), ou de façon « libre », à la demande du clinicien, accompagné ou non d'une consigne (G. Cognet & A. Cognet-Kayem, 2018). A noter que le dessin à lui seul ne permet en aucun cas de poser le diagnostic d'une pathologie ou d'un traumatisme (Vinay, 2020). Le moment de proposition du dessin par le thérapeute est important : celui-ci ne peut advenir au début de l'examen alors que les deux protagonistes ne se connaissent pas encore, car « plus que d'autres épreuves, le dessin montre une sensibilité à la relation » (G. Cognet & A. Cognet-Kayem, 2018).

2. Particularités du dessin libre et spontané de l'enfant :

Durant cette revue narrative, nous ne considérerons que le dessin libre de l'enfant et de l'adolescent, et uniquement au sein du cadre thérapeutique. Nous rappelons qu'« hors de ce contexte, [...] son interprétation devient hasardeuse » (Sternis, citée par Vinay, 2020).

L'utilisation de l'expression « dessin libre » implique que certains dessins ne le seraient pas. L'adjectif « libre » renvoie à l'absence de thème ou sujet imposé, de consigne encadrant la réalisation. Il comprend premièrement le dessin spontané de l'enfant, résultant d'une pulsion qui appartient à celui-ci, et deuxièmement, le dessin sans consigne particulière mais proposé, encouragé ou demandé par l'adulte. Ainsi, en opposition au dessin avec thématique imposée (dessin de la famille, dessin de la maison rêvée par exemple), le dessin libre sera « davantage lié aux vécus et mémoires de l'enfant qu'aux intentions de l'adulte qui essaie de l'aider » (Lachal, 2021). Pour Alfred Brauner (cité par Lachal, 2021), « c'est le dessin spontané qui est le plus précieux ». L'absence de thématique imposée permet à l'enfant d'avoir davantage de possibilités de représentation. « L'enfant n'est ni dans la copie, ni dans l'imitation, il retranscrit ses affects. C'est donc son propre monde, sa personnalité que l'enfant va renseigner par l'intermédiaire de sa production. » (Vinay, 2020).

Pour autant, le dessin libre ne l'est pas tout à fait, et cette notion a pu être qualifiée de « factice, ou artificielle » (G. Cagnet & A. Cagnet-Kayem, 2018, p 62). En effet, jamais totalement libre, il résulte de compromis que doit faire l'enfant : premièrement, avec son subconscient qui peut soit filtrer, soit révéler certaines choses ; ensuite, il doit composer avec son environnement (famille, proches, école), ainsi que la qualité des stimulations qu'il reçoit ; et enfin, le dernier compromis est avec la personne à qui le dessin est destiné, ici le clinicien. (*ibid*, p 62). Ces contraintes, font paradoxalement tout l'intérêt des productions de l'enfant en soulignant leurs valences profondément subjectives et relationnelles. Véritablement, le dessin naît de la relation singulière entre le dessinateur et le thérapeute.

En ce sens, le dessin libre se rapproche grandement de l'écriture. La pensée précède le geste, que le niveau de développement et l'apprentissage culturel conditionnent. A la manière d'un message rédigé pour un destinataire, le dessin peut être donné, transmis, détruit, déchiré, interprété, archivé «et donc agir en dehors et au-delà de l'auteur » (Lachal, 2021). Il peut également être rangé, repris, Il permet d'exprimer ce qui ne peut l'être par la parole, du fait de trouble du langage, d'un langage non assez développé, ou d'une forme d'auto-censure ou de censure familiale (dans le cas de traumatismes à transmission transgénérationnelle par exemple). C'est d'ailleurs à la fin de sa cure que le petit Jacques, patient de Sophie Morgenstern, initialement atteint d'un mutisme psychogène, confirmera à son analyste : « Je vous ai déjà tout raconté par le dessin. » (Garcia-Fons, 2022).

Dans la littérature, le dessin libre a souvent fait l'objet d'analogie avec le jeu spontané de l'enfant. Ils donnent tous deux, selon l'image de Caillé et Rey (1994), accès aux coulisses et non uniquement à ce qui est présenté à l'avant-scène du décor. Du fait de la contrainte de matériel à utiliser cependant, le dessin s'ancre dans le réel en le liant à la fantaisie, contrairement au jeu qui lui est une « expression directe de la pulsion » (A. Anzieu, 1996).

Le dessin libre est également rapproché du rêve par de nombreux auteurs, y compris récemment (Boudarse, 2020 ; Rizzi, 2021 ; Berger, 2012), en ce sens qu'il est pareillement une expression de l'appareil psychique, et que les mêmes processus à l'action (déplacement, condensation, figuration) vont rendre accessibles

par une représentation imagée, des désirs inconscients ou des traces de traumas enfouis (Comdamin & Diere, 2014). Le dessin libre recèle de la même façon un contenu latent autant qu'un contenu manifeste, et son interprétation au sein du contre-transfert repose sur les mêmes bases. Le dessin ne cache pas une vérité qu'il faudrait déchiffrer, et il n'existe pas d'expert capable de traduire un dessin de manière systématique et définitive (Rizzi, 2014). Les significations émergent du travail fait en collaboration avec l'enfant, et parfois avec sa famille (*ibid*). Pour autant, le « rêve graphique » (expression de C ; Athanassiou, citée par Boudarse, 2020) se fait, lui, éveillé, sous le regard du thérapeute, dans l'actualité du transfert et sans après-coup (Colombo, 2022).

3. Justifications de la revue narrative :

Nous notons l'abondance des publications et ouvrages traitant du dessin de l'enfant en psychothérapie individuelle. En revanche, plusieurs auteurs (Boudarse, 2020 ; Nielsen, 2021 ; Gammer 2019, p 9 à 12) ont, encore récemment, constaté le manque d'études concernant le dessin de l'enfant en consultation familiale, malgré le fait que celui-ci ne manque pas de se manifester (Boudarse, 2020).

Or, ces contextes thérapeutiques et leurs implications en clinique ainsi qu'en recherche sont bien différents. Comme l'illustre si bien Carole Gammer, (2019, p11), « les résultats sont limités si on se contente de transposer les techniques classiques de thérapie avec les enfants dans le contexte d'une thérapie familiale... comme on repoterait une plante. ».

Nous évoquerons brièvement quelques particularités de la consultation familiale, auxquelles fait référence Gammer en utilisant la comparaison précédente.

Une des particularités des consultations familiales tient à la présence d'au moins deux générations et donc de plusieurs membres de la famille : parents, enfants et potentiellement membres de la famille élargie. Boudarse (2020) souligne que la dynamique fantasmatique de l'enfant est marquée par le caractère plurisubjectif du dispositif (Kaës, cité par Boudarse, 2020). Le dessin réalisé au sein d'une séance familiale n'a pas le même sens et ne peut donc pas être interprété de la même manière que celui qui apparaît dans le cadre thérapeutique individuel : interprétation du contenu latent du dessin dans le champ transférentiel et restitution à l'enfant (*ibid*). Comme vu plus haut, le dessin libre s'inscrit inévitablement dans la relation : « chaque dessin est un destin, il est conçu, réalisé, transformé involontairement par celui à qui il est promis. Le dessin d'enfant n'existe pas en dehors de la culture, en dehors de l'interaction avec l'autre » (G. Cognet & A. Cognet-Kayem, 2018, p 1). Une des spécificités inhérentes à la consultation familiale est le nombre de potentiels destinataires du dessin. En consultation, il paraît important de ne pas préjuger du destinataire, et de laisser l'enfant finir son dessin « libre jusqu'au bout », en l'adressant à la personne de son choix.

Quand elle aborde son parcours professionnel, Carole Gammer, docteur en psychologie et thérapeute systémique (2019) évoque la « surprenante lacune » de ses professeurs et collègues qui « considèrent qu'il travaillait avec la famille dans son ensemble, alors qu'en fait il s'adressait principalement aux parents ». Que ce soit par « méconnaissance des ressources de l'enfant ou à l'incapacité de les utiliser » (Roberge, 2023) ou « crainte du ridicule, crainte de régresser, [...], crainte de montrer quelque chose de soi qui serait compris par la famille, par le co-thérapeute » (Delpuech & Vignaud, 2012) au moment de s'adresser à l'enfant par le jeu, des réticences et doutes ponctuent souvent la prise en compte de la parole de l'enfant en consultation familiale. Andolfi (2022) parle même d'une « trahison de la thérapie

familiale » à l'égard de l'enfant. Il constate que « l'enfant, comme ressource thérapeutique, ou au moins comme présence significative en thérapie, est largement absent de la majeure partie de leurs études et de leur activité clinique » (Andolfi, 2022), et est souvent exclu ou ignoré durant tout ou partie du processus thérapeutique familial (Figley, cité par Moore, 2005 ; Gil et Riley cités par Shalmon & McLaughlin, 2012). Parce qu'il utilise essentiellement un langage non verbal que certains thérapeutes d'adultes ne parlent pas ou seulement partiellement, l'enfant ne rencontre pas toujours un interlocuteur quand il communique dans ce contexte pourtant si précieux de la consultation familiale. Le thérapeute doit endosser un rôle de traducteur, de « médiateur culturel » entre les deux mondes en présence (celui des adultes, occasionnellement représenté par plusieurs générations, et celui des enfants).

Or, l'enfant est une « source précieuse d'information » (Roberge, 2023) sur le fonctionnement de la famille et les préoccupations sous-jacentes (Gil et Riley cités par Shalmon & McLaughlin, 2012), un guide à travers les méandres de l'histoire familiale. Andolfi (2022) utilisait à ce propos la métaphore du fil d'Ariane. De plus, prêter de l'attention à sa voix pourrait l'extraire de sa fonction de « porte-parole et de bouc-émissaire de la souffrance familiale » (*ibid*).

L. Roberge (2023) souligne aussi que les psychothérapeutes d'enfant peuvent se retrouver désarçonnés lors des séances familiales, du fait que leur attention clinique soit portée sur l'intrapsychique.

De plus, la grande majorité des articles abordant le dessin réalisé en consultation familiale, dans le champ de l'art-thérapie et de la thérapie systémique notamment, concernent le dessin dirigé et non pas le dessin libre de l'enfant. Cela a l'avantage d'être plus reproductible et de favoriser les recherches sur le sujet.

Les outils les plus utilisés sont : dessin de la famille (ex : Rosenfeld et al., 2008), dessin de la maison de rêve (ex : Schwaibold & Cuynet, 2015), dessin de la maladie affectant un membre de la famille (ex : Cook-Darzens, 2009), arbre généalogique conjoint, spatiogramme (Benghozi, 2020), dessin de l'arbre, autoportrait, dessin du bonhomme, etc.

4. Objectifs de la revue narrative :

Par défaut, on assimile la place du dessin libre en consultation familiale à celle du dessin libre en consultation individuelle, alors qu'il s'agit de cadres et des processus thérapeutiques bien distincts comme nous venons de le voir. Les mécanismes sous-tendant son apparition, son utilisation par les thérapeutes avec le groupe familial, son apport dans l'élaboration de l'histoire familiale restent finalement peu étudiés.

Notre revue narrative de la littérature vise alors à étudier la place du dessin libre de l'enfant et de l'adolescent en consultation familiale. En ce sens, nous nous intéresserons aux écrits et réflexions issus de divers courants psychothérapeutiques pour explorer, d'une part, comment est actuellement utilisé le dessin libre de l'enfant en consultation familiale, et d'autre part, en quoi le dessin libre de l'enfant constitue un outil thérapeutique dans ce cadre spécifique. Nous le verrons par la suite, les notions d'élaboration psychique, de traumatismes et de transmission transgénérationnelle émergeront dans les résultats, et seront explorés plus en détail en suivant. En deuxième partie, une vignette clinique illustrera les concepts détaillés dans la revue.

5. Rappel sur le cadre de la revue :

Dans cette revue narrative, nous emploierons l'expression « consultation familiale » pour faire référence aussi bien aux séances de thérapie familiale, aux consultations transculturelles, qu'aux consultations familiales intervenant au cours d'une psychothérapie individuelle ou d'une prise en charge pédopsychiatrique classique. Nous considérerons les enfants et les adolescents, de 2 à 17 ans inclus. Nous parlons de famille pour désigner un enfant et au moins l'un de ses parents (soit 2 générations distinctes au minimum en présence).

Pour rappeler le cadre : en thérapie familiale, il est usuel que les thérapeutes soient au nombre de deux. En consultation transculturelle, le groupe est formé de plusieurs co-thérapeutes et d'un.e thérapeute principal.e, ainsi qu'un.e interprète, et souvent un ou deux membre.s du service adresseur (voir *Annexe, Figure 1.*). En effet, il s'agit d'un dispositif de seconde ligne, indiqué en cas de résistance à la prise en charge habituelle et d'une situation de vulnérabilité culturelle : les 5 séances ont lieu au rythme d'une fois par mois, et les soins habituels sont poursuivis entre les séances. En art-thérapie familiale, le cadre est plus souple, à géométrie variable.

B. METHODE

1. Design de l'étude

Cette revue narrative de la littérature a été réalisée en interrogeant les bases de données suivantes : Cairn, PubMed, PsycINFO, Cochrane Library, Taylor & Francis et le SUDOC, ainsi que le moteur de recherche Google scholar. L'inclusion a été réalisée par l'auteure de janvier à mars 2024.

Les mots clés, utilisés sous forme de diverses combinaisons, incluaient (en français et en anglais) : dessin, dessin libre, enfant, adolescent, famille, familial, thérapie, therap*, systémique, consultation, transculturel, interculturel, cultur*, psychiatrie, pédopsychiatrie, psychologie, psy*, *drawing, free drawing, sketch, child, children, kid, teenager, adolescent, famil*, therap*, familial therapy, systemic therapy, art-therapy, systemic counselling, family counselling, consulting, consultation, transcultural, cross-cultural, cultur*, psychiatry, psychology, psy**.

2. Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion étaient les suivants : articles évoquant des enfants et adolescents de 2 à 17 ans inclus produisant un dessin libre au cours d'une consultation de thérapie familiale (au moins 1 membre de la famille présent et deux générations en présence minimum) ou d'une consultation familiale trans- ou interculturelle, ou d'une consultation thérapeutique classique (psychothérapie ou pédopsychiatrie, en présence d'au moins un membre de la famille et deux générations en présence minimum), sous forme de cas clinique ou de façon théorique seulement ; articles en français ou en anglais ; articles écrits après le 01/01/2000.

Les critères d'exclusion étaient : dessin non libre du type « dessin de la famille, dessin de la maison », dessin libre produit en consultation pédopsychiatrique individuelle (enfant seul), dessin produit lors de tests projectifs, dessin produit par un adulte, articles non en anglais ou français.

3. Collecte des bibliographies et analyse des données

Les articles ont été sélectionnés selon leur titre et leur résumé, manuellement grâce à Rayyan, un outil d'aide au screening pour le premier tour d'exclusion. La fonctionnalité de détection des doublons du même logiciel a été utilisée pour supprimer les bibliographies en double. Les articles retenus à l'issue ont été compilés à l'aide du logiciel Zotero. Une lecture en intégralité a permis un deuxième et dernier tour d'exclusion, ainsi que l'extraction des données pertinentes.

Aucun financement externe ni conflit d'intérêt ne sont à rapporter. Cette étude n'impliquant pas la personne humaine, l'avis auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) et d'un comité d'éthique n'a pas été nécessaire.

C. RESULTATS

1. Diagramme de flux

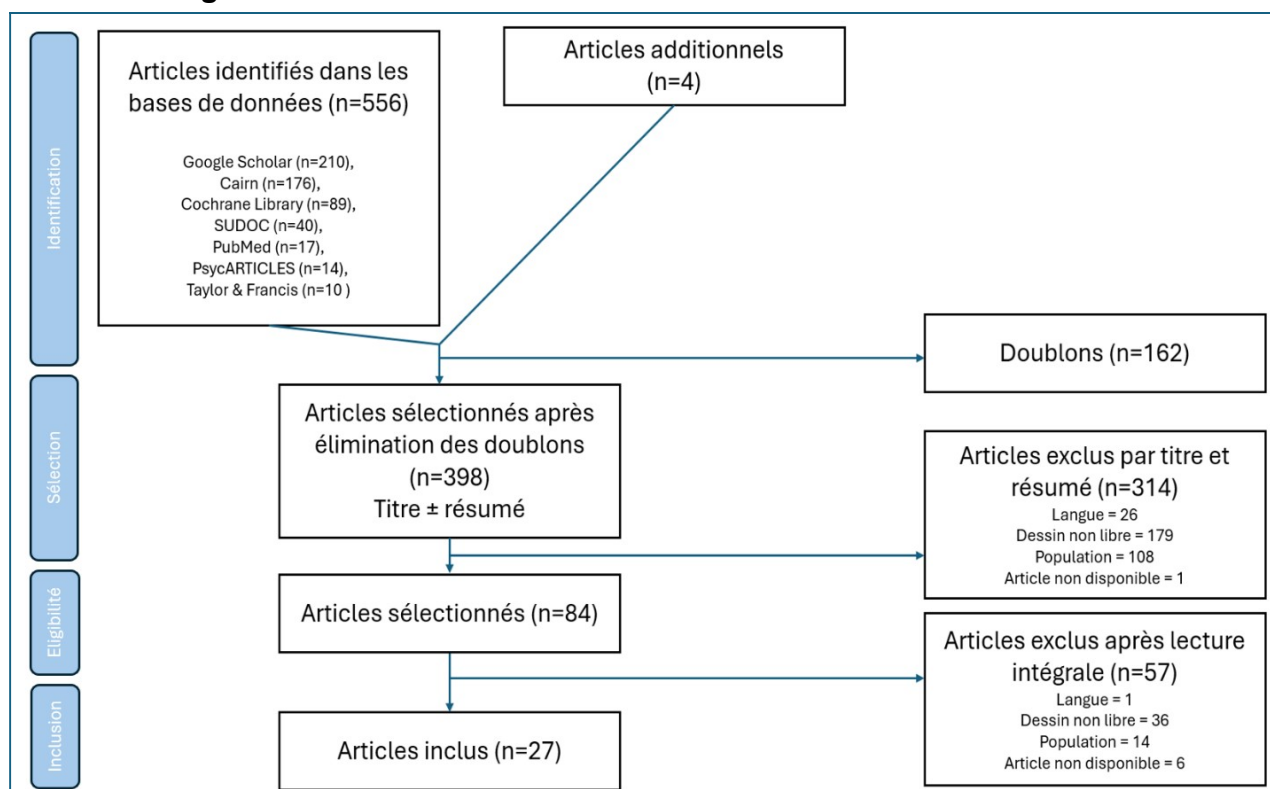


Figure 1 : Diagramme de flux présentant l'inclusion, la sélection et l'inclusion des bibliographies

1. Explication du diagramme de flux

La consultation des bases de données a permis de recenser 556 articles parmi les bases de données suivantes : Cairn, Cochrane Library, PubMed, PsychArticles, Taylor & Francis et le SUDOC ainsi que le moteur de recherche Google Scholar. 4 sources additionnelles ont été ajoutées (références bibliographiques : 15 et 19, et les sources 9 et 12 qui étaient des références indiquées dans des articles inclus au préalable). Après élimination de 162 doublons

grâce au logiciel en ligne Rayyan, 398 articles ont été triés en fonction de leur titre et abstract. Ce premier tri a permis d'éliminer 314 articles, et d'en retenir 84. Ces articles ont été triés à la suite d'une lecture intégrale sur le logiciel Zotero. A l'issue de ce deuxième tri, 27 articles ont été inclus car ils respectaient les critères d'inclusion et ne présentaient pas de critères d'exclusion.

2. Articles inclus

7 articles issus de la thérapie familiale psychanalytique répondaient aux critères d'inclusion, ainsi que 8 articles relatifs à la psychiatrie transculturelle. Il en était de même pour 2 articles de thérapie systémique, 5 articles d'art-thérapie, ainsi que 5 articles correspondant à des consultations familiales thérapeutiques non spécifiées (empruntant à la fois des outils de prise en charge systémique, psychanalytique et d'art thérapie) ou de consultations familiales en psychothérapie intervenant au cours d'une prise en charge individuelle en psychothérapie de l'enfant. Au total, 27 articles correspondaient aux critères d'inclusion de cette revue narrative (références numérotées de 1 à 27 dans la bibliographie).

2. *Éléments de méthode autour de l'utilisation du dessin libre en consultation familiale :*

Dans la totalité des articles inclus dans cette revue, il est explicité ou sous-entendu que du matériel de dessin (crayons, feutres, feuilles, chaises et tables dédiées) est à disposition des enfants. A noter que des éléments de méthode d'utilisation du dessin sont partagés par les différents courants psychothérapeutiques, que la catégorisation ci-après est ici davantage didactique.

De plus, deux des articles inclus ne donnent pas d'indications quant à la méthode employée pour faire émerger un dessin libre de l'enfant en consultation familiale.

1. *En thérapie psychanalytique familiale :*

Le dessin fait partie des médiations utilisées dans la pratique de la thérapie familiale psychanalytique (recensement de Benghozi et Joubert, cité par Joubert et al., 2016), et totalement créées par le patient. Quand un enfant se met à dessiner de manière spontanée, il convient d'y être vigilant, d'y conférer une importance, et de veiller à ce que le « rêve graphique » ne soit pas interrompu, du fait de défenses familiales (Delpuech & Vignaud, 2012). Du fait du caractère plurisubjectif du dispositif, et de la diffraction du transfert (Kaës, cité par Boudarse, 2020), le dessin de l'enfant ne peut pas être interprété dans le champ transférentiel comme c'est le cas dans le cadre individuel comme dit plus haut. En admettant que « la production graphique d'un enfant en consultation familiale résonne avec ce qui s'échange et ce qui se refuse aux échanges parce que refoulé, clivé ou encore interdit par la censure familiale », l'idée est « d'associer en groupe », de favoriser des « échanges circulaires » (*ibid*), de s'appuyer sur le dessin pour faire circuler ce qui ne se dit pas encore (Delpuech & Vignaud, 2012). Cette méthode est une transposition de celle du traitement du rêve en séance groupale (Ruffiot, cité par Boudarse, 2020). Une fois la production terminée, après avoir demandé l'autorisation au dessinateur, il est proposé d'inviter « chaque membre de la famille de revêtir le rôle d'« interprète », à « dire ce qu'il voit », « ce que ceci évoque », à « imaginer » pour chacun et, si possible, à « raconter une histoire », le tout à partir de la production graphique »

(Boudarse, 2020), ». Le fait de finir par les associations de l'auteur du dessin, permet de respecter le « droit au secret de l'enfant » (*ibid*).

En thérapie familiale psychanalytique, le dessin spontané est considéré comme une parole graphique émergeant dans la chaîne associative groupale, au sein de laquelle elle doit donc être interprétée. Le clinicien soutient la circulation des représentations et des affects au sein du « néo-groupe » (expression d'E. Granjon (2016) pour parler du groupe nouvellement créé entre la famille et le ou les thérapeute(s)). Ses interprétations portent « sur les associations groupales », et non sur le contenu du dessin de l'enfant (Boudarse, 2020). La faculté d'élaboration familiale, une fois relancée, est soutenue par le thérapeute, qui sera fortement sollicité dans le contre-transfert en lien avec ses propres « archives familiales, ses fantômes » (Granjon, 2016). Enfin, le clinicien se doit de garantir un espace où les défenses de chacun puissent être respectées.

Un autre usage peut être celui de « pointer les contiguïtés entre ce qui se dit et ce qui se dessine » (Cuynet, 2006).

2. En thérapie systémique :

En thérapie systémique également, « le but n'est pas l'interprétation, mais le fait que les membres de la famille arrivent ainsi par leurs propres moyens à une communication verbale plus ouverte et plus facile entre eux » (Gammer, 2005). L'utilisation de techniques artistiques systémiques (dessin, peinture, sculpture en pâte à modeler par exemple) peut être proposée sur plusieurs séances si la famille répond bien. Les tâches proposées peuvent être un dessin commun réalisé par la famille, ou par un sous-ensemble (désigné par le thérapeute, fratrie par exemple) ou des tâches parallèles (dessins réalisés individuellement par tous les membres de la famille) (*ibid*). Celles-ci sont l'occasion pour le thérapeute d'observer les relations familiales, les mécanismes défensifs à l'œuvre, les émotions manifestées. Toute tâche est suivie d'un moment d'échange verbal élargi, chaque dessinateur ou groupe de dessinateurs montre ses réalisations aux autres et tente de trouver des mots « pour dire ce qui leur paraît indicible » en s'appuyant sur ses dessins (*ibid*). Le thérapeute familial distribue la parole et adopte une vigilance particulière à la voix des jeunes enfants, s'assurant qu'ils puissent suffisamment s'exprimer au sein du groupe (de façon verbale ou non verbale principalement, grâce aux outils du dessin et du jeu), afin d'agir sur autant d'éléments différents que possible dans le système (*ibid*). Il aiguille la famille pour cibler les sujets plus profonds qui émergent, et accompagne les manifestations émotionnelles. Ces tâches artistiques systémiques peuvent servir de support à d'autres activités ou pratiques qui permettront d'approfondir les thèmes soulevés par les réalisations (par exemple ambivalence, clivage, question de la hiérarchie, des distances interpersonnelles) (*ibid*).

Le clinicien adopte ainsi une posture plus en retrait que dans le cadre thérapeutique individuel, sans occuper le devant de la scène (Gammer, 2005), mais en apportant parfois « un élément de compréhension se greffant à ce qui a été verbalisé par la famille. Il ne s'agit pas d'interpréter, mais plutôt de favoriser l'élaboration entre les membres de la famille de leurs impressions, perceptions, pensées et sentiments de manière à soutenir les prises de conscience et une communication verbale plus ouverte et plus facile entre eux. » (Roberge, 2023). Son apprentissage permet au thérapeute de voir au moins deux mondes, et de se placer comme médiateur entre les langages de l'adulte et celui des enfants, « le plus

souvent magique, créatif, ludique [et non-verbal] (Andolfi, cité par Roberge, 2023) sans ignorer ni l'un ni l'autre » (Roberge, 2023). Il importe qu'il puisse élaborer ce qui l'agite et accepter de ne pas tout savoir ou comprendre, « [...] accepter et accueillir ce matériel en deçà des mots [...] et apprendre à jouer » (Granjon, 2016). Pour entendre la voix des enfants, le thérapeute familial doit écouter et reconnaître ses résonances internes (Andolfi, cité par Roberge, 2023), son contre-transfert, « [...] accepter la mise à disposition de son propre appareil psychique, tolérer l'intrusion et l'effraction [...] » (Granjon, 2016), poursuivre un travail sur soi (Dupont, cité par Roberge, 2023) afin d'écouter d'abord l'enfant en lui-même.

Le dessin spontané de l'enfant a également sa place en thérapie systémique, il permet de récolter des « petits indices » que les enfants y glissent à propos de l'histoire (souvent transgénérationnelle) de la famille. Ces petits éléments permettent de montrer aux parents que l'information provient de l'intérieur de la cellule familiale, et n'est pas un « corps étranger que le thérapeute aurait implanté dans la famille » (Tilmans-Ostyn, 2004), ce qui en fait une base de travail moins menaçante. Edith Tilmans-Ostyn conseille de ne pas nommer ou interpréter ces petits signes (ce que beaucoup de thérapeutes feraient trop rapidement), mais de se laisser imprégner par eux, les laisser s'amplifier, notamment par la résonance émotionnelle des parents aux interventions de l'enfant au travers de dessins. Ils permettront la co-construction d'une problématique familiale qui pourra être abordée de façon circulaire, venant interroger les vécus parentaux, « l'enfant dans l'adulte » en eux (*ibid*), permettant de se décaler de la plainte initiale, centrée sur « l'enfant-symptôme ».

3. En psychothérapie transculturelle :

En considérant que tout dessin d'enfant est « chargé de sens culturel » (Rizzi et al. Cité par Rizzi & Moro, 2021), cet objet médiateur est devenu un levier clé de la consultation transculturelle. Selon les dispositifs, cela peut être le/la thérapeute principale qui invite les enfants à dessiner, (Bruni et al. 2021) étayés par un co-thérapeute ou parfois directement le « co-thérapeute auxiliaire », qui a été pensé comme un partenaire privilégié au sein du groupe identifiable par l'enfant (Rizzi, 2014, 2015). Cette opportunité est proposée, pas imposée (Bruni et al., 2021). Assis ensemble « à la petite table », mais au sein du groupe formé par la famille et les thérapeutes, l'enfant, toujours en lien avec les échanges verbaux et récits familiaux (Rizzi et al., 2016), est étayé dans l'initiation ou la poursuite de ses productions graphiques par le co-thérapeute auxiliaire. Parfois, l'enfant adresse physiquement le dessin à une personne (de sa famille notamment). Il est alors demandé si le groupe peut le regarder. Les thérapeutes du groupe commentent le dessin et associent alors en respectant la « communication transculturelle » (Moro, 2020), indirecte, moins agressive et plus contenante, s'adressant au thérapeute principal en employant « images, propositions, métaphores, analogies, fragments d'histoire ou de mythe, énoncés de rituels » (*ibid*). Parfois l'enfant part physiquement et spontanément en quête de sens auprès du groupe, notamment quand sa famille ne peut lui en donner (Pivard-Boubakri et al., 2020). Il arrive que certains dessins soient « très significatif ou fassent écho à ce qui est en train de se dire » (Moro, 2020), ou que l'enfant soit plus en difficulté pour déposer sa pensée à travers son dessin auprès du groupe : le co-thérapeute auxiliaire peut raconter ce que l'enfant a voulu exprimer par son œuvre (Bruni et al. 2021). Il arrive souvent d'observer un véritable « parcours graphique de plusieurs dessins avec, dans l'intervalle, des prémices interprétatives de la part du thérapeute ou du groupe », qui favorise les associations libres de l'enfant. (Rizzi & Moro, 2021).

Pour mieux étayer l'interprétation des dessins d'enfants produit dans un groupe thérapeutique et notamment en contexte transculturel, a été développée une méthode de codage généralisable, le T-MADE, abréviation de : Transculturel -

Méthode Analyse Dessins Enfants. (Rizzi, 2014). Cette méthode prend la forme d'un tableau à double entrée (voir *Annexe, Figure 2.*) (Rizzi & Moro, 2021). Il présente quatre « valences du dessin » sur l'axe horizontal, et cinq types de « contenus du dessin » sur l'axe vertical. Le remplissage rigoureux du tableau permet une analyse systématique et détaillée de tout dessin d'enfant produit dans le cadre thérapeutique (*ibid*). A noter que « le T-made aide à traduire, interpréter, comprendre, non seulement l'objet, mais également la relation qui se co-construit par le dessin entre l'enfant, la famille et les thérapeutes (Moro, 2020) ». La méthode peut être utilisée lors des séances transculturelles par le co-thérapeute auxiliaire ou par certains thérapeutes du groupe, qui l'utilisent pour étayer leurs interventions. Les dessins peuvent aussi être interprétés après la séance au moment de l'analyse du contenu de la séance et du contre-transfert, en ramenant les éléments de lecture à la séance suivante (Moro, 2020). Alice Titia Rizzi et Marie Rose Moro nous mettent en garde contre les risques de surinterprétation du dessin de l'enfant en l'absence d'un fond associatif stable.

4. En art thérapie familiale :

En art thérapie, beaucoup d'articles traitent du travail familial, mais très peu font état d'une utilisation du dessin (ou même peinture) libre et particulièrement spontané.

Certains art-thérapeutes familiaux proposent un mélange (notamment au cours de la même séance) d'activités libres (matériel libre et pas de thématique imposée) et d'activités structurées faisant référence à ce que Landgarten relevait en 1993 : « L'opportunité d'avoir du contrôle sur le choix [de l'activité ou de la thématique] peut abaisser les inhibitions et les résistances » (Malchiodi, 2003). Les productions sont souvent un support pour évaluer de manière systémique les besoins et les rôles familiaux, les dynamiques interpersonnelles et les schémas de communication (Metzl, 2022), ainsi que pour évaluer les symptômes du parent et de les distinguer de ceux de l'enfant (Nielsen, 2021).

Ici aussi, en utilisant des outils réflexifs et verbaux, la sollicitation de la famille dans l'analyse et l'interprétation des dessins permet d'approfondir la compréhension de soi et de l'autre, pour traiter les expériences individuelles et partagées et les mettre en lien avec les objectifs thérapeutiques (Metzl, 2022, Riley cité par Shalmon & McLaughlin, 2012). Il peut être suggéré à chaque membre de la famille de prendre le dessin d'un autre et d'en trouver le sens, ce qui met en évidence les différents angles de vue, les mauvaises perceptions et les projections des membres de la famille les uns sur les autres (Shalmon & McLaughlin, 2012). Malchiodi encourage l'utilisation des métaphores, qui peuvent être « verbales, visuelles ou les deux ». Elles constituent un outil de communication privilégié en art-thérapie familiale, car peuvent être puissantes et directes mais peu menaçantes (Malchiodi, 2003).

Pour finir, est également proposée la méthode comprenant la co-construction par l'enfant et son parent/ses parents d'une histoire libre, initiée ou étayée par le dessin de l'enfant. Le dessin sera un support tangible à la métaphore, et permettra de fournir une image des scripts familiaux à travers les interprétations de chacun (Muselle & Barnabé, 2015).

3. L'apport du dessin libre de l'enfant en consultation familiale :

1. Le dessin libre en consultation familiale : un appui au processus thérapeutique

En consultation familiale, la fonction communicationnelle et dialogique du dessin s'exerce entre l'enfant et les membres de la famille, en plus du ou des thérapeutes en comparaison au cadre thérapeutique individuel, avec plus de facilité que par l'expression verbale (Gammer, 2005). A l'aide de nombreux détails de son dessin, l'enfant amplifie la quantité d'informations conscientes et inconscientes qu'il souhaite adresser au groupe, ouvrant ainsi un dialogue (Rizzi & Moro, 2021). En sa qualité additionnelle d'objet transitionnel winnicottien, il constituera une forme de communication trouvée-créeée intermédiaire, « entre silence et paroles, entre espace familial et social » (Pivard-Boubakri et al., 2020), objet que l'on peut de plus emporter avec soi pour supporter l'absence du groupe (Rizzi & Moro, 2017). Ce support graphique permet aux *enfants singuliers*, reçus en consultation transculturelle avec leurs familles, de faire entendre leur voix, bien qu'elle leur manque souvent du fait de difficultés de langage (Rizzi & Moro, 2017 ; Rizzi et al., 2016). Que ce soit du fait de capacités verbales limitées ou du fait de la disparition ou régression de capacités nouvellement acquises, sous le stress de la consultation familiale (Hanney & Kozłowska, cités par Moore, 2005), le dessin permet d'écouter l'enfant parmi les siens. Étant donné que tous les membres de la famille, y compris les jeunes enfants, les frères et sœurs plus âgés, et les adultes, fournissent des informations contextuelles sur les événements, la participation de tous est impérative au processus thérapeutique (*ibid*).

La production graphique va matérialiser un message durable, véritable passerelle entre l'intérieur et l'extérieur, que tout le monde peut observer, lors de la séance et des suivantes (Bruni et al., 2021), et viendra réduire le clivage inhérent à la situation des enfants métisses, prenant en compte leur vulnérabilité (Moro, 2020). « Véritable objet médiateur entre les langues, les langages, les cultures et les interactions, le dessin tient alors une place centrale dans le processus thérapeutique » (Rizzi, 2015).

Les dessins spontanés « représentent les difficultés mais ouvrent la voie à d'autres points de vue, [...] constituant de véritables leviers thérapeutiques, [...] des instruments pour favoriser l'insight, pour stimuler le partage des histoires, des émotions et du transfert » (*ibid*). En effet, véritable objet de relation (Granjon, 2016), le dessin émerge de l'imaginaire groupal et donne corps, trace aux contenus psychiques déposés dans le groupe familial (Boudarse, 2020), majoritairement représentés les parts inintégrables de chacun, ce qui est resté en souffrance dans les liens et l'espace psychique familial (Granjon, 2016). Ce travail de figuration et de mise en circulation des représentations et des émotions a pour but de relancer la capacité d'élaboration groupale, de créativité, de jeu (Durastante et Joubert, 2006; Granjon, 2016).

La créativité, bien étudiée en art-thérapie, est un facteur important de réussite thérapeutique, car augmente la flexibilité mentale et l'adaptabilité, et favorise la résolution de problèmes par la famille, en lui permettant de trouver ses propres solutions -plus efficaces et plus durables que celles provenant des interventions extérieures- (Morgan & Wampler, cités par Moore, 2005). Le processus créatif sert à minimiser les conflits, abaisser les défenses, offrant ainsi l'opportunité à des sentiments puissants, et possiblement inconscients, d'émerger ; Il permet également

de favoriser les sentiments de proximité et d'empathie entre les membres de la famille, d'accordage émotionnel entre parent et enfant (Kwiatkowska, citée par Moore, 2005 ; Moore, 2005 ; Hanney & Kozłowska citées par Moore, 2005 ; Nielsen, 2021). Il offre de plus aux membres de la famille l'opportunité d'exprimer des sentiments personnels dans un nouveau langage symbolique, puis de discuter des perceptions individuelles (Arrington, citée par Moore, 2005). Les productions, lorsqu'elles sont réalisées par toute la famille en art-thérapie ou en systémie, sont souvent un support pour évaluer les besoins et les rôles familiaux, les dynamiques interpersonnelles et les schémas de communication (Metzl, 2022), ainsi que pour évaluer les symptômes du parent et de les distinguer de ceux de l'enfant (Nielsen, 2021). Boudarse (2020) propose qu'une possibilité thérapeutique pourrait-être un « squiggle-play familial », avec les familles dont la matrice imaginaire n'est pas suffisamment accessible aux mots.

Quelle que soit l'approche psychothérapeutique, l'essentiel est de développer ou restaurer une aire de jeu dans la famille (Roberge, 2023). C'est cette co-construction qui prime dans la démarche (plus que la formulation d'interprétations par le clinicien), qui restaurent la capacité de contenance et soutiennent les liens intersubjectifs (Boudarse, 2020). Le jeu comme le dessin de l'enfant sont utilisés dans leur fonction de « transformateur de l'affect » : ils permettent une figuration, un déplacement, une représentation des affects et fantasmes au sein de l'appareil psychique familial auxquels les parents n'ont pas ou plus accès (Delpuech & Vignaud, 2012 ; Joubert et al., 2016). En effet, il devient alors possible de se décaler du symptôme de l'enfant, en faisant émerger des images, des souvenirs, des émotions en s'appuyant sur le dessin et favorisant l'identification de problématiques familiales, comme des deuils mal élaborés, des craintes, des pertes, des besoins d'être réassurés (Delpuech & Vignaud, 2012). De ce fait, le dessin et le jeu de l'enfant sont également utilisés pour leur fonction jubilatoire qui permet de s'extraire, pour les thérapeutes et la famille, de la sensation figée ambiante, de l'impression de butée thérapeutique (*ibid* ; Joubert et al., 2016).

Enfin, le dessin, par la représentation matérielle qu'il offre, permet un *mirroring*, c'est-à-dire qu'il est particulièrement utile pour renvoyer au groupe ce qu'il a déposé au sein du cadre thérapeutique familial, fonctionnerait comme un « miroir groupal dans lequel la famille se mire grâce à la reprise de ses capacités de jeu psychique » (Boudarse, 2020 ; Castry, cité par Joubert et al., 2016).

2. Le dessin libre en consultation familiale : un outil d'élaboration du traumatisme à transmission transgénérationnelle

Les différents articles inclus dans l'étude repèrent que les familles reçues en consultation familiale sont souvent marquées sur plusieurs générations par des difficultés d'accès aux émotions et aux représentations (Delpuech & Vignaud, 2012), et par une prédominance de la sensorialité (Cuynet et al., 2006) et du perceptif, du fait de dénis, clivages et autres mécanismes défensifs permettant de lutter contre l'impensable du traumatisme et la douleur enkystée (Tilmans-Ostyn, 2004). Il n'est pas rare que l'enfant autour de qui la famille vient consulter, par sa symptomatologie, vienne réactualiser un vécu traumatique éprouvé au même âge par l'un des parents (*ibid* ; Thode-Parashak cité par Nielsen, 2021). Dans ces cas-là, « chaque génération doit pouvoir se réapproprier, se réattribuer ce qui lui est propre » (Tilmans-Ostyn, 2004), et c'est au thérapeute de situer et de travailler le nœud conflictuel (Delpuech & Vignaud, 2012) dans l'histoire familiale.

En consultation familiale, le dessin peut être un outil de choix participant à l'élaboration de traumatismes à transmission transgénérationnelle.

La littérature décrit globalement deux cas de figure :

- Quand les dessins spontanés permettent l'émergence de récits traumatiques :

Premièrement, les dessins de l'enfants sont souvent chargés de traces inscrites profondément en soi (Joubert et al., 2016), que les enfants « captent » dans l'imaginaire collectif familial (Boudarse, 2020). Boudarse écrit à ce propos que « la production graphique cristallise des contenus psychiques dispersés dans l'espace familial. Dispersés et pas forcément liés, intégrés. Dans une situation traumatique, ce phénomène serait particulièrement important et éclairerait certains aspects de la transmission psychique ». Ces vestiges dispersés peuvent mettre en péril l'intégrité de l'enveloppe familiale (*ibid*), en fragilisant les relations intersubjectives notamment. Pour y avoir accès, il convient de prendre conscience de l'intelligence émotionnelle de l'enfant quel que soit son âge et de ne pas sous-estimer à quel point il peut saisir réellement les choses (Tilmans-Ostyn, 2004). En considérant ainsi la valeur des indices contenus dans cette parole graphique, il sera possible d'identifier les zones d'ombre de la famille (Tilmans-Ostyn, 2004). En transposant la méthode du traitement du rêve en consultation familiale théorisée par Ruffiot, basée sur les associations au sein du groupe comme vu dans la partie précédente, en demandant aux uns de formuler en leur nom ce qu'ils voient ou imaginent en partant de la production des autres (Boudarse, 2020), l'activation de la trame associative familiale va être rendue possible (Joubert & Durastante, 2006). Ce travail « d'associativité » (Granjon, 2016) va faire émerger des récits latents, plus ou moins (dés)organisés sur les origines, une migration, des événements traumatiques ayant marqué l'histoire familiale (Boudarse, 2020). En effet, « l'introduction d'une médiation permet de sortir de la sidération des vécus d'abandon, de rendre possible le retour à la scène traumatique [...] transformée dans le néo-groupe[...] dans l'ici et maintenant de la séance » (Joubert et al., 2016). Également, notamment

en thérapie psychanalytique familiale, le clinicien devra « aller fouiller dans ses archives familiales, [...] revisiter des souvenirs interdits », convoquer ses propres fantômes, afin de s'en servir comme « capteurs aux interdits et aux silences transgénérationnels de la famille », car cette histoire indicible « vient parfois se dire et se jouer dans l'histoire familiale du thérapeute » (Granjon, 2016). Le groupe s'approprié alors le dessin libre de l'enfant pour co-construire autour de ce médiateur commun, pour que débute un travail de mythopoïèse de la famille, c'est-à-dire de transformation des énigmes du passé en mystères puis en récits et histoires partageables et transmissibles au sein de la cellule familiale (Granjon, 2016).

- Quand les récits traumatiques sont illustrés par des dessins spontanés :

Deuxièmement, des dessins spontanés apparaissent souvent « en même temps que les parents parlent » (Rizzi, 2015), qu'ils racontent des récits souvent entendus pour la première fois par l'enfant. Evelyne Pivard-Boubakri (2020), suppose que le récit traumatique de l'un des parents au sein d'un dispositif groupal (qui est un cadre favorable à cela car contenant) peut donner lieu à un « scénario émergent : scénario imprévu s'imposant dans la psyché de celui qui écoute la personne traumatisée » (Lachal, cité par Pivard-Boubakri et al., 2020) du côté de l'enfant tout comme chez les thérapeutes. L'enfant, qui viendrait dessiner ce scénario émergent (*ibid*), permettrait par ce biais le passage de l'innommable à l'imaginaire, la figurabilité et le symbolique (Joubert et al., 2016), ou autrement-dit le passage de co-éprouvés d'excitation sans élaboration possible ou *objets bruts* (expression de Granjon, 2016) à une mise en représentation d'une histoire familiale traumatique jusqu'alors indicible (Joubert & Durastante, 2006). Les éléments bruts ainsi projetés (*éléments bêta*, au sens de Bion, cité par Rizzi, 2014) dans le groupe se transforment en éléments disponibles à être pensés et symbolisés (*éléments alpha*, *ibid*) par l'enfant. L'accordage et le portage (*holding* de Winnicott) favorisé par le groupe, et la relation au co-thérapeute auxiliaire pour le cas de la consultation transculturelle, permettent une « *présentation du monde à petite dose* » (*object-presenting* de Winnicott) (Rizzi, 2014) et que les enfants soient protégés de l'histoire des parents, du moins des aspects les plus traumatiques, sans en être exclus (Moro, citée par Rizzi & Moro, 2021). Le « caractère polyphonique » (Taïeb, cité par Rizzi, 2014 et Boudarse, 2020) des histoires et témoignages du néo-groupe, agrémentés de chants, métaphores, proverbes, permet à l'enfant de s'en saisir et d'inventer sa propre histoire tout en la dessinant (Rizzi, 2014). Ceci offre la possibilité d'une transformation de l'agitation (Bruni et al. 2021) ou du « blocage solitaire » (Rizzi, 2015) de l'enfant inhibé en communication pour le groupe, de déposer à sa manière sa pensée dans le groupe. Pour des enfants mutiques, souvent reçus en consultation familiale et notamment en consultation transculturelle, le blocage de la parole est souvent le signe d'un blocage entre les mondes et entre les langues (Rizzi, 2014). Pour ces enfants qui sont souvent des enfants singuliers, la parole et le dessin co-existent et participent d'autant plus au processus de construction narrative. Le travail de symbolisation solitaire de l'enfant grâce à la production graphique évolue dans le groupe vers une co-construction, ce qui permet

l'élaboration d'une narrativité active et transmissible de l'enfant par ses dessins (Rizzi, 2014).

Il n'est pas rare que ces deux mouvements, d'émergence des discours à partir des dessins de l'enfant chargés d'indices appartenant à l'imaginaire groupal, et d'illustration de récits traumatiques familiaux par l'enfant, se rencontrent, se succèdent au cours d'un même entretien, voire se répètent et s'auto-alimentent sous forme d'aller-retours successifs. Ceux-ci peuvent même aller parfois jusqu'à créer un « *voyage circulaire* » au sein du groupe, se manifestant par un enrichissement des récits parentaux au fil des séances, soutenus par les dessins des enfants nés au sein du néo-groupe (Pivard-Boubakri et al., 2020). Les récits initialement confus et désordonnés sous l'effet du trauma vont se réorganiser autour d'une forme de temporalité et de plus de cohérence grâce à la co-construction d'un sens groupal (*ibid*). Du côté de l'enfant, la possibilité qu'il puisse construire une narration sur ce qu'il a dessiné indique un processus d'élaboration en cours (Rizzi, 2015). La mise en histoire par le dessin est un moment profondément thérapeutique lorsqu'elle a lieu « *dans l'espace de récit* » créé par la rencontre entre les générations en présence (Golse, cité par *ibid*). Cette narrativité dessinée, transculturelle et subjective, peut ainsi s'appuyer sur la narrativité culturelle parentale au travers des récits familiaux qui reprennent leur sens (Rizzi, 2014).

En citant Bernard Golse, A.T. Rizzi (2014, 2015) rappelle la fonction anti-traumatique de la narrativité d'autant plus qu'elle prend corps en consultation familiale, ainsi que sa participation à la construction identitaire de l'enfant, à la construction de sa subjectivité, sa place dans la famille, son inscription dans les mondes culturels auxquels il appartient. La remise en récit de ce qui s'était noué dans le ou les symptômes de l'enfant grâce au travail d'élaboration du néo-groupe permet souvent à l'enfant de sortir de la position de la seule personne déprimée, agitée, ou troublée de la famille (Rizzi 2015 ; Nielsen, 2021). Le roman familial, en perpétuel devenir, se développe, se raconte (Rizzi, 2015) se ré-écrit et se voit illustré à présent dans le groupe.

D. DISCUSSION

1. Forces et limites de la revue :

A notre connaissance, il s'agit de la première revue de la littérature interrogeant la place du dessin libre de l'enfant en consultation familiale. De plus, bien qu'elle ne soit pas qualifiable de « systématique », cette revue a tenté d'être la plus systématisée et organisée possible, en tentant de limiter le biais de sélection et d'auteur souvent reprochés aux revues narratives. En fournissant les critères d'inclusion et d'exclusion, les raisons à la non retenue des articles aux deux tours de tri, et le flowchart complet, les biais de sélection et d'auteur ont été réduits.

Toute revue narrative de la littérature comporte des limites bien décrites, notamment en termes d'objectivité, d'exhaustivité de la recherche documentaire et d'interprétation des résultats, et celle-ci n'y fait pas exception. Il est également possible que des études récentes ou en cours n'aient pas été recensées. Ont été inclus seulement les articles parus en français et en anglais, et certains textes n'ont pas été accessibles en intégralité, ce que nous déplorons car cela a pu induire un biais de sélection.

Le peu d'articles respectant les critères d'inclusion témoigne d'une littérature assez pauvre sur le sujet, comme signalé par de nombreux auteurs cités dans l'introduction, ce qui peut être un point négatif car le niveau de preuve est faible. De plus, en pédopsychiatrie, de nombreux articles sont des cas cliniques, difficilement généralisables même si généralement très intéressants sur le plan clinique, ou bien des réflexions théoriques ou études exploratoires qui sont souvent des hypothèses de travail. Cela fait la beauté de la discipline mais ne permet pas une reproductibilité des résultats. De fait, les bases de données consultées n'étaient peut-être pas les plus adaptées : PubMed par exemple, se concentre plus sur des études quantitatives (aucun des articles recensés sur PubMed n'a été inclus). De plus, la recherche en termes MeSH n'a pas été possible car ne permettait pas de recenser assez d'articles.

Bien que peu d'articles aient été inclus, ils étaient issus de courants psychothérapeutiques différents, ils abordaient des points et des concepts divers : il était donc difficile d'extraire des résultats tout à fait homogènes. Il semblait intéressant d'avoir une approche assez exhaustive, tout en essayant de faire se recouper des notions en adoptant une approche intégrative. Certains points semblaient importants à étayer, dans la discussion, mais des choix ont dû être faits et d'autres notions auraient sûrement mérité un éclairage à la lumière de la littérature.

2. Processus thérapeutiques en jeu :

1. Résumé des résultats principaux :

Les résultats principaux de cette revue vont dans le sens d'une volonté de mieux prendre en compte l'expression de l'enfant en consultation familiale chez les thérapeutes familiaux depuis une vingtaine d'années. Pour autant, comme en témoigne le ratio articles inclus/articles recensés à l'issue de la recherche dans les bases de données, la littérature sur le sujet est encore pauvre, ce que certains auteurs déplorent encore récemment. Sans pour autant faire des généralisations, nous pouvons tout de même repérer des axes principaux quant à l'utilisation actuelle du dessin de l'enfant en consultation familiale partagés par les différents courants psychothérapeutiques dans les articles inclus.

Pour ce faire, des méthodes semblent avoir fait leurs preuves dans tous les courants psychothérapeutiques : encourager la famille à associer sur ce que leur évoque le dessin produit par l'enfant (comme on le ferait avec le rêve en thérapie familiale), utiliser la parole indirecte (communication transculturelle, métaphores), assurer un cadre suffisamment contenant pour que tout le monde se sente capable de jouer-crée au sein d'un espace intermédiaire. L'implication active des membres de la famille dans l'interprétation de ces dessins, par associations libres et groupales, permet un abaissement des résistances familiales. Les dessins spontanés de l'enfant permettent une relance de la créativité groupale et de la capacité d'élaboration familiale, souvent empêchées dans le contexte de psycho-traumatisme.

Les dessins vont constituer un véritable support de narrativité familiale, que ce soit en permettant l'émergence de récits traumatiques transgénérationnels grâce aux indices que l'enfant est venu capter dans l'imaginaire familial pour les figurer dans son dessin, ou bien en venant transformer et symboliser des récits parentaux souvent entendus pour la première fois par l'enfant. Grâce à sa fonction anti-traumatique, la narrativité dessinée ainsi co-construite va permettre l'élaboration de l'histoire familiale par le groupe, et la (re)construction identitaire, la subjectivation des membres de la famille. Cela permet également à l'enfant de pouvoir se décaler de la place de porteur de la souffrance familiale.

2. Discussion autour des processus thérapeutiques en jeu :

Il émerge des résultats que le fait d'encourager la famille à faire elle-même des associations sur le dessin de l'enfant apparaissant spontanément en consultation permettrait d'outrepasser certaines défenses familiales, liées notamment à des traumatismes à transmission transgénérationnelle. La circularité des échanges au sein du groupe, et à propos d'une médiation, permettrait un abaissement des défenses qui ne serait pas atteint de la même manière en consultation familiale plus classique.

Plusieurs articles de la revue font référence à l'utilisation des métaphores pour aborder les problématiques familiales sous-jacentes, de façon moins persécutante. Ici, nous ferons l'hypothèse que le dessin fonctionne comme une métaphore graphique, d'autant moins persécutante qu'elle émane de la cellule familiale elle-même. La métaphore, qui, si l'on en croit son étymologie, transporte, amène ailleurs, offre un « terme de comparaison extérieur » (Andolfi et al., cité par Antoine, 2017). Elle participe ainsi au difficile mais fondamental processus du changement via l'exploration de la problématique par un tout nouvel angle, permettant l'émergence de nouvelles issues qu'il devient possible de penser, en relançant la capacité de créativité de la famille. Elle fournit de plus une distance provenant notamment de la dimension esthétique, qui vient renforcer la qualité structurante de la mise en récit (Pitarque, 2017) ainsi qu'un « assouplissement libérateur des transactions rigidifiées dont la famille peine à s'extirper » (Antoine, 2017). La métaphore naît entre le ou les thérapeute(s) et la famille, émerge du processus thérapeutique lui-même et participe à le renforcer (*ibid*). Elle est très utilisée dans les thérapies groupales et notamment en psychothérapie transculturelle, comme base de la parole indirecte (Moro, 2020). Le dessin, comme la métaphore, constitue un « pont entre le langage commun et le symbole, entre un membre et les autres membres d'un système, entre le thérapeute et la famille » (Nicolo, cité par Antoine, 2017).

A l'inverse de la métaphore cependant, le dessin se passe de mots. Il apporte une représentation pré-verbale, qui court-circuite le langage, appartient au langage analogique et se passe de la communication digitale. Ces deux outils permettent ainsi de formuler l'indicible, au sein de l'« espace intermédiaire » décrit par Caillé et Rey en 2004 (cités par Calicis, 2006), qui naît de la rencontre entre les deux systèmes : le(s) thérapeute(s) et le groupe familial. Les mêmes auteurs décrivent également les « objets flottants », et bien que le dessin de l'enfant ne soit pas décrit explicitement comme en faisant partie, on peut se dire qu'il s'en rapproche grandement en ce sens qu'il n'appartient ni au thérapeute, ni à la famille, mais naît de la relation thérapeutique, constituant une co-construction (*ibid*). De plus, il remobilise le groupe familial sur un plan créatif, ouvrant un espace communicationnel propre, teinté d'une « magie différente de celle des mots, [...] là où menace la collusion paralysante du non encore dit, là où tout semble maintes fois répété » (Caillé et Rey, 1994). Il autorise le processus thérapeutique en offrant aux adultes du groupe de pouvoir vivre de des émotions avec leur sensibilité d'enfant, émotions qui pourront être reconnues par le thérapeute, ce qui sera plus soignant qu'une simple intellectualisation de celles-ci (Miller, citée par Calicis, 2006), et de pouvoir accéder à une dimension imaginative, de jeu, dont Winnicott n'a cessé de démontrer la fonction thérapeutique (1975).

En consultation familiale, le dessin de l'enfant vient également figurer une sorte de miroir sensible dans ce qu'il renvoie aux autres membres de la famille. Cela permet d'associer avec le concept lacanien du stade de miroir, figuré par la feuille blanche où l'individu se cherche, et est vu (Lacan, cité par Cuyenet & al., 2006), et enfin avec le concept winnicottien du miroir maternel (1975), basé sur l'accordage émotionnel, où le bébé se voit lui-même dans le visage de sa mère (Winnicott, 2002, p 205). En ce sens, certains auteurs parlent de *mirroring* en évoquant la fonction du dessin de l'enfant, particulièrement utile pour renvoyer au groupe ce qu'il a déposé au sein du cadre thérapeutique familial (affects, scénarii, perceptions). Il fonctionnerait comme un « miroir groupal dans lequel la famille se mire grâce à la reprise de ses capacités de jeu psychique » (Boudarse, 2020 ; Castry, cité par Joubert et al., 2016). En poursuivant cette idée on pourrait pareillement envisager le dessin comme une mise en scène familiale, à la manière d'un psychodrame ou d'une photographie à un instant T de celui-ci. Comme cette technique, le dessin utilise « la figuration, la symbolisation, [...] la possibilité de déplacements, de mise en perspective » (Castry, cité par Cano Balcerzak, 2023), et suscite une « rêverie groupale propice à l'émergence fantasmatique » (Cano Balcerzak, 2023). Nous faisons l'hypothèse que le dessin, ainsi utilisé dans sa fonction de représentation de récits traumatiques, pourrait constituer une forme de technique d'exposition à l'évènement traumatique, base de la majorité des thérapies spécifiques au traumatisme utilisées actuellement, comme, entre autres, la TF-CBT (trauma-focused cognitive behavioral therapy) (Revet, 2020).

L'imprégnation des sens, sursollicités dans la mémoire traumatique, lors de l'évocation de tels évènements sous forme de fragments non intégrés, va générer un scénario émergent chez le(s) thérapeute(s) et les témoins du récit, notamment l(es) enfant(s) de la fratrie. Ce scénario émergent vient de façon inévitable, tenter de mettre du sens sur un évènement qui n'en a pas dans la psyché de la victime : « selon Lachal, le thérapeute, tout comme le patient, est poussé à construire un "statut cognitif" à ce qui est arrivé [...] [ce qui] permet de requalifier les affects, mais aussi de requalifier la réalité qui a subi une distorsion à cause du trauma » (cité par Pivard-Boubakri, 2020). Il est l'expression d'une « première étape, pré-verbale, d'un processus de symbolisation du côté du thérapeute » (Sturm, 2023). Dans sa

« rêverie culturelle » (Rizzi, 2015), l'enfant figurerait à travers son dessin spontané le scénario émergent qui lui vient lors du récit familial, avec sa propre retranscription de la scène rapportée. La mise en mots (par les thérapeutes) et en image (par le dessin), va venir alimenter la narrativité familiale (Boudarse, 2020). Cette narrativité permet de réorganiser l'expérience vécue et de ce fait, « les récits de soi » (Ricoeur, cité par Sturm, 2023), mis à mal en contexte traumatique ; ceci participe ainsi à la (re)construction de l'identité du sujet, ainsi qu'à la (re)construction d'une trame pour déchiffrer le monde, les événements à venir (Caillé, cité par Calicis, 2006).

La co-création active d'une narrativité familiale et culturelle prend tout son sens quand nous considérons que « le récit de soi est toujours un récit de soi avec les autres » et que le traumatisme a un effet désorganisateur des liens affectifs (Strum, 2023).

Nous allons maintenant tenter d'étayer les résultats en approfondissant quelques notions qui nous semblent essentielles, notamment celles relatives aux traumatismes à transmission transgénérationnelle, qui ont clairement émergé jusqu'à constituer une part importante des résultats.

3. Définition de l'élaboration psychique :

L'élaboration psychique est une faculté centrale du processus thérapeutique. Elle permet la métabolisation des pulsions, des désirs inconscients et des *traumas* (chocs psychiques) par leur mise en sens en les intégrant en représentations mentales ou pensées (Laplanche & Pontalis, 1967). La transformation de traumas en souvenirs et non en *traumatismes* (conséquences psychologiques du trauma) (Calicis, 2014) favorise un bon développement psychique et la réduction de l'intensité des affects bruts et angoisses et donc de passages à l'acte pathologiques.

Quand les facultés d'élaboration des sujets et de leurs familles sont outrepassées, les expériences psychiques douloureuses, effractantes ou énigmatiques se muent et s'enkystent en traumatismes, empêchant ainsi une représentation des souvenirs et donc leur métabolisation (Roussillon, cité par Calicis, 2014). En clinique, ceux-ci revêtent la forme, pour une part, d'un état de stress post-traumatique avec le syndrome de répétition qui lui est propre : des reviviscences tout au long du nyctémère, un discours au temps du présent, constamment réactualisé, « en disque rayé », chargé d'affects négatifs (Calicis, 2014). Dans d'autres cas, les traumatismes se dissimulent ou disparaissent derrière des mécanismes de défense variés (refoulement, déni, clivage, déni, rationalisation, minimisation, rejet, scotomisation,...) se manifestant « en négatif » par des « trous » dans la temporalité du récit (Delage, cité par Calicis, 2014).

4. Transmission intergénérationnelle et transgénérationnelle et Appareil psychique familial :

Nous repérons parmi les résultats, une convergence des différents auteurs et ce, quels que soient les courants psychothérapeutiques concernés, dans le fait que le dessin soit un outil thérapeutique de choix en consultation familiale et qu'il puisse participer à l'élaboration de traumatismes à transmission transgénérationnelle. Les résultats évoquent également les traces d'une transmission transgénérationnelle qui seraient visibles dans les dessins de l'enfant, qu'il aurait capté de l'imaginaire familial.

Par essence, la transmission est une des fonctions centrales de la famille. Elle fait le liant du groupe familial, participe à l'inscription dans une filiation et à la construction de l'identité individuelle de chacun. Au sein de la famille, et sans se limiter aux aspects génétiques ou biologiques, tout a vocation à être transmis. L'héritage est légué de façon plus ou moins volontaire, consciente. La transmission « organise (ou désorganise) les rapports entre les générations et les sujets, participe aux processus de subjectivation (ou les perturbe) » (Granjon, 2016).

Une part de la vie psychique familiale va se transmettre de façon explicite, au travers de biens, de coutumes, de souvenirs, de valeurs, de passions communes, de chants, de comportements, de gestuelles, etc. Tout cela va participer à écrire le roman familial et renforcer le sentiment d'appartenance au sein du groupe. A mesure que la famille traverse des événements, elle métabolise et transforme ces derniers (fonction alpha de Bion, 1962), une nouvelle histoire se crée alors : c'est la fonction mythopoiétique de la famille (Kaës, cité par Granjon, 2010). Les éléments ainsi transformés, élaborés, seront transmis sur un *mode intergénérationnel* (Granjon 1998, 2010), que l'on pourrait comparer à la partie émergée, visible de l'iceberg. A chaque génération, la transmission nécessite une appropriation active, une certaine subjectivation, par l'« héritier » de l'information, et impose une certaine continuité psychique. Celle-ci est facilitée dans le cadre d'une modalité de transmission intergénérationnelle où les éléments ont été suffisamment pensés, représentés, narrés, élaborés.

Une autre part de la vie psychique familiale sera en revanche léguée de façon inévitable aux générations suivantes, sous forme d'éléments bruts, vides de sens, peu ou non élaborés, non transformés. Il s'agit principalement d'événements traumatiques, qui, faisant effraction dans la psyché, ne peuvent pas être intégrés par les sujets concernés (Freud, 1920). L'impensable, l'indicible, sera transmis sous forme d'« embryons de sens » (Konichek, cité par Granjon, 2010), de « traces sans mémoire » (*ibid*), non intégrés au cœur d'une narration. Selon Evleyn Granjon, « c'est le défaut de transmission qui se transmet », « en négatif », sous forme de secret, de fantômes du passé. Ils ne s'inscriront pas dans une quelconque continuité psychique et resteront « au présent », constamment réactualisés par des événements qui viendront réactiver leur caractère effractant (répétition, dates d'anniversaire etc.). Très tôt, les enfants repèrent les questions à ne pas poser, les questions qui, sous l'emprise de la censure familiale resteront souvent sans réponse ou revêtiront un caractère énigmatique. Le langage non-verbal, les traces imprégnant les discours, les comportements d'évitement itératifs, sont tout autant d'indices qui délimitent les contours des cryptes mémorielles autour desquelles la famille évolue et se construit (Granjon, 2010 ; 2016). Cet héritage en négatif est, lui, transmis selon une *modalité transgénérationnelle* (*ibid*). Il est à noter que Bernard Golse écrivait en 2010 : « Ce que l'on transmet inconsciemment a peut-être plus d'impact que ce qu'on transmet consciemment ».

Les deux types de transmission, à savoir la transmission intergénérationnelle et la transmission transgénérationnelle, cohabitent et s'entrelacent en permanence, participant au tissage des liens familiaux et de la toile de fond de l'Appareil Psychique Familial, mentionnés dans les résultats.

Selon ce qu'écrit René Kaës dans son ouvrage de 1976, un groupe n'est pas simplement une collection d'individus, mais une entité psychique à part entière, avec ses propres mécanismes de fonctionnement et de régulation : ceci constitue ce qu'il nomme alors l'« appareil psychique groupal ». Ce dernier se compose des

processus conscients et inconscients qui circulent entre les membres du groupe, influençant leurs pensées, leurs émotions et leurs comportements.

André Ruffiot en 1981, s'appuie sur ce concept pour le transposer au groupe primaire constitué par la famille ; il décrit alors l' « Appareil Psychique Familial », « constitué par la mise en concordance naturelle et spontanée des espaces transitionnels individuels » des membres de la famille. Les processus mentaux de ceux-ci sont étroitement interconnectés. Les pensées, les émotions et les comportements de chaque membre influencent et sont influencés par ceux des autres. Ruffiot décrit un fonctionnement de type onirique, faisant ainsi référence à la façon dont la famille, en tant qu'entité psychique collective, emploie des mécanismes semblables à ceux des rêves pour élaborer, symboliser et assimiler les événements, les émotions et les conflits au sein de la dynamique familiale (cité par Joubert & Darchis, 2016).

La mise en commun et en résonance de ces espaces psychiques contribue à la construction d'une temporalité partagée, ainsi qu'au façonnement de l'identité individuelle. Les membres de la famille introjectent les valeurs, les croyances et les expériences familiales dans leur propre psyché, ce qui influe sur leur développement personnel. Autant l'appareil psychique familial peut être une source de résilience, de liens familiaux renforcés et de capacités d'adaptation facilitées, autant il abrite en son sein des traces et des fragments du passé familial non transformés. Quand, autour de ces nœuds traumatiques enkystés, le travail de l'appareil psychique familial est empêché, impossible, le groupe familial se retrouve en souffrance. A la faveur d'événements (incluant l'établissement de nouvelles alliances) venant réactualiser les souvenirs enfouis, les liens familiaux peuvent se voir désorganisés, l'équilibre du groupe mis en péril. Le défaut de transmission refait surface, en négatif, et la temporalité de la famille est perturbée, comme écrasée, figée, le passé ramené au présent.

« C'est ainsi que, dans certains cas, des traces inélaborables s'archivent dans les corps. Certains sujets, en effet, s'offrent à « porter » cette part de négatif, assumant cette *fonction phorique* (Kaës, 2007), et viennent ainsi figurer l'impensable et l'impossible souvenir ; et le retour du forçoc et du clivé, s'il ne peut bénéficier de l'accueil et du travail groupal, risque de se faire en acte ou en symptômes. » (Granjon, 2010).

5. Transmission et expressions de la souffrance familiale, patient désigné et enfant singulier :

Sous l'effet des fantômes traumatiques du passé, les familles que nous accueillons en consultation sont souvent en grande souffrance. En majorité, et d'autant plus lors de consultations de première ligne (en psychothérapie ou pédopsychiatrie classique), le travail aura vocation à accueillir et évaluer la problématique, faire émerger une demande plus complexe que celle explicitée en début de prise en charge, souvent centrée autour du patient désigné (classiquement l'enfant), du symptôme au premier plan, et l'espoir de « guérison clinique » du patient (Andolfi et Angelo, cités par Carneiro, 2021) qui en découle. En effet, il n'est pas rare que les parents amènent leur enfant en consultation avec la volonté que le pédopsychiatre et l'équipe de soins « le réparent ». L'enjeu va être de prendre en charge le *patient désigné* sans trop culpabiliser (au risque de la mise en échec de la thérapie par la famille et/ou l'enfant), ni à l'inverse « déresponsabiliser » les parents (Carneiro, 2021).

Pourtant, dès l'arrivée de l'enfant, on peut souvent observer les signes d'une souffrance familiale, évocatrice d'un héritage transgénérationnel douloureux et non métabolisé : un « mutisme ludique », autrement dit une perte de la capacité ludique

élaborative, une pensée opératoire, des difficultés d'accès aux émotions et aux représentations, des difficultés à se raconter, à penser, une prédominance de la sensorialité et du perceptif, de l'agitation ou autres défenses maniaques ou obsessionnelles qui court-circuiteraient la pensée, un cortège de ruptures de liens ou conflits, ou au contraire confusion et indifférenciation des places de chacun et des générations, une organisation particulière des liens et des contenants psychiques familiaux dans les familles incestueuses, de la violence (Granjon, 2010, 2016 ; Delpuech & Vignaud, 2012 ; Cuynet et al., 2006 ; Benghozi, 2020).

Parfois, les enfants et adolescents de ces familles souffrent mais il n'est pas possible d'identifier d'évènements traumatiques majeurs ou qui viendraient expliquer un tel mal-être (Calicis, 2006). Souvent, la clé réside dans l'exploration de l'histoire familiale, parfois sur plusieurs générations, mais le repérer constitue un vrai défi en psychothérapie du fait de l'importance des clivages défensifs, du vide entourant ce passé forclos (Koritar, 2019). Dans certains cas, l'enfant, à travers ses symptômes, peut révéler un traumatisme enfoui chez ses parents ou grands-parents, agissant ainsi comme un miroir de leurs souffrances passées. Cette forme de « résonance émotionnelle » entre les générations s'explique en partie par la transmission transgénérationnelle et par le processus de « sélection/amplification » décrit par G. Ausloos (cité par Calicis, 2006), qui donne une explication de la façon dont les enfants peuvent « capter » des souffrances dites et non dites contenues dans le vécu actuel ou passé de leurs parents. Quand, dans une scène basique du quotidien, un enfant repère une réaction bizarre au niveau émotionnel chez son parent (une crispation, une angoisse, un tremblement de la voix, un rougissement, une agression, une pétrification, un évitement), il se trouve insécurisé (*ibid*). Pour tenter de mieux comprendre son parent, ce qui lui échappe à ce propos, il peut alors répéter le comportement banal à l'origine de cette réaction insaisissable, voire l'amplifier, le fixer, jusqu'à ce qu'il fasse symptôme (*ibid*).

Quand le passé lourd d'une génération est tenu secret, et d'autant plus quand il est dénié, les descendants vont percevoir un décalage entre un discours banalisant voire idéalisant à propos de l'enfance des parents, et ce que ceux-ci renvoient d'une souffrance enkystée encore à vif dans leur langage non-verbal. Alors, les enfants peuvent être confus, ne plus savoir quoi penser, où se situe la réalité : ils « ont affaire à un malaise sans visage (un fantôme) que leurs parents taisent ou nient. Comme les parents méconnaissent leur propre souffrance, ils risquent d'être moins enclins à détecter les signes de souffrance de leurs enfants et moins empathiques à leur égard. » (Calicis, 2006). L'enfant peut ainsi être présenté en consultation comme « responsable » des maux de la famille, être mis à la place de « mauvais objet », alors qu'il porte la souffrance des générations précédentes que celles-ci occultent du fait d'une scotomisation.

L'enfant, au milieu des fantômes transgénérationnels dont il a hérité, dispose de peu d'espace pour développer son identité propre tant qu'ils restent innommables (Koritar, 2019). Le processus thérapeutique devra passer par la désidentification des introjections parentales, l'historicisation et la représentation symbolique du passé ancestral (*ibid*). Dans cette optique, nos résultats suggèrent que le dessin de l'enfant en consultation familiale peut jouer un rôle crucial dans l'élaboration de cet héritage transgénérationnel. En cela, on peut faire l'hypothèse que l'enfant ne dépose pas les mêmes choses en thérapie individuelle qu'en consultation familiale. D'autant plus que celles-ci sont souvent plus rares, on peut penser qu'elles revêtent un caractère précieux auprès des enfants, qui vont pouvoir se saisir de cet espace pour communiquer des interrogations, essayant de trouver des réponses à des énigmes,

des tabous, qu'ils ont identifiés, captés, repérés au sein de la cellule familiale. En consultation transculturelle d'autant plus, les enfants reçus étant déjà suivis sur le plan individuel, il n'est pas rare qu'ils s'appuient sur le cadre thérapeutique, qu'ils s'approprient parfois même plus vite que leurs parents (comme le petit Robinson dans l'article de Rizzi et al., 2016), pour guider les thérapeutes vers les zones d'ombres de la famille grâce à des indices dissimulés dans leur dessins, un peu à la manière de rébus qu'il nous faudra déchiffrer avec eux.

Dans diverses cultures, ces problématiques familiales peuvent être contenues ou incarnées par certains enfants, dont on dit qu'ils sont en lien avec les ancêtres et monde invisible : on nomme ces enfants « enfants-tabou » ou « enfants singuliers ». Trop souvent, ces enfants singuliers, « Porteurs de plusieurs mondes qu'ils ont du mal à métisser », perdent leur parole (Rizzi & al., 2016). Le dessin peut être une manière pour eux de (re)trouver une voix au sein de la famille.

6. Cas particulier du trauma de l'enfant :

Il est à noter qu'aucun des articles inclus dans l'étude ne traite du cas particulier du trauma de l'enfant, et de l'apport du dessin en consultation familiale concernant celui-ci. En effet, dans la littérature tout du moins, c'est majoritairement dans le cadre thérapeutique individuel que le dessin libre sera une médiation de choix dans l'abord du traumatisme de l'enfant. Ceci a été bien documenté. En revanche, deux articles de la revue relatent (sous forme de cas clinique) que le dessin libre réalisé par l'enfant en thérapie individuelle a constitué un support pour que l'enfant et le thérapeute puissent parler de traumatismes appartenant à l'enfant (inceste notamment ici) aux parents en fin de consultation, dans une configuration familiale, alors qu'ils relevaient de l'indicible jusqu'alors (Malchiodi, 2003 ; Korff-Sausse, 2005). L'affect, une fois figuré, représenté dans le lien transférentiel, peut être nommé.

Deux points de pondération cependant : premièrement, les traumatismes de l'enfant sont parfois des réactualisations/répétitions de traumatismes à transmission transgénérationnelle (donc les séparer complètement des traumatismes parentaux paraît être un peu arbitraire), et d'éventuels traumatismes ne sont pas toujours distinguables à travers les dessins des enfants : Hélène Romano parle de « dessins leurres » pour parler de dessins sans traces apparentes de traumatisme subi chez des jeunes victimes avérées (2010, citée par G. Cagnet & A. Cagnet-Kayem, 2018). Plusieurs études ont montré une récurrence de certains symboles dans les productions artistiques des enfants victimes d'abus (omission des mains et doigts, pression forte du trait, têtes disproportionnées ou seules, inclusion ou bien dissimulation des organes génitaux, transparence au niveau des organes génitaux), notamment dans ce que Lachal nomme les « dessins-reviviscences » (2021) mais les tentatives de trouver un modèle unifié de signes indiquant un abus ont été incohérentes (Malchiodi, 2003). D'autres montrent qu'il n'y a aucune association significative entre les dessins et les expériences réelles rapportées par les enfants ni le niveau de détresse (Lev-Wiesel & al., 2020). A l'inverse, il serait également dangereux de ne se fier qu'à un dessin sans faire intervenir d'autres techniques face à suspicion de maltraitances par exemple ou d'abus sexuels (Vinay, 2020)

En revanche, dans le cas particulier des enfants réfugiés, certaines différences significatives étaient notables comparées au groupe contrôle (maisons avec drapeaux et pays, mer, bateaux et embarcations diverses, véhicules, bonhommes sans bouche, morts par noyades ou corps baignant dans le sang ; Sokić & al., 2019).

7. Limites du dessin comme outil thérapeutique :

En consultation familiale comme en prise en charge individuelle, il convient d'adopter une attitude très prudente et humble devant toute production graphique (Vinay, 2020). Les risques de généralisation et d'interprétations biaisées paraissent être réduits quand le(s) thérapeute(s) s'appui(en)t, comme nous l'avons vu lors des consultations familiales, sur les mouvements associatifs des membres du groupe. Même s'il est très utile dans le processus thérapeutique familial, le dessin de l'enfant ne peut tout expliquer, tout résoudre (Vinay, 2020). De plus, toute lecture des productions ne peut être réalisée en occultant l'aspect culturel inhérent de chaque dessin et sans une grille de lecture composée d'un regard multiculturel (Moro, 2020).

Par ailleurs, le but en soi n'est pas d'obtenir à tout prix un récit familial traumatique pour que le sujet puisse se réinscrire dans une histoire personnelle et familiale, ou dans son groupe d'appartenance. Parfois, la zone d'ombre de l'héritage transgénérationnel reste à jamais inaccessible (Granjon, 2010). Parfois, le « respect des silences et de l'impossibilité de la mise en récit » seront des éléments plus soignants encore, notamment avec les populations ayant subi des persécutions à ce niveau, comme les migrants en situation d'exil, chez qui le rapport au récit peut être marqué par les expériences de violence, de pressions, de domination exercées pour obtenir un récit ou bien pour l'empêcher (Sturm, 2023). Dans tous les cas, c'est la capacité de fantasmer après-coup et de réintroduire un espace de jeu qui permettra aux membres d'une famille d'accepter « ces traces sans mémoire » dans leur héritage transgénérationnel, et permettra aux personnes traumatisées d'inventer des façons de se penser et de se raconter, d'accéder à une re-temporalisation en se référant aux récits socioculturels de leur choix afin d'échapper aux logiques de domination, de mise au silence et d'anéantissement. (Joubert & Durastante, 2006 ; Sturm, 2023).

Enfin, face aux mécanismes défensifs puissants mis en place par la famille pour lui permettre de lutter contre l'effondrement, il arrive parfois que la reprise des dessins de l'enfant ne soit pas possible : du fait d'un « tourbillon de dessins » lorsque des défenses maniaques sont à l'œuvre (Joubert & Durastante, 2006), du fait de « négation de la partie infantine que le dessin suscite [chez les thérapeutes] (Rizzi, 2014). L'utilisation du dessin libre et spontané trouve également ses limites lorsque la famille fonctionne sur un « mode trop intrusif et/ou disqualifiant », menaçant la protection des espaces psychiques individuels ; il convient alors de préserver l'intégrité psychique et « le secret » de l'enfant (Boudarse, 2020).

E. CONCLUSION

La place du dessin libre en consultation familiale est souvent assimilée à celle du dessin libre en prise en charge individuelle alors qu'il s'agit de cadres et des processus thérapeutiques bien distincts. Utilisé dans le cadre thérapeutique familial, le dessin de l'enfant devient un miroir des dynamiques familiales sous-jacentes, un révélateur de traumatismes transmis sur un mode transgénérationnel et, dans certains cas, un catalyseur pour l'émergence de récits indicibles jusqu'alors. Le dessin, par ses fonctions d'illustration et de symbolisation des récits familiaux souvent entendus par la première fois par l'enfant, constitue une métaphore graphique, une représentation pré-verbale et poétique de ceux-ci. L'implication active des membres de la famille dans l'interprétation de ces dessins, par associations libres et groupales, permet un abaissement des résistances familiales. Tout ceci favorise la relance de la capacité d'élaboration du groupe familial (souvent empêchée dans le contexte de traumatismes transgénérationnels), la (re)construction identitaire des membres du groupe familial et renforce leur sentiment d'appartenance. Au sein du néo-groupe émerge alors la co-construction d'une narrativité familiale, dont a été décrite la fonction anti-traumatique. Ce processus se révèle être profondément thérapeutique, particulièrement lorsqu'il permet de dénouer les symptômes manifestés par les enfants, souvent porteurs de la souffrance collective. À travers cette médiation graphique, l'enfant peut réintégrer son récit personnel dans une temporalité et une cohérence familiale, et ainsi se subjectiver.

Les recherches futures devraient approfondir plusieurs axes pour mieux comprendre l'impact du dessin de l'enfant en consultation familiale. Des études quantitatives et longitudinales pourraient évaluer de manière plus complète et systématique l'apport du dessin libre de l'enfant dans ce contexte, notamment en ce qui concerne l'élaboration de l'histoire familiale et des traumatismes à transmission transgénérationnelle. Comme nous l'a montré cette revue et les articles qui y étaient inclus, il importe de décloisonner les prises en charge, pour intégrer davantage le travail avec les parents en psychothérapie de l'enfant (Debanné, cité par Roberge, 2023) et pour écouter la voix des enfants qui sont des guides fantastiques en thérapie familiale (Andolfi et Gammer, cités par Roberge, 2023). Pour illustrer les propos de cette revue, nous proposons de nous laisser guider par les dessins du jeune Samir, rencontré en Consultation Interculturelle, à travers une vignette clinique en deuxième partie.

II – VIGNETTE CLINIQUE

Introduction :

Cette vignette clinique est à l'origine de la revue narrative qui précède. Le jeune Samir est un enfant que nous avons rencontré, avec sa famille, sur le dispositif de la Consultation Interculturelle rattaché au CMP de La Grave (SUPEA à Toulouse).

1. La Consultation Interculturelle de Toulouse (Sturm et al., 2016) :

Depuis 2013, une Consultation Interculturelle accueille, dans les locaux du CMP de La Grave, les enfants du secteur pour lesquels une indication a été proposée. Cette indication se dessine après repérage d'une résistance de la symptomatologie de l'enfant à la prise en charge habituelle, dans le contexte d'une situation de vulnérabilité culturelle et d'une alliance thérapeutique fragile entre la famille et l'équipe du CMP malgré une prise en charge évoluant sur un certain temps. La famille est reçue, avec son accord, par trois co-thérapeutes au minimum : une psychologue clinicienne membre du Laboratoire Cliniques Pathologique et Interculturelle (LCPI) de l'Université Toulouse-Jean-Jaurès, une éducatrice spécialisée, et une pédopsychiatre, formées à la clinique interculturelle et la psychiatrie transculturelle, en plus d'éventuels stagiaires. Un travail avec un interprète, souvent nécessaire, s'effectue en partenariat avec des professionnels formés à l'intervention en situation de soins et sensibilisés à l'interculturalité. Cette consultation s'inspire de plusieurs approches : l'approche transculturelle de l'ethnopsychanalyse française (Moro, Moro & al, Sturm et al., citées par Sturm, 2016), l'approche de la consultation culturelle à Montréal (Kirmayer & al. Cité par Sturm, 2016) et de la médiation transculturelle (Assaf, Bouznah & al, cités par Sturm, 2016) ainsi que les travaux de l'équipe interculturelle à l'Université Toulouse Jean-Jaurès (Guerraoui & al., cités par Sturm, 2016).

L'intervention se déroule en 5 séances, à un rythme d'environ une fois par mois. Pendant ce temps imparti, le groupe s'attache à explorer l'histoire migratoire ainsi que la dynamique familiale élargie (souvent via un génogramme), le rapport que la famille entretient avec son environnement actuel, les institutions scolaires et de soins et les projets d'avenir pour l'enfant et pour sa famille entre autres.

Méthode :

Cette présentation clinique a fait l'objet d'une déclaration à la Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation, et correspond à la méthodologie de référence MR-004 (basée sur la réutilisation de données, écrites et dessinées ici durant les différents entretiens). La famille a donné son accord pour ce travail et les prénoms ainsi que certains éléments ont été modifiés afin de garantir l'anonymisation de la famille. Certains passages de la consultation ont été occultés.

Cas Clinique :

Le petit Samir avait été orienté vers le CMP par ses enseignants de Grande Section de maternelle, devant des difficultés d'apprentissage, un retard de langage, des difficultés de compréhension syntaxique, de difficultés à se repérer dans le temps, un jeu de faire semblant pauvre pour son âge, ainsi qu'une « immaturité ». Le suivi s'est déroulé sur plusieurs années. L'année précédant la proposition de participation à la consultation interculturelle, Samir avait bénéficié de soins en

orthophonie et un travail familial de type « guidance parentale » avait été engagé par la pédopsychiatre du CMP. La consultation interculturelle avait été indiquée devant une symptomatologie persistante et résistante à la prise en charge individuelle, et une alliance avec la famille restant superficielle en dépit d'un accompagnement de plusieurs membres de la fratrie sur un temps conséquent. L'hypothèse était que le travail avec cette famille restait entravé par un secret qui marquait l'existence d'un traumatisme familial. En travaillant en ce sens avec la mère, la Consultation Interculturelle a pu être acceptée par Mme, pour qu'elle puisse y raconter à ses enfants l'histoire familiale traumatique.

Le jeune Samir est âgé de 8 ans lorsque nous le rencontrons. Lors de la première séance, il est accompagné de sa mère et de sa demi-sœur Yamina, de 4 ans son aînée. Mme explique qu'elle n'a pas informé le reste de la fratrie de la Consultation Interculturelle et de l'indication de ce dispositif pour pouvoir évoquer, auprès de Samir notamment, l'histoire traumatique vécue par la fratrie. Nous comprenons que des mécanismes défensifs forts sont à l'œuvre, prenant la forme de clivages, de secret, d'indicible. Une co-thérapeute s'installe à la petite table, tournée en direction du groupe, et endosse le rôle de co-thérapeute auxiliaire décrit par Rizzi, (2014 ; Rizzi et al, 2015) et Rizzi & Moro (2017), vu plus tôt dans la revue. Elle commence par dessiner des voitures, qui constituent un centre d'intérêt chez Samir. Celui-ci tente de les reproduire quelques minutes plus tard, de façon mal assurée au début.

Nous évoquons la constitution de la fratrie : La sœur aînée Assia, âgée de 18 ans, suivie de Nour 15 ans, de Souad 14 ans et enfin Yamina, 12 ans, toutes quatre issues d'un premier mariage (père tunisien). Samir, 8 ans, est issu d'une deuxième union. La sœur aînée est née en Tunisie, le reste de la fratrie en France.

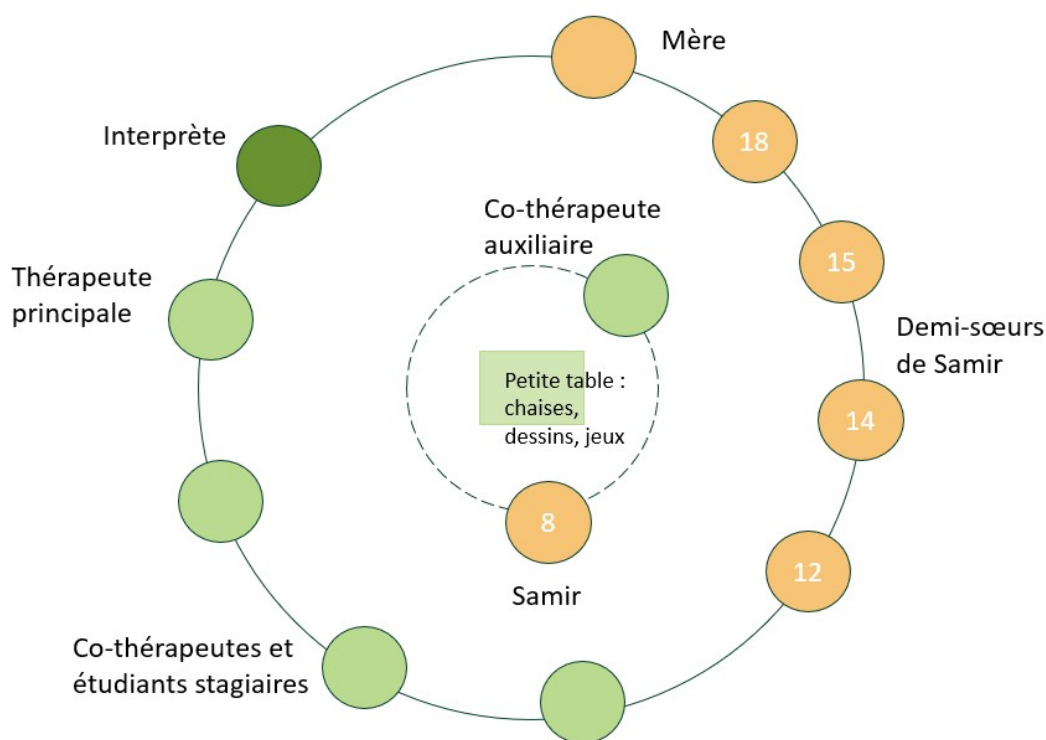


Figure 1 : Schéma de la disposition des participants à la Consultation Interculturelle

Mme, elle, est née en France de parents tunisiens, mais a regagné la Tunisie après le divorce du couple parental dans sa petite enfance. Mme n'a plus de contact avec son père ni avec ses demi-frères.

Samir se montre souriant et est très attentif à ce qui se dit. Sont évoquées les langues parlées dans la famille, le français et l'arabe, puis les raisons de l'indication de la consultation interculturelle. Une des co-thérapeutes relève comment le fait de se raconter des choses « qui suis-je ?, d'où je viens » peut être important pour les enfants et les adolescents, c'est-à-dire pour la fratrie dans sa totalité. Yamina associe en disant qu'il lui est parfois difficile de se rappeler d'éléments de son histoire de vie. Mme évoque qu'elle est en difficulté également pour répondre à des questions que ses filles se sentent parfois prêtes à aborder. Nous constatons ici le paradoxe du traumatisme : l'indicible de la honte et du trauma, l'impossibilité et pourtant la nécessité d'en parler (Havercroft, 2005).

Mme nous renvoie alors à l'évènement traumatique ayant marqué la famille. et Très succinctement, et pour la première fois devant Samir, est évoqué l'enlèvement de ses 4 filles par leur père à la suite du divorce. Mme se remémore ses filles « cachées » par son ex-mari en Algérie, elle exprime sa culpabilité de les avoir cherchées partout en Tunisie pendant de longues années, mais de n'avoir pas pensé qu'elles pouvaient être dans le pays voisin.

A ce moment-là, Samir se met spontanément à dessiner. Il sera rejoint à la table par Yamina, qui restait jusqu'alors assise très près de Mme. Yamina dit qu'elle dessinait très bien et souvent mais qu'elle dessine moins récemment, sans savoir pourquoi.



Figure 2 : Premier dessin spontané

Samir explique spontanément au groupe que son dessin représente : « un petit garçon qui monte au bout, il se retrouve face à plein de chemins et il lui faut sauter et choisir le bon chemin ». Il vient ainsi questionner sa place dans cette famille à l'histoire complexe. Peut-être évoque-t-il l'angoisse du « saut dans l'inconnu », face aux prochaines séances et aux enjeux qui y sont associés : raconter l'histoire énigmatique de ces filles « cachées » pendant un temps suspendu. Samir mentionne de plus « le bon » et donc « le mauvais » chemin, cela fait penser au « mauvais père », et éventuellement à la « mauvaise mère », qui se serait trompée de chemin, trompé de pays et n'aurait pas su retrouver ses filles. Le côté labyrinthe évoque enfin le caractère énigmatique de l'histoire transgénérationnelle.

Samir demande ensuite si l'on peut faire des photocopies de son dessin, pour lui en confier une, se saisissant de la fonction transitionnelle que peut incarner le dessin.

Lors de la deuxième séance, la fratrie est au complet. Dès le début, Samir se montre très impliqué, il repère les personnes présentes la dernière fois, et s'installe rapidement pour dessiner. Spontanément, il nous témoigne qu'il refait le dessin qu'il avait fait la dernière fois. Ceci est la preuve d'une certaine continuité psychique, permise par les caractéristiques matérielles du dessin, et l'appui possible sur le cadre thérapeutique.

Samir est particulièrement attentif à la réalisation du génogramme tout juste commencé. Il demande en quoi cela consiste, vérifie que son prénom soit bien écrit, et s'attache à épeler les prénoms des différents membres de la famille. Dans le même temps, il macule la feuille de petits points de couleur, comme la dernière fois.

Le nom du père des filles est énoncé, et Samir ne cache pas sa surprise : il l'entend pour la première fois, et commente, « ça fait bizarre », traduisant le caractère énigmatique typique d'une information liée à un traumatisme.

S'en suit un échange autour des significations des prénoms des membres de la famille, alimenté par les connaissances de l'interprète. Samir est très attentif et veille à ce que soient inscrits des éléments de cet échange sur le génogramme en ajoutant « il nous faudra les mettre ici, c'est très important ! ». Le prénom de Samir lui aurait été donné par son père, Mme ajoute que quelqu'un de la famille paternelle le portait.

Grâce au génogramme, la mère revient sur son histoire de vie, son enfance, également traumatique. Elle raconte qu'à la séparation de ses parents (elle avait 2 ans), Mme et sa sœur auraient été placées en urgence suite à la dénonciation de violences conjugales par un témoin extérieur. La mère de Mme n'aurait pu saisir le tribunal qu'à l'issue de plusieurs mois, et elles ont pu ensuite retourner vivre avec elle en Tunisie. A la suite d'une nouvelle union de la mère de Mme, sont nés deux demi-frères. Samir épèle les prénoms des deux demi-frères de Mme et prend soin de les faire inscrire sur le génogramme, soutenu par sa sœur aînée. Le génogramme présente à ce stade une branche vide, invisible, inélaborable, du côté du père des filles.

L'attention du groupe se porte alors sur le dessin de Samir, fini entre temps.

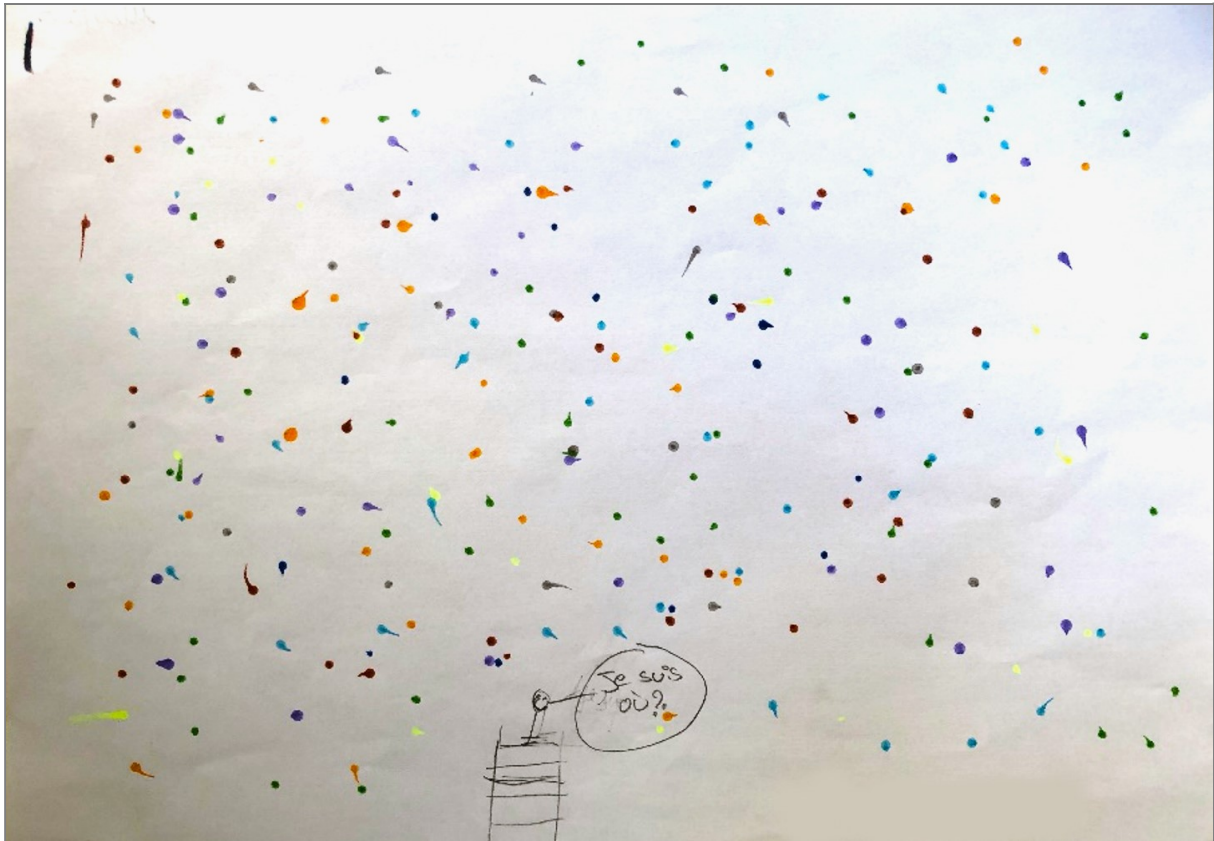


Figure 3 : Premier dessin spontané de la deuxième séance

Parmi les points/étoiles de couleur, il a repris une échelle avec un bonhomme en haut, similaires à ceux du dessin de la première séance, en bas à droite. Il a dessiné une bulle émanant de la bouche du personnage et a écrit à l'intérieur : « je suis où ? ».

Les mots inclus dans les dessins indiquent habituellement une volonté intense que les destinataires comprennent pleinement ce que le dessinateur essaie d'exprimer, et sont également révélateurs d'une bonne capacité d'insight (Beaumont, 2018).

Les co-thérapeutes évoquent que cette question a dû déjà se poser dans la famille. Aucun membre du groupe ne relève. Le silence qui résonne au sein du néo-groupe permet d'associer avec l'évènement traumatique et les défenses en négatif souvent associées (Granjon, 2010). Les thérapeutes abordent l'évènement de rupture entre Madame et ses filles, lorsque leur père les a enlevées en France pour les amener en Algérie. Assia, l'aînée, prend la parole pour raconter cet évènement. Elle dit se souvenir de tout, des personnes, des visages auxquels elles ont été confrontées en Algérie durant deux ans. Ce à quoi Samir s'étonne : « Tu es partie en Algérie ? ». Nour et Souad disent se souvenir de beaucoup de choses, mais ne prendront pas la parole. Madame précise que Yamina ne se rappelle pas grand-chose, qu'elle était très jeune. Assia reprend son récit. Elle raconte que suite à la séparation du couple, lors d'un week-end où elles étaient confiées à leur père, celui-ci les aurait fait monter dans une voiture « pleine de provisions », une fois qu'elles n'étaient plus sous le regard de leur mère. Monsieur aurait raconté à Assia qu'il avait eu l'autorisation de les amener en vacances, qu'il allait y avoir une piscine, une belle maison. « J'y ai cru », confie-t-elle.

Pendant ce temps, Samir dessine un véhicule, conduit par un bonhomme en noir, qui sourit. L'intérieur du véhicule est très coloré, on pourrait y voir le « tas de provisions » dont parlent ses sœurs, dans un élan qui pourrait relever de défenses

maniaques s'il n'était pas contenu au véhicule. Cependant, cette voiture « flotte » au milieu du vide, qui nous évoque l'impensable, l'incompréhension qu'ont pu ressentir les sœurs de Samir à ce moment-là.

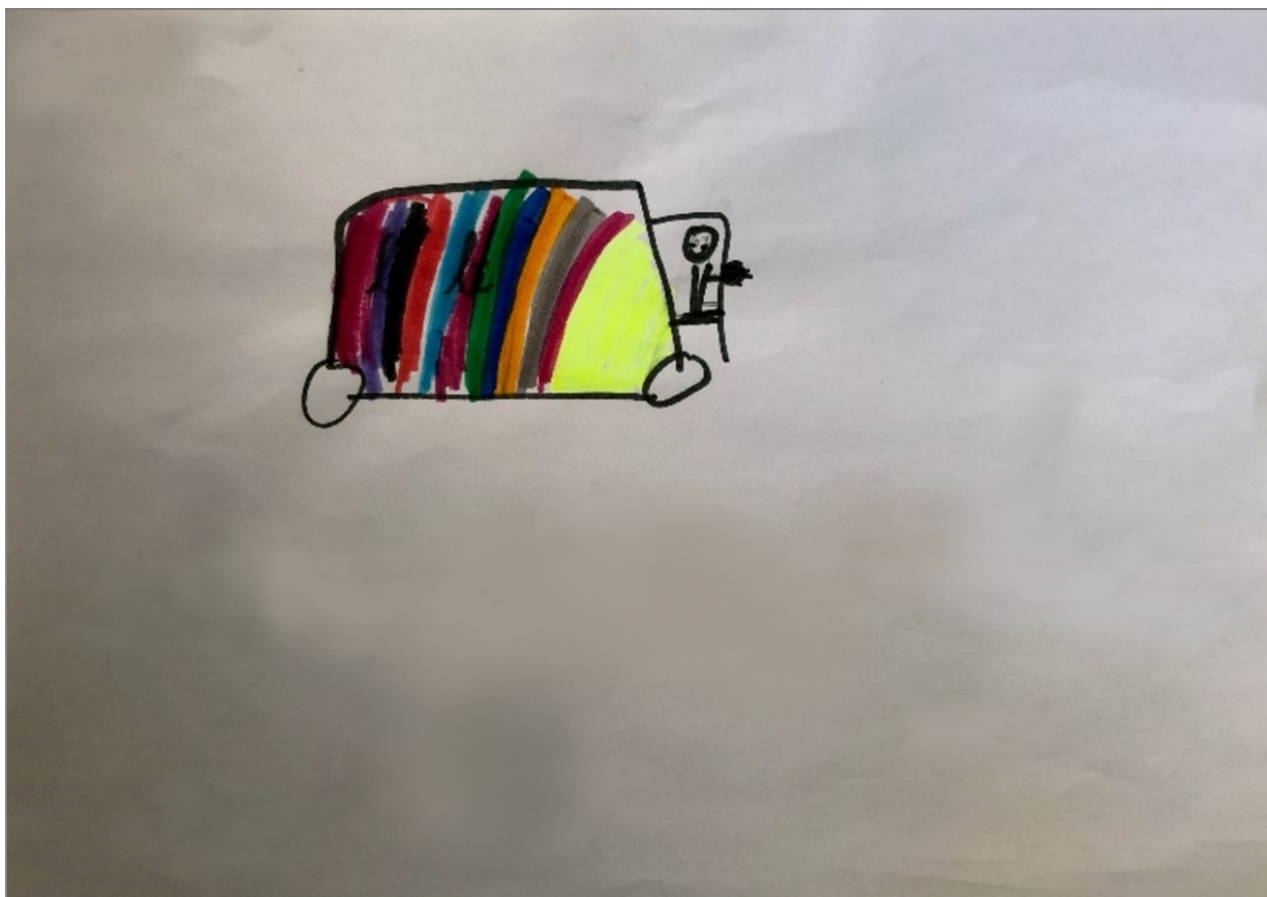


Figure 4 : Second dessin spontané de la deuxième séance

A l'intérieur du véhicule, parmi les couleurs utilisées, on distingue ce qui pourraient être des personnes, des enfants, ou bien des écritures. La littérature rapporte que de nombreux dessins d'enfant reçus en consultation transculturelle présentent des personnes, des arbres, des maisons, souvent au centre de la feuille, « sans le sol, comme s'ils flottaient dans le vide, privés d'une base solide sur laquelle s'appuyer et évoquant la condition de suspension et de déracinement souvent ressentie par les enfants migrants » (Bruni & al., 2021).

Assia raconte la longueur du voyage, les nuits passées dans la voiture, jusqu'à la vision du bateau. Assia se souvient que sa mère l'avait prévenue : « si un jour tu vois un bateau en présence de ton père, tu cries ». Sous le coup des affects, Assia pleure, madame aussi. Samir semble inquiet de voir sa mère et sa sœur pleurer, mais s'appuie rapidement sur le dessin du bateau proposé par la co-thérapeute auxiliaire, et ajoute des poissons dans la mer. Dans la foulée, il commence seul et spontanément le dessin d'un bateau.

Assia reprend son récit, et raconte la séquestration, les violences psychiques et physiques graves assénées par le père et sa nouvelle compagne sur elle et ses sœurs. Assia fournit une multitude de détails, chargés de sensorialité, caractéristiques du traumatisme : Sylvie Tordjman (2019) parle de « kyste sensoriel traumatique ». Assia évoque les coups de fouet jusqu'au saignement, le seul matelas à se partager pour elles toutes, le sous-sol à l'unique et minuscule fenêtre, la faim, le

froid, l'habit blanc dont elle se vêtit tous les jours, les cris, les menaces de mort, et ses sœurs, en particulier Yamina, qui l'appelaient « maman ». Elle paraît revivre les scènes en même temps qu'elle les raconte, sous forme « d'états émotionnels et sensoriels avec peu de capacités de représentations verbales » (Van der Kolk & al., 1996).

Ses sœurs, qui l'écoutent, le regard dans le vide pleurent de temps en temps mais restent mutiques. Nous pouvons nous interroger sur d'éventuels moments de dissociation post-traumatique.

Assia relate avec beaucoup d'émotion également, les tentatives d'évasion, et les conséquences physiques lorsqu'elles étaient rattrapées. Questionnée à ce propos, elle partage que ce qui lui a donné la force de tenir à cette période était de se dire qu'elle s'échapperait et marcherait jusqu'à retrouver sa mère.

Elle raconte enfin leur « libération », la police qui frappe à la porte alors qu'elles étaient retenues en Tunisie.

Madame raconte à son tour son vécu des événements, de l'autre côté du rivage. Elle dit qu'elle pensait ne plus jamais revoir ses filles. Lorsqu'elle a appris qu'elles avaient été retrouvées, elle venait d'accoucher quelques jours auparavant de Samir, dont elle avait rencontré le père entre temps. Samir n'ayant pas encore de passeport, et après avoir longuement hésité, elle l'a confié à sa sœur pour aller rejoindre ses filles en Tunisie. Samir est très attentif au récit de cette part de son histoire. Le père de Samir et madame se sont séparés quelques années après.

A son retour en France, Yamina ne se souvenait pas du tout de sa mère, ni de l'endroit où elle était née, témoignent madame et Assia. Les plus grandes acquiescent quand est nommée la difficulté de ne plus avoir su, d'avoir douté, par moment, de qui était leur mère. Nous faisons l'hypothèse que cela puisse raisonner chez madame, sur un mode transgénérationnel, du fait de son histoire à elle et de son propre vécu d'arrachement à sa mère, de la question des places, des affiliations, d'être une assez bonne mère, ou une mère indigne, une mauvaise mère. En ce sens, et parce qu'elle emploie des phrases similaires à la première séance, dans une répétition typique du traumatisme, il semble y avoir beaucoup de culpabilité de la part de madame, de honte de ne pas avoir pu retrouver ses filles, n'ayant pas pensé qu'elles auraient pu être retenues en dehors que la Tunisie, du fait de la nationalité de leur père. En 1901, Freud constatait que la « répétition si fréquente des mêmes mots lors de l'écriture ou du moment de copier – des persévérations – n'est pas sans signification », avant de parler de « compulsion de répétition » (2007, p120).

Ce récit par Assia, très prégnant et émouvant, génère chez les thérapeutes un « scénario émergent », réaction empathique qui prend naissance au contact du récit traumatique du patient (décrit par Lachal, 2006). Nous faisons l'hypothèse qu'il en est de même pour le jeune Samir, qui entend cette histoire pour la première fois. Le groupe s'attarde sur son dessin, qu'il termine en même temps que le récit de sa sœur.

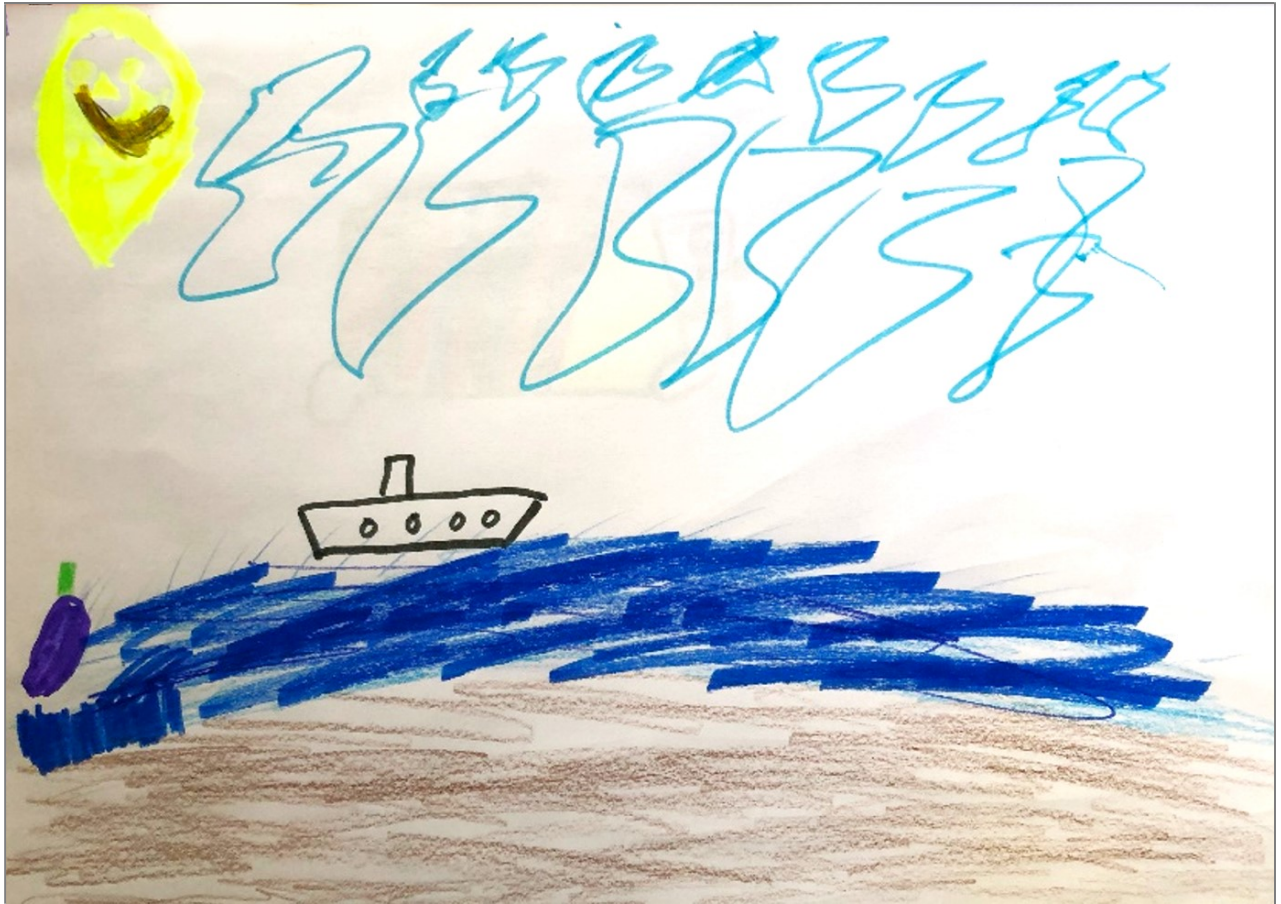


Figure 5 : Troisième dessin spontané de la deuxième séance

Bien que Samir ait insisté en repassant d'une couleur plus foncée pour ajouter une bouche souriante au soleil jaune, il se dégage quelque chose de menaçant et étrange de ce dessin. Le ciel et la mer sont très agités, les vagues « hérissées » (évoquant les poils sous le coup de la terreur), et le ciel comme déchiré d'éclairs, ou parcouru de nuages aux formes acérées.

Le soleil semble pointer vers quelque chose ou quelqu'un resté sur la terre ferme, dont la tête serait couronnée de vert, d'une lumière verte. Peut-être la mère des filles qui les attendrait, les guiderait comme un phare. Ainsi, ce dessin peut tout autant figurer le rapt des jeunes filles que l'arrachement de la mère lors de son placement en urgence dans la petite enfance. Cette illustration devient ici le support de la narration d'un traumatisme transgénérationnel qui se répète.

Grâce à cette narrativité par le dessin, le scénario émergent peut être symbolisé, matérialisé, mis au dehors, et permet une issue à la répétition de la scène traumatique, revécue à l'identique par Assia (Lachal, 2006).

Nous faisons l'hypothèse que le dessin constitue un miroir poétique, assimilable, doublé d'un ancrage sensoriel, qui permet à la famille de revenir au temps présent de la séance, et non pas au temps T0, figé, du traumatisme. Samir vient alors faire support de mentalisation et la symbolisation pour sa fratrie et pour la mère.

Lors de la troisième séance, Samir relève qu'il se souvient des dessins qu'il avait fait la dernière fois lorsqu'il les voit disposés sur la table. Assia dit sa difficulté ce jour à revenir en consultation où elle a déposé l'histoire de la famille la dernière fois. La tentative d'évitement, n'est pas allée jusqu'au clivage ni au déni de la

narration des événements. Nous faisons l'hypothèse que les dessins ont aidé en ce sens, prodiguant narrativité et continuité psychique. Samir est déjà en train de dessiner. Il fait un premier dessin, qu'il qualifie de raté et arrête précocement.

Nous apprenons qu'après la deuxième séance, Samir et sa mère se sont rendus en Tunisie pour de courtes vacances. Le reste de la fratrie déplore n'avoir pas pu prendre part au voyage. En effet, depuis le jugement qui a eu lieu après l'enlèvement, elles n'ont plus l'autorisation de quitter le territoire et le vivent très mal. Madame a fait appel de cette mesure depuis plusieurs années, mais, comme sa mère pendant son enfance, elle se heurte à une justice à la temporalité impitoyable.

Est alors énoncée la nouvelle : lors de son voyage, Madame s'est mariée. Elle nous apprend échanger avec un homme depuis plusieurs mois, mais voulait s'assurer que tout se passerait comme prévu avant de pouvoir l'évoquer avec ses enfants. Nous pensons que cette information a donc pu avoir un caractère étrange, voire inquiétant, pour la fratrie, la famille étant marquée sur plusieurs générations par des traumatismes causés par des pères, des (ex-)maris. Pour autant, nous observons un déni de la dimension déstabilisante que peut avoir ce changement, induit par le mariage et l'arrivée prochaine du mari de madame. Nous constatons qu'à ce stade, il subsiste des informations qui circulent mal, qui ne sont pas totalement pensées, élaborées. Renforçant cette impression, nous apprenons que Samir doit garder le secret de ce mariage, dans l'idée d'éviter que son père l'apprenne et empêche la venue du mari de madame en France. Cela semble avoir mis Samir en difficulté, qui dit « oublier » des détails comme la classe dans laquelle il est, son âge, le pays où il a passé les vacances/d'où sa famille vient, venant illustrer encore une fois l'enrobage défensif qui entoure les traumatismes familiaux.

Nous observons le deuxième dessin de Samir, qu'il commente. Quand il dessine la tache bleue, il explique que « c'est la mer » puis en dessinant le bloc noir que « c'est dur à passer ». Les étoiles/points de couleur de la dernière fois paraissent prendre la forme à présent de ce que Samir appelle : « des chemins » (explication qu'il avait déjà fournie lors de son premier dessin). Deux chemins semblent partir du carré rouge en bas à gauche, que Samir déclare être la « maison ».



Figure 6 : Deuxième dessin spontané de la troisième séance

Le « blocage », figuré en noir, pourrait représenter l'impensable du traumatisme, le « négatif » de la transmission transgénérationnelle, les « trous » dans le discours ou dans la mémoire des sœurs, qui font écho aux « oublis » de Samir. Il rappelle ainsi la crypte, l'enclave, résultant d'un clivage et non d'un simple processus de refoulement (Laplanche, cité par Condamine & Diere, 2014) : « L'enfant hérite un matériel brut, resté secret, demeurant énigmatique et opaque pour lui : il doit composer avec le clivage de son parent, portant inconsciemment en lui un « fantôme » (*ibid*).

Si l'on considère les signifiants, le blocage de la mer peut nous évoquer le blocage de la mère, pour qui les traumatismes (de l'enfance comme les récents), semblent encore n'être pas totalement élaborés, assimilés, métabolisés. Cette tâche plane au-dessus d'un pays de l'autre côté de la mer, l'Algérie, la Tunisie, autant de lieux que des secrets hantent, même encore aujourd'hui sur une période de vacances, autant de lieux d'où l'on vient, mais comment, par quels chemins. La thématique des origines, présente depuis le début des séances, semble néanmoins s'organiser, malgré les contours de clivages encore identifiables.

Lors de la cinquième et dernière séance, Samir est très actif et à l'aise. Pour restituer ce qui a été fait dans la consultation interculturelle, qui avait été proposé pour aider Samir à mieux se repérer dans une famille à l'histoire complexe, nous reprenons ses dessins (dont il se souvient très bien), et les faisons circuler. Sont alors énoncés des liens entre les choses difficiles qui se sont dites et les productions de Samir. Se saisissant parfaitement du cadre, Samir tente spontanément de dessiner tous les membres du néo-groupe sur le tableau blanc, puis demande l'aide de la co-thérapeute auxiliaire pour qu'elle le fasse à sa place.

Après avoir bien observé le dessin du groupe, tel un miroir où se mire la famille (comme évoqué plus haut dans la revue narrative), Samir débute spontanément la réalisation d'un dernier dessin en commentant : « je fais de l'art ! ».

Il commence son dessin par une zone bleu clair, puis entourée d'un bleu marin. En prenant deux feutres à la fois, il fait des lacets qui s'entremêlent de différentes couleurs, puis des petits points. Il réalise un petit bonhomme, avec une expression de déplaisir, et une bulle vide partant de sa bouche. Il demande à la cothérapeute d'écrire « *je suis où ? Pourquoi il y a trop de traits ? Et la mer ?* (faisant allusion à la masse bleue dessinée) et lui demande : « *pourquoi il y a beaucoup de choses ?* ». Enfin, il rajoute, « *j'allais oublier : la maison !* » Il la dessine en rouge avec une porte et une poignée. Ce dessin peut être vu comme une suite/un commentaire par rapport aux dessins précédents. Samir crée un chemin rouge, semblant représenter un « bon chemin » qui existe, dans un paysage assez chaotique peuplé d'une multitude de chemins sans destination et d'une menace représentée par la mer.



Figure 7 : dernier dessin spontané, cinquième séance

La disparition de la « tâche noire », difficile à passer sur les dessins de la troisième séance, paraît illustrer comment la « narrativité culturelle dessinée » permet à l'enfant métis d'outrepasser les clivages entre ses mondes d'appartenance (Rizzi, 2014).

Malgré les vécus difficiles associés au dépôt d'une histoire traumatique dans le groupe, les sœurs de Samir et sa mère repèrent des progrès évidents chez celui-ci. Il se montrerait beaucoup plus autonome à présent, et sait demander de l'aide. Il

fait ses devoirs seul et semble davantage disponible pour les apprentissages. Le repérage dans le temps s'est amélioré, les capacités de langage également.


Le « mutisme ludique », caractéristique des familles en souffrance, semble avoir disparu chez Samir (Granjon, 2016). Le reste des symptômes présentés était de la même façon assez typique du traumatisme, en l'occurrence ici transgénérationnel et familial : l'indicible qui empêche de parler, le temps figé du trauma dans lequel il est impossible de se repérer, tant le passé revient en permanence faire effraction dans le présent, l'incapacité à penser, à jouer.

Conclusion :

Comme l'écrit Bessel Van Der Kolk, « le traumatisme affecte ceux qui en souffrent directement, mais aussi leurs proches » (2018). Nous le voyons ici, la symptomatologie de Samir prenait racine dans un traumatisme familial, bien que lui-même n'ait pas directement vécu les événements en question. Au sein de cette famille, l'impensable avait été transmis « en négatif » sous forme de « traces sans mémoire » (Granjon, 2020, 2016), non intégrées au cœur d'une narration. Dans cette prise en charge en consultation interculturelle, les dessins de Samir ont été centraux et ont constitué un véritable levier thérapeutique. Le fait de commencer chaque séance en regardant ensemble les dessins a permis une meilleure circulation des échanges, et l'abaissement des défenses familiales. Grâce à cet outil, Samir a pu trouver une voix/une voie, et guider les thérapeutes à travers les méandres de l'histoire familiale, vers « le bon chemin », outrepassant les clivages qui s'amendent jusqu'à disparaître. Avec ses métaphores graphiques poétiques, Samir a pu soutenir sa fratrie, en accueillant et en renvoyant un affect assimilable, transformé dans ses productions.

Les dessins ont permis de dépasser la répétition traumatique et la sidération familiale en constituant un véritable support de narrativité. Le fait de raconter les dessins, permet une alternative symbolisée, métabolisée à la reviviscence d'événements irracontables. Ce travail fait écho aux thérapies basées sur la narration et des techniques d'exposition dans la prise en charge actuelle du traumatisme. Pour finir, les productions de Samir lui ont permis de se subjectiver et adopter une position d'acteur, quittant la position de passivation et d'objectification rencontrée dans le traumatisme (Herman, 2015 ; Van Der Kolk, 2014). Enfin, la famille en se mirant à travers le miroir familial que constitue le dessin de l'enfant, va renforcer son sentiment d'appartenance et son assise identitaire.

Vu, le président du jury
le 30 x 2024


Professeur Jean-Philippe RAYNAUD

À Toulouse, le 30/09/2024

Vu et permis d'imprimer
La Présidente de l'Université Toulouse III – Paul Sabatier
Faculté de Santé
Par délégation,
Le Doyen-Directeur
Du Département de Médecine, Maïeutique, et Paramédical
Professeur Thomas GEERAERTS



III - BIBLIOGRAPHIE

Articles inclus :

1. Boudarse K. Dessin d'enfant en consultation familiale, traumatisme et narrativité. *Éléments de méthode: Dialogue*. 27 juill 2020;n° 228(2):121-39.
2. Boudarse K. Le dessin d'enfant en consultation familiale: Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe. 19 août 2020;n° 75(2):119-32.
3. Bruni C, Dal Verme S, Finzi I, Oltolini I. Une petite table au milieu: Dessins d'enfants au cœur de la consultation transculturelle. *L'Autre*. 1 sept 2021;Volume 22(2):187-97.
4. Cuynet P, Mariage A, Lami JA, Faggion M, Puthomme S, Vannier A. L'arbrégénéalogique, une création familiale: *Le Divan familial*. 1 oct 2006;N° 17(2):55-68.
5. Delpuech Y, Vignaud C. Jeu et symptôme en thérapie familiale psychanalytique. *Le Journal des psychologues*. 2012;299(6):38-41.
6. Gammer, C. (2019). 5. Techniques artistiques systémiques. Dans *La voix de l'enfant dans la thérapie familiale* (pp. 59-70). Eres.
7. Granjon E. Jouer en thérapie familiale psychanalytique : objets bruts, objets de relation, objets médiateurs. *Dialogue*. 2016;213(3):25-40.
8. Howie P, Burch B, Conrad S, Shambaugh S. Releasing Trapped Images: Children Grapple with the Reality of the September 11 Attacks. *Art Therapy*. janv 2002;19(3):100-5.
9. Joubert C, Durastante R. Gestuelle, dessins et paroles d'enfants : activateurs d'une trame associative familiale. *Le Divan familial*. 2006;16(1):137-51.
10. Joubert C, Ruffiot M, Durastante R. Les médiations dans le processus de thérapie familiale psychanalytique: *Dialogue*. 28 sept 2016;n° 213(3):41-52.
11. Korff-Sausse S. Emergence de la forme dans la clinique et l'esthétique. *Recherches en psychanalyse*. 2005;3(1):97.
12. Malchiodi CA, éditeur. *Handbook of art therapy*. New York: Guilford Press; 2003. 461 p.
13. Metzl ES. Art Is Fun, Art Is Serious Business, and Everything in between: Learning from Art Therapy Research and Practice with Children and Teens. *Children*. 30 août 2022;9(9):1320.
14. Moore MR. (2005). *Family Art Therapy: A Case Study*.
15. Moro, M. R. (2020). *Guide de psychothérapie transculturelle : Soigner les enfants et les adolescents*. Éditions In Press, collection Hospitalité(s).

16. Muselle A, Barnabé S. Un enfant en salle d'attente: Thérapie Familiale. 20 nov 2015;Vol. 36(3):335-43.
17. Nielsen F, Feijo I, Renshall K, Starling J. Family Art Therapy: A Contribution to Mental Health Treatment in an Adolescent Inpatient Setting. ANZ J of Family Therapy. juin 2021;42(2):145-59.
18. Pivard-Boubakri E, Brasselet V, Titia Rizzi A. Approche transculturelle en CMPP: Réflexion à partir d'un cas de mutisme extrafamilial. L'Autre. 12 nov 2020;Volume 21(3):285-96.
19. Rizzi AT. « Entre ici et là-bas, je vous dessine mon chez moi », Exploration qualitative des productions des enfants en psychothérapie transculturelle [Thèse de doctorat]. 2014
20. Rizzi AT, Moro MR. La psychanalyse au risque de l'altérité. Processus de co-construction dans un groupe thérapeutique transculturel: Journal de la psychanalyse de l'enfant. 10 nov 2017;Vol. 7(2):271-300.
21. Rizzi AT. Importance des productions des enfants en clinique transculturelle: Le Carnet PSY. 25 mars 2015;N° 188(3):27-30.
22. Rizzi AT, Bouaziz N, Maley S, Simon A, Claret A, Sebbag E, et al. Robinson, les silences du cartographe: Monographie d'un enfant présentant un mutisme secondaire dans une famille migrante originaire de Côte d'Ivoire. La psychiatrie de l'enfant. 24 mai 2016;Vol. 59(1):5-48.
23. Rizzi AT, Moro MR. T-MADE: Une méthode transculturelle d'analyse des dessins d'enfants. L'Autre. 1 sept 2021;Volume 22(2):151-60.
24. Roberge L. Vers un espace de jeu partagé pour les enfants et leur famille en psychothérapie familiale. INTERVENTION 2023, Hors série, n° 2 2023;
25. Shalmon, M., & McLaughlin, H. (2012). The use of art in couples and family therapy. *Revue de L'Ordre des Travailleurs Sociaux et des Thérapeutes Conjugaux du Québec*, 137, 37-46.
26. Tilmans-Ostyn E. Le petit prince a dit... Et les anciens l'ont entendu: Thérapie Familiale. 1 déc 2004;Vol. 25(4):417-32.
27. Webb NB. Play and expressive therapies to help bereaved children: Individual, family, and group treatment. *Smith College Studies in Social Work*. juin 2003;73(3):405-22.

Autres références bibliographiques :

28. Antoine , B (2017). De la métaphore au cœur même du langage dans la psychothérapie familiale systémique. *Thérapie Familiale*, 2017/1 Vol. 38. pp. 51-69.
29. Anzieu A. et al. (1996). *Le travail du dessin en psychothérapie de l'enfant*. Paris: Dunod. 2008.
30. Beaumont, S. L. (2018). The Art of Words : Expressive Writing as Reflective Practice in Art Therapy (L'art des mots : l'écriture expressive comme pratique réflexive en art-thérapie). *Canadian Art Therapy Association Journal*, 31(2), 55-60.
31. Benghozi, Pierre. « Chapitre 1. Organisation généalogique d'une famille incestueuse », Pierre Benghozi éd., *L'inceste, scènes de famille*. In Press, 2020, pp. 13-47.
32. Berger FF. Du nouage du corps et de la psyché dans les dessins d'enfants. La lettre de l'enfance et de l'adolescence. 2012;87(1):137.
33. Caillé P., Rey Y. (1994) : *Les objets flottants. Au-delà de la parole en thérapie systémique*, ESF, Paris (réédition Fabert, 2004).
34. Caldairou-Bessette, P., Zenetzis, C., & Krymko-Bleton, I. (2017). Le culturel dans le dessin d'enfant : De l'adaptation de l'interprétation à une phénoménologie de la culture. *L'Autre*, 18(3), 326-339. Cairn.info.
35. Calicis, F. (2006). Intérêt de l'utilisation des objets flottants dans l'approche des pans les plus douloureux de l'histoire des patients et de leur famille. *Thérapie Familiale*, 27(4), 339-359.
36. Calicis, Florence. « L'élaboration familiale des traumatismes psychiques en thérapie : une illustration clinique », *Thérapie Familiale*, vol. 35, no. 2, 2014, pp. 121-141.
37. Cano Balcerzak, E (2023). Mises en scène psychodramatiques en thérapie familiale psychanalytique La médiation des marionnettes. *Le Divan familial*, 2023/1 N° 50. pp. 227-239.
38. Carneiro, C (2021). Approche systémique en pédopsychiatrie : responsabiliser l'entourage sans culpabiliser. *Thérapie Familiale*, 2021/2 Vol. 42. pp. 113-122.
39. Chambon, Françoise, Chantal Vénier, et Brigitte Vignalou. « Le rêve cadre d'élaboration psychique », *Topique*, vol. n° 74, no. 1, 2001, pp. 103-107.
40. Cagnet, G. & Cagnet-Kayem, A. (2018), *Comprendre et interpréter les dessins d'enfants*, Paris: Dunod.
41. Colombo, L – Intervention : Introduction - *Dessiner en Séance*. Groupe Toulousain de la société psychanalytique de Paris. 2022/11, pp 7-13.

42. Condamin C, Diere C. Fantôme, traces et trauma. De la douleur du deuil à l'expression d'un trauma encrypté: *Bulletin de psychologie*. 1 janv 2014; Numéro 528(6):489-97.
43. Cook-Darzens S. La fratrie, dans l'ombre de l'anorexie mentale: *Thérapie Familiale*. 29 sept 2009; Vol. 30(3):327-52.
44. Freud, S. (1920). *Au-delà du principe de plaisir*. Essai de psychanalyse. Paris : Payot, 1981.
45. Freud, S. (2007). « Remémoration, répétition, perlaboration », dans *La technique psychanalytique, Œuvres complètes*, Paris : PUF.
46. Garcia-Fons, Tristan. « Invention du dessin dans la cure psychanalytique de l'enfant », *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, vol. n° 49, no. 3, 2002, pp. 43-50.
47. Granjon, E. (2010). La famille : Un lieu pour s'appropriier son histoire. In *Quelles transmissions autour des berceaux ?* (p. 23-47). Érès.
48. Havercroft, B. (2005). Dire l'indicible : Trauma et honte chez Annie Ernaux. *Roman 20-50*, 40(2), 119-132.
49. Herman, J. L. (2015). *Trauma and recovery : The aftermath of violence – from domestic abuse to political terror* (2nd ed.). Basic Books.
50. Joubert & Darchis. Introduction à la revue «hommage à André Ruffiot». *Revue internationale de psychanalyse du couple et de la famille*. ISSN 2105-1038. N° 15/2016
51. Koritar E. Affronter les fantômes transgénérationnels : Lorsque le trauma s'infiltré à travers les générations, Traduit de l'anglais par Elena Adam, Eva Brabant Dans *Le Coq-héron* 2019/2 (N° 237), pages 73 à 81 Éditions Érès.
52. Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*.
53. Lachal, C. (2021). Du dessin libre des enfants au dessin de guerre: *L'Autre*, Volume 22(2), 161-171.
54. Lev-Wiesel R, Hazan M, Daniel M, German V, Finger Z, Weinger S, et al. Children drawing violence: To what extent does it reflect actual experience. 2020;71:101717.
55. Pitarque, S. (2019). « Le récit des origines » : Un dispositif d'art-thérapie utilisant l'écriture dans un cadre socio-éducatif: *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, n° 72(1), 151-162.
56. A. Revet, J.-P. Raynaud, M. Lapeyre-Mestre, B. Olliac, E. Bui (2020). Le psychotraumatisme chez l'enfant et l'adolescent : données actuelles et

perspectives. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 68 pp.384 - 393.

57. Rosenfeld Z, Delvenne V, Duret I. « Je vous appelle car ma fille de 6 ans n'arrive pas à se séparer de moi... »: Cahiers de psychologie clinique. 1 oct 2008;n° 31(2):11-23.
58. Schwailbold MA, Cuynet P. Statut du corps et du symptôme obésité dans l'économie psychique familiale au travers du dessin de la maison imaginaire: Le Divan familial. 28 sept 2015;N° 34(1):55-67.
59. Sokić J, Đurović D, Biro M. Childrens drawings as a triage tool for the assessment of negative emotionality in refugee children. 2019;12(3):245-62.
60. Sturm, G., Bonnet, S., Gouzvinsk, F., Piquier, A., Guerraoui, Z., & Raynaud, J.-P. (2016). Améliorer l'alliance thérapeutique avec enfants et familles en situation interculturelle: *L'Autre, Volume 17(2)*, 223-233.
61. Tordjman, S. (2019). Du temps figé du trauma au temps de la mobilisation psychique. *Perspectives Psy*, 58(4), 287-292.
62. Van Der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score : Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Viking.
63. Van Der Kolk, B. (2018). *Le Corps n'oublie rien : Le cerveau, l'esprit et le corps dans la guérison du traumatisme*. ALBIN MICHEL.
64. Van Der Kolk, B, McFarlane, A et Weisaeth, L. (1996). *Traumatic Stress : The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body and Society*, New York : Guilford Press, p 282.
65. Vinay, A. (2020). Chapitre 1. Le dessin libre. Dans : , A. Vinay, *Le dessin dans l'examen psychologique de l'enfant et de l'adolescent* (pp. 7-33). Paris: Dunod.
66. Wallon, P. (2003). *Le dessin d'enfant*. PUF.
67. Winnicott, D. W. (2002, réédition 1975). *Jeu et réalité : l'espace potentiel*. Editions Gallimard.

ANNEXE

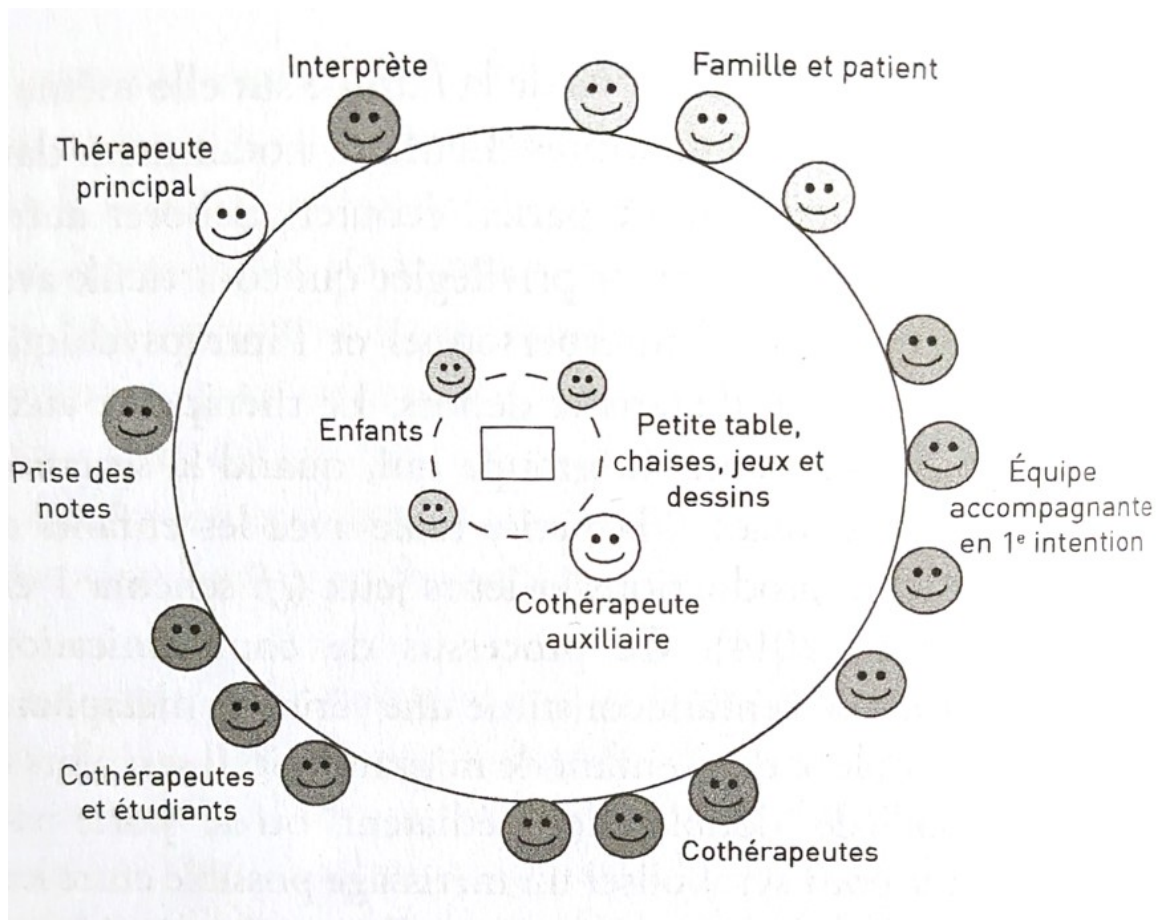


Figure 1 : Disposition des participants au sein du groupe de psychothérapie transculturelle, et rôle du co-thérapeute auxiliaire (Moro, 2020)

T-MADE : Méthode d'analyse transculturelle du dessin d'enfant				
VALENCE	valence expressive	valence projective	valence réflexive	valence culturelle
CONTENU				
contenu manifeste				
contenu latent				
contenu narratif				
contenu contextuel				
Contenu métissé				

Figure 2 : Tableau d'analyse T-MADE pour l'interprétation du dessin en contexte transculturel (Rizzi, 2014)

L'APPORT DU DESSIN LIBRE DE L'ENFANT EN CONSULTATION FAMILIALE DANS L'ELABORATION DE TRAUMATISMES A TRANSMISSION TRANSGENERATIONNELLE : UNE REVUE NARRATIVE DE LA LITTERATURE ILLUSTRÉE

RESUME EN FRANÇAIS :

Le foisonnement des écrits concernant l'apport du dessin de l'enfant et de l'adolescent dans le processus thérapeutique en prise en charge individuelle contraste fortement avec le peu d'études concernant l'utilisation du dessin, et en particulier du dessin libre et spontané, en consultation familiale. Notre revue narrative vise à étudier la place du dessin libre de l'enfant et de l'adolescent en consultation familiale. Nous nous intéresserons aux écrits issus de divers courants psychothérapeutiques (thérapie familiale psychanalytique, thérapie systémique, consultation transculturelle, art-thérapie familiale) pour explorer comment est actuellement utilisé le dessin libre de l'enfant en consultation familiale, et en quoi celui-ci constitue un outil thérapeutique dans ce cadre spécifique. L'étude de plusieurs bases de données de janvier à mars 2024 a permis d'inclure 27 articles (sur 560 sources recensées). Les résultats montrent que l'implication active des membres de la famille dans l'interprétation de ces dessins, par associations libres permet d'outrepasser les défenses groupales et de relancer la capacité d'élaboration au sein de la famille. Une attention portée au dessin de l'enfant permet de prendre en compte sa voix dans le processus thérapeutique malgré ses modalités de langage principalement non-verbales. Que les dessins de l'enfant, chargés d'indices sur les problématiques familiales sous-jacentes, catalysent l'émergence de récits familiaux jusqu'alors indicibles, ou bien qu'ils viennent spontanément illustrer des histoires traumatiques parentales, ils permettront la co-construction d'une narrativité familiale, processus anti-traumatique bien décrit. De futures études, notamment qualitatives, semblent nécessaires pour explorer davantage cet outil thérapeutique. Cette revue de littérature est enfin illustrée par une vignette clinique qui illustre combien les enfants, souvent oubliés des thérapeutes familiaux, peuvent pourtant leur être de précieux alliés.

TITRE EN ANGLAIS : The Contribution of Children's Free Drawing in Family Consultation to the Elaboration of Transgenerational Traumas : An Illustrated Narrative Literature Review

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

MOTS-CLÉS : Dessin libre de l'enfant, dessin spontané, enfant, adolescent, consultation familiale, psychologie, pédopsychiatrie, famille, thérapie familiale, thérapie psychanalytique familiale, thérapie systémique, systémie, transculturel, psychothérapie transculturelle, art-thérapie, transmission transgénérationnelle, traumatisme, traumatisme transgénérationnel, élaboration, narrativité

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de Santé de Toulouse
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Directrices de thèse : Dr Lucie ROSENTHAL et Mme Gésine STURM