UNIVERSITE TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTES DE MEDECINE

ANNEE 2013 2013 TOU3 1502

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

MEDECINE SPECIALISEE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

par

Aurélia SCETBON

le 22 Mars 2013

LE DESSIN D'ENFANT : ETUDE DE SON UTILISATION PAR 43 PEDOPSYCHIATRES DE HAUTE-GARONNE

Directeur de thèse : Dr Bernard BENSIDOUN

JURY

Président :	Monsieur le Professeur Jean-Philippe RAYNAUD
1er assesseur :	Monsieur le Professeur Laurent SCHMITT
2ème assesseur :	Madame le Professeur Florence ASKENAZY
3ème assesseur :	Monsieur le Docteur François GRANIER
Suppléant :	Monsieur le Docteur Michel VIGNES

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine du l'Université Paul Sabatier
au 1er septembre 2012

Professeurs honoraires

Doyen Honoraire	M. LAZORTHES G.
Doyen Honoraire	M. PUEL P.
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Y.
Doyen Honoraire	M. CHAP H.
Professeur Honoraire	M. COMMANAY
Professeur Honoraire	M. CLAUX
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT
Professeur Honoraire	M. GAYRAL
Professeur Honoraire	M. PASQUIE
Professeur Honoraire	M. RIBAUT
Professeur Honoraire	M. SARRASIN
Professeur Honoraire	M. GAY
Professeur Honoraire	M. ARLET J.
Professeur Honoraire	M. RIBET
Professeur Honoraire	M. MONROZIES
Professeur Honoraire	M. MIGUERES
Professeur Honoraire	M. DALOUS
Professeur Honoraire	M. DUPRE
Professeur Honoraire	M. FABRE J.
Professeur Honoraire	M. FEDOU
Professeur Honoraire	M. LARENG
Professeur Honoraire	M. DUCOS
Professeur Honoraire	M. GALINIER
Professeur Honoraire	M. LACOMME
Professeur Honoraire	M. BASTIDE
Professeur Honoraire	M. COTONAT
Professeur Honoraire	M. DAVID
Professeur Honoraire	Mme DIDIER
Professeur Honoraire	M. GAUBERT
Professeur Honoraire	M. GUILHEM
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.
Professeur Honoraire	M. BES
Professeur Honoraire	M. BERNADET
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES
Professeur Honoraire	M. REGNIER
Professeur Honoraire	M. COMBELLES
Professeur Honoraire	M. REGIS
Professeur Honoraire	M. ARBUS
Professeur Honoraire	M. LARROUY
Professeur Honoraire	M. PUJOL
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI
Professeur Honoraire	M. RUMEAU
Professeur Honoraire	M. PAGES
Professeur Honoraire	M. BESOMBES
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD
Professeur Honoraire	M. SUC
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER
Professeur Honoraire	M. CARTON
Professeur Honoraire	Mme PUEL J.
Professeur Honoraire	M. GOUZI
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER
Professeur Honoraire	M. PASCAL
Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.
Professeur Honoraire	M. SOLEILHAVOUP
Professeur Honoraire	M. BONEU
Professeur Honoraire	M. BAYARD
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE
Professeur Honoraire	M. FABIÉ
Professeur Honoraire	M. BARTHE
Professeur Honoraire	M. CABARROT
Professeur Honoraire	M. GHISOLFI
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. SARRAMON
Professeur Honoraire	M. CARATERO
Professeur Honoraire	M. CONTÉ
Professeur Honoraire	M. ALBAREDE
Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. ADER
Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. LOUVET
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES F.
Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	M. BOCCALON
Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	Mme ARLET

Professeurs émérites

Professeur GHISOLFI
Professeur LARROUY
Professeur ALBAREDE
Professeur CONTÉ
Professeur MURAT
Professeur MANELFE
Professeur LOUVET
Professeur SOLEILHAVOUP
Professeur SARRAMON
Professeur CARATERO
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL
Professeur COSTAGLIOLA
Professeur L. LARENG
Professeur JL. ADER
Professeur Y. LAZORTHES
Professeur H. DABERNAT
Professeur F. JOFFRE
Professeur B. BONEU
Professeur J. CORBERAND
Professeur JM. FAUVEL

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : JP. VINEL

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

M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR J.	Thérapeutique
M. ARNE J.L. (C.E)	Ophtalmologie
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU H.	Hématologie
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVIALLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie Pathologique
M. BUGAT R. (C.E)	Cancérologie
M. CARRIE D.	Cardiologie
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DALY-SCHVEITZER N.	Cancérologie
M. DEGUINE O.	O. R. L.
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.
M. IZOPET J.	Bactériologie-Virologie
M. LIBLAU R.	Immunologie
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale
M. LANGIN D.	Biochimie
M. LAUQUE D.	Médecine Interne
M. MAGNAVAL J.F.	Parasitologie
M. MALAVAUD B.	Urologie
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie
M. MOSCOVICI J.	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique
Mme MOYAL E.	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI F.	Gériatrie
M. OLIVES J.P.	Pédiatrie
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PERRET B. (C.E)	Biochimie
M. POURRAT J.	Néphrologie
M. PRADERE B.	Chirurgie Générale
M. QUERLEU D. (C.E)	Cancérologie
M. RAILHAC J.J. (C.E)	Radiologie
M. RASCOL O.	Pharmacologie
M. RISCHMANN P. (C.E)	Urologie
M. RIVIERE D.	Physiologie
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile
M. SALLES J.P.	Pédiatrie
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON N.	Médecine Légale
M. TREMOULET M.	Neurochirurgie
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépato-Gastro-Entérologie

P.U. - P.H.
2ème classe

Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BRASSAT D.	Neurologie
M. BUREAU Ch	Hépato-Gastro-Entéro
M. CALVAS P.	Génétique
M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. CHAIX Y.	Pédiatrie
M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. FOURCADE O.	Anesthésiologie
M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. FOURNIÉ P.	Ophtalmologie
M. GEERAERTS T.	Anesthésiologie - réanimation
Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique
M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. LAUWERS F.	Anatomie
M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique
M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE J.	Neurologie
M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. PAUL C.	Dermatologie
M. PAYOUX P.	Biophysique
M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. PERON J.M.	Hépato-Gastro-Entérologie
M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. RECHER Ch.	Hématologie
M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. SANS N.	Radiologie
M. SELVES J.	Anatomie Pathologique
M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie
Mme WEBER-VIVAT M.	Biologie cellulaire

P.U.

M. OUSTRIC S.	Médecine Générale

Professeur Associé de Médecine Générale
Dr. POUTRAIN J.Ch

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. ROUGE

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

M. ABBAL M.	Immunologie
M. ALRIC L.	Médecine Interne
M. ARLET Ph. (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL J.F.	Physiologie
Mme BERRY I.	Biophysique
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
M. BUSCAIL L.	Hépato-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie
M. CARON Ph.	Endocrinologie
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique
M. CHAVOIN J.P. (C.E)	Chirurgie Plastique et Reconstructive
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mlle DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DIDIER A.	Pneumologie
M. DURAND D. (C.E)	Néphrologie
M. ESCOURROU J. (C.E)	Hépato-Gastro-Entérologie
M. FOURTANIER G. (C.E)	Chirurgie Digestive
M. GALINIER M.	Cardiologie
M. GERAUD G.	Neurologie
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GRAND A. (C.E)	Epidémio. Eco. de la Santé et Prévention
Mme HANAIRE H.	Endocrinologie
M. LAGARRIGUE J. (C.E)	Neurochirurgie
M. LARRUE V.	Neurologie
M. LAURENT G. (C.E)	Hématologie
M. LEVADE T.	Biochimie
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophtalmologie
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES B.	Rhumatologie
M. PESSEY J.J. (C.E)	O. R. L.
M. PLANTE P.	Urologie
M. PUGET J. (C.E.)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile
M. REME J.M.	Gynécologie-Obstétrique
M. RITZ P.	Nutrition
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie
M. ROSTAING L.	Néphrologie
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU H.	Radiologie
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD J.M.	Pharmacologie
M. SERRANO E.	O. R. L.
M. SOULIE M.	Urologie
M. SUC B.	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie
M. VELLAS B. (C.E)	Gériatrie

P.U. - P.H.
2ème classe

M. ACCADBLED F.	Chirurgie Infantile
M. ACAR Ph.	Pédiatrie
Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. BERRY A.	Parasitologie
M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BROUCHET L.	Chir. Thoracique et cardio-vasculaire
M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. COURBON	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DE BOISSESON X.	Médecine Physique et Réadaptation
M. DECRAMER S.	Pédiatrie
M. DELABESSE E.	Hématologie
M. DELORD JP.	Cancérologie
M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STÖWHAS I.	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GOURDY P.	Endocrinologie
M. GROLLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD R.	Cancérologie
M. KAMAR N.	Néphrologie
M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREEUW J.	Dermatologie
M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. OTAL Ph.	Radiologie
M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. TACK I.	Physiologie
M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. VERGEZ S.	O.R.L.
Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique

Professeur Associé de Médecine Générale
Dr VIDAL M.

Professeur Associé en Soins Palliatifs
Dr MARMET Th.

Professeur Associé de Médecine du Travail
Dr NIEZBORALA M.

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex

M.C.U. - P.H.

M. APOIL P. A	Immunologie
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie
M. BIETH E.	Génétique
Mme BONGARD V.	Epidémiologie
Mme COURBON C.	Pharmacologie
Mme CASPAR BAUGUIL S.	Nutrition
Mme CASSAING S.	Parasitologie
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY N.	Immunologie
M. CORRE J.	Hématologie
M. COULAIS Y.	Biophysique
Mme DAMASE C.	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY I.	Physiologie
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme DE-MAS V.	Hématologie
M. DUBOIS D.	Bactériologie-Virologie
Mme DUGUET A.M.	Médecine Légale
Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique
M. DUPUI Ph.	Physiologie
Mme FAUVEL J.	Biochimie
Mme FILLAUX J.	Parasitologie
M. GANTET P.	Biophysique
Mme GENNERO I.	Biochimie
M. HAMDI S.	Biochimie
Mme HITZEL A.	Biophysique
M. JALBERT F.	Stomato et Maxillo Faciale
M. KIRZIN S.	Chirurgie Générale
Mme LAPEYRE-MESTRE M.	Pharmacologie
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique
Mme LE TINNIER A.	Médecine du Travail
M. LOPEZ R.	Anatomie
M. MONTOYA R.	Physiologie
Mme MOREAU M.	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD F.	Physiologie
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie
Mme RAGAB J.	Biochimie
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY F.	Biochimie
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie
M. SOLER V.	Ophtalmologie
Mme SOMMET A.	Pharmacologie
M. TAFANI J.A.	Biophysique
Mlle TREMOLLIERES F.	Biologie du développement
M. TRICOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL F.	Bactério. Virologie Hygiène
Mme ARCHAMBAUD M.	Bactério. Virologie Hygiène
M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
M. CAMBUS J.P.	Hématologie
Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CASSOL E.	Biophysique
Mme CAUSSE E.	Biochimie
M. CHASSAING N	Génétique
Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN L.	Cytologie
M. DEDOUIT F.	Médecine Légale
M. DE GRAEVE J.S.	Biochimie
M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
M. EDOUARD T	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Y.	Médecine du travail
Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme GALINIER A.	Nutrition
Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE E.	Urologie
Mme INGUENEAU C.	Biochimie
M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
M. LAPRIE Anne	Cancérologie
M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MARCHEIX B.	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mme MAUPAS F.	Biochimie
M. MIEUSSET R.	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme PERIQUET B.	Nutrition
Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
M. PRADERE J.	Biophysique
M. RAMI J.	Physiologie
M. RIMAILHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
M. TKACZUK J.	Immunologie
M. VALLET P.	Physiologie
Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie
M. VICTOR G.	Biophysique

M.C.U.

M. BISMUTH S.	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr MESTHÉ P.
Dr STILLMUNKES A.
Dr BRILLAC Th.
Dr ABITTEBOUL Y.
Dr ESCOURROU B.
Dr BISMUTH M.
Dr BOYER P.

Décembre 2013

Monsieur le Professeur Jean-Philippe Raynaud

Professeur des Universités

Praticien Hospitalier

Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury.

Nous vous sommes reconnaissante de votre bienveillance tout au long de notre parcours, de votre soutien et de votre écoute attentive. Vous avez été particulièrement disponible et nous avons apprécié vos qualités humaines. Les 6 mois passés auprès de votre équipe de l'hôpital de jour auront été riches en enseignements. Votre approche inspirera notre pratique et nous espérons continuer à bénéficier longtemps de votre expérience et de vos conseils.

Veuillez trouver dans ce travail l'expression de notre admiration et de notre profonde considération.

Monsieur le Professeur Laurent Schmitt

Professeur des Universités

Praticien Hospitalier

Psychiatrie

Nous vous remercions d'avoir accepté de juger ce travail.

Nous avons apprécié votre disponibilité et la qualité de votre enseignement pendant notre internat. Nous vous remercions pour votre soutien et votre bienveillance.

Veuillez trouver dans ce travail l'expression de notre respect et de notre reconnaissance.

Madame le Professeur Florence ASKENAZY

Professeur des Universités

Praticien Hospitalier

Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Nous vous remercions de nous faire l'honneur de juger ce travail.

Nous vous témoignons l'expression de notre respect et de notre reconnaissance.

Monsieur le Docteur François GRANIER

Praticien Hospitalier

Psychiatrie

Je vous remercie d'avoir accepté de siéger à ce jury.

Je suis heureuse d'avoir pu bénéficier de votre enseignement, sa qualité, son originalité et son humanité, que ce soit pendant les entretiens ou les ateliers. J'ai été sensible à votre vision des soins et de la place du thérapeute. J'espère pouvoir continuer à bénéficier de vos connaissances et m'en inspirer dans ma pratique.

Trouvez ici le témoignage de ma sincère reconnaissance.

Monsieur le Docteur Bernard BENSIDOUN

Praticien Hospitalier

Psychiatrie et de l'adolescent

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de dirigé ce travail.

J'ai eu grand plaisir à travailler avec vous, découvrir votre approche et bénéficier d'un enseignement riche qui « ne s'apprend pas dans les livres ». Votre sensibilité aux productions des enfants, à leurs dessins en particulier m'a beaucoup intéressée. Votre soutien tout au long de ce travail a été précieux.

Trouvez ici le témoignage de ma sincère reconnaissance.

Monsieur le Docteur Michel VIGNES

Praticien Hospitalier

Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

Je vous remercie d'avoir accepté de siéger à ce jury.

J'ai apprécié de découvrir votre vision de la pédopsychiatrie ; votre éclairage sur les situations cliniques a été précieux. Vous avez nourrit mon intérêt pour les médiations et suscité de nombreuses lectures. Vous m'avez permis de découvrir les dessins interactifs, le Squiggle.

Trouvez ici le témoignage de ma sincère reconnaissance.

Merci …

Mes parents, merci de votre présence et de votre soutien pendant toutes ces années. Merci pour votre générosité et vos grandes qualités humaines. Merci de m'avoir toujours aidée quand j'en avais besoin et pour les nombreuses petites attentions.

Ma sœur, Carine, merci pour ton soutien, ta gentillesse ; pour les bons moments de notre enfance.

Ma famille, merci à ceux qui constituent cette famille toujours présente, grande et originale, forte en personnalités, colorée et vivante.

Emilie, merci à ma « cousine-jumelle » pour tout ce qu'on partage, tout ce qui nous rend différentes ; pour ta présence dans les bons et les mauvais moments.

Mes amis marseillais, merci pour ces années extraordinaires passées à vos côtés, je suis à chaque fois heureuse de vous retrouver ! **Plume,** j'ai adoré côtoyer ton originalité et ton goût pour l'absurde. Depuis que tu n'es plus sur le continent, tu as pris un drôle d'accent, ayo ! **Carotte,** des soirées médecines aux plantations de thés indiennes … que l'on parle anglais ou italien, reste une question : « absurde ou improbable ? » **Aurélie,** ton amitié infaillible, ta douceur … et bien sur ton côté yalaah !! **Coline,** Luc ??? **Mireille,** sans tous ces moments de déconne, ça aurait pas été pareil, même si on est jamais allées se faire un Mac Morning ! **Annaïck,** du « blue train » à la thèse, ton grain de folie a égayé toutes ces années ! **Sophie P.,** des années qu'on se suit, faudrait qu'on se voit plus souvent ! **Sophie R.,** à l'autre bout de la France mais toujours présente. **Marion M.,** merci pour ta présence surtout ces derniers temps et encore plus cette dernière semaine de rédaction ! Désolée pour ton indigestion de mochis. **Marion P.,** tu es repartie au soleil, je suis restée dans la ville rose … Et tous les autres : **Mellie**, **Eric, Virginie**, **Perrine**, **Delphine**, **Eliane**, et ceux que je ne cite pas mais à qui je pense.

Les Toulousains, merci pour ces 4 années dans la ville rose !

Mes co-internes : Elodie I., pour tous les fous-rires au secteur 4, **Amalia,** grâce à toi je me suis mise au vélo et au sport !! Merci pour cet exploit ! **Anne-Céline,** tu as été 2 fois ma co-interne alors que des comme toi, il n'y en a pas 2 ! **Marie,** derrière ton sérieux, ton humour et ta poésie.

Mes presques co-internes : Axel, les co-voiturages, Montauban et ton teint toujours radieux ! **Perrine H.,** les chats ont bien faillit avoir raison de nous ! **Magalie,** merci pour ton humour et ta relecture ! **Stéphanie,** à quand la prochaine raclette ?

Les autres toulousains : **Laureen,** toujours motivée pour travailler et regarder des séries ! **Diane,** parce que ramer ensembles ça rapproche. **Lara,** la voisine parfaite. **La promo : Mathilde,** beaucoup de bons moments, **Céline,** d'avoir accompagné les derniers jours de rédaction ! **Marie,** les dessins, cadavres exquis … **Elodie G,** ta grande tranquillité et les petits repas chez toi ; et les autres internes de psy avec qui j'ai partagé ces 4 années (et demi) ! **Tiffany,** la « perle de tahiti » des gynécos, **Caroline** et son atelier magique, **Magali** et les bons légumes de l'AMAP et les autres … Merci à **Lubin** et **Myriam** pour leurs beaux dessins !

Les autres amis qui comptent : Aurélie M., Polo, … et j'en oublie surement beaucoup !

Le **secteur 4** : Dr. PPP qui m'a appris qu'il fallait travailler avec la « partie saine », Dr. Varret, Emilie et l'équipe inf …,

L'équipe de l'**UF1** qui a bien changé depuis … mais surtout Fabienne et Séverine !,

L'équipe de liaison de l'hôpital des enfants (Corinne, Marianne, Caroline, Patricia, Sophie, et les autres !) travailler avec vous me manquera toujours ! Marie Tardy, je te remercie pour ta contribution statistique à ma thèse, merci pour tout le temps que tu y as passé ! Ton calme en toutes situations a été utile aussi bien aux urgences que pour ma thèse ! Merci Anne de m'avoir soufflé l'idée qui a déclenché cette thèse !

L'UF2, sa formidable équipe, Valérie, Aude, Marie, Pierre-Yves, Véro (les fritons) et tous les autres !

L'équipe de périnatalité de Sarrus : Daniel et Marie-Claude, Marina, un bonheur de travailler avec vous !

Le CMP de Castanet : Bernard et Laura merci pour les restos du mercredi midi et les discussions « infusées » de psychanalyse ! la chouette équipe, Céline, Florent, … et pour les dessins d'enfants !

L'HDJ des Grands ! Françoise, Cri-cri, Fredo, Cathy, Catherine, Eric, Christelle, … Merci pour tout ce que vous m'avez appris et pour les bons moments passés avec vous !

Per et Gisèle pour votre disponibilité et votre grande gentillesse à tous les 2 !

La PMI : Florence, Monique, Marie-Pierre, Jannie, Hélène, Emilie, Martine, Elisabeth, Nathalie, merci de faire découvrir le monde des bébés !

Toutes les secrétaires pour leur patience, leur disponibilité !

Un GRAND MERCI à tous les pédopsychiatres qui ont accepté de répondre à mon questionnaire, merci tout particulièrement au Dr. Carpentier, au Dr. Joussellin et au Pr. Raynaud de m'avoir aidé à mobiliser autant de monde !

Table des matières

Table des matières 11
TABLE DES ABREVIATIONS 19
I. INTRODUCTION 20
II. CAS CLINIQUES 22
A. Luc et Luce 22
A. Lucas 24
III. DESSIN ET PEDOPSYCHIATRIE 27
A. Aspects historiques de l'intérêt pour le dessin 27
1. Intérêt pour l'expression artistique des malades psychiatriques 27
2. Début de l'intérêt pour les dessins d'enfants 27
3. Le dessin dans les travaux des psychanalystes 28
B. Médiations utilisées en pédopsychiatrie 29
C. Utilisations possibles du dessin en pédopsychiatrie 29
1. Utilisation lors d'une évaluation 29
2. Utilisation thérapeutique 30
a) Prise en charge individuelle 30
b) Prise en charge groupale 30
IV. LE DESSIN D'ENFANT, SON EVOLUTION, ASPECTS PERCEPTIF ET MOTEUR 32
A. Conditions nécessaires à l'apparition du dessin chez l'enfant 32
1. Conditions physiologiques 32
a) Rôle de l'appareil visuel 32
(1) Développement de la vision chez l'enfant. 32
(2) Les voies optiques 32
(3) Structures cérébrales impliquées dans la vision 33
(4) Le système oculomoteur 34
(5) Causes de malvoyance 34
b) Rôle du système nerveux 34
c) Rôle de l'appareil locomoteur 35
(1) Le développement moteur 35
(2) Le développement de la préhension 35
2. Conditions économiques et sociales 35
B. Les étapes de l'évolution du dessin d'enfant 36
1. Des premières traces aux gribouillages 36
a) Les premières traces 36
b) Les gribouillis 37
2. Du gribouillage au dessin : début de l'intention représentative 39
a) Facteurs intrinsèques 39
b) Facteurs extrinsèques 39
c) Du rond à la figure-têtard 40
3. Evolution du dessin figuratif 40

a) Conservation et modification de type 41
b) La copie 41
c) Le modèle interne 42
d) Les stades du réalisme 42
4. L'arrêt de l'activité graphique 44
5. Pédagogie et dessin 45
a) Utilisation pédagogique du dessin 45
b) L'éducation artistique 45
C. Perception et dessin 47
1. Aspects neurophysiologiques 47
2. Conceptions de la perception 47
a) Théorie classique de la perception 47
b) Théorie du « Modèle interne » 48
3. Perception syncrétique et analytique 48
4. Conscience perceptive et conscience imageante 48
5. Influence de l'activité sur la perception 49
6. Perception de soi et dessin 49
D. Aspects moteurs du dessin 49
1. Mouvements en fonction de l'instrument et du support utilisés 49
2. Évolution de la motricité 50
a) Aspects moteurs du gribouillage 50
b) Du gribouillage au dessin 50
3. Le contrôle de la motricité 51
4. Les formes géométriques 52
a) Le rond 52
b) Le carré 53
c) Le losange 53
d) Formes géométriques complexes 53
5. Dessin du personnage 53
6. Outils permettant l'étude des aspects dynamiques du dessin 54
E. Evolution des contenus du dessin 54
1. Choix du thème 54
2. Thèmes 55
a) Dessin du bonhomme 55
(1) Les éléments représentés 55
(2) L'évolution du personnage 56
(a) Evolution du personnage selon Baldy 56
(b) Evolution du personnage selon Greig 59
(c) Evolution du personnage selon Wallon 61
(3) Le sexe du bonhomme 61
(4) Dimensions 62
(5) Représentations des émotions 62
(6) Représentation du bonhomme dans l'espace 62

(7) Représentations statique et dynamique 63
(8) Différences entres filles et garçons 63
b) Dessin de la maison 63
c) Dessin des animaux 65
d) Dessin de l'arbre 66
e) Dessin de paysage 67
3. L'espace 67
a) Construction de l'espace 67
b) La représentation des volumes 68
c) Devant-derrière 69
d) Relation entre les objets 69
e) Le remplissage des surfaces 70
4. La narration graphique 70
5. Les couleurs 71
6. Influence de la culture 71
V. DESSIN, ECRITURE ET LANGAGE 72
A. Histoire de l'écriture 72
1. Ecritures pictographiques 72
2. Ecritures idéographiques 72
3. Ecritures alphabétiques 72
B. Les systèmes de signes 73
1. Les signes graphiques 73
2. Le signe linguistique 73
3. Différences entres signes iconique et linguistique 73
C. Evolution de l'écriture chez l'enfant 74
D. Ecriture et psychisme 75
1. La graphologie 75
2. Ecriture et symbolisation 75
3. Troubles de l'écriture 76
4. Perspectives thérapeutiques 76
E. Graphisme et langage 77
1. Définitions 77
2. Liens entre langage et graphisme chez l'enfant 78
a) Apparition des premiers idéogrammes 78
b) Association entre tracé et dénomination 78
VI. CREATION ET CREATIVITE 79
A. Définitions 79
B. Structures cérébrales et fonctions exécutives impliquées dans la création 79
1. Structures cérébrales 79
2. Fonctions exécutives 80
C. Créativité chez l'enfant 80
1. Théorie illusion-désillusionnement et phénomènes transitionnels 80
2. Le jeu 81
3. Activité créative et quête de soi 81

4. Origine de la créativité 82
D. Les cinq phases du travail créateur selon Didier Anzieu 82
1. L'état de saisissement 82
2. La prise de conscience d'un représentant psychique inconscient 82
3. L'institution d'un code organisateur de l'œuvre et d'un matériau permettant de donner un corps au code 83
4. Le travail de composition de l'œuvre 83
5. La production de l'œuvre au dehors 83
VII. DESSIN ET PSYCHOPATHOLOGIE 84
A. Les courants psychothérapeutiques 84
1. Psychopathologie de l'expression, art-thérapie et médiations thérapeutiques 84
a) Naissance de la psychopathologie de l'expression 84
b) L'Art Brut 85
c) Art-thérapie 85
2. Apports des psychanalystes 85
a) Les premières traces 85
b) Les gribouillages 87
c) Fermeture du cercle et première figurations 89
d) La figuration 90
e) L'évolution des traces primaires à la figuration symbolique 91
f) Parenté entre dessin et rêve 92
g) Fantasmes et dessin 92
h) Les symboles et le dessin. 93
i) Les identifications dans le dessin. 94
j) Utilisation du dessin en thérapie analytique 94
(1) Les circonstances qui déterminent l'utilisation du dessin 94
(2) La parole autour du dessin 94
(3) L'utilisation de consignes 95
(4) Les fonctions du dessin dans la thérapie analytique 95
(5) L'enfant qui jette son dessin 97
(6) Limites de l'utilisation du dessin dans la psychanalyse 98
k) Le dessin en fonction de la pathologie 98
(1) Chez les enfants psychotiques et autistes 98
(2) L'enfant déprimé 99
(3) L'utilisation du dessin en psychiatrie de liaison 99
l) Participation de l'analyste au dessin - Squiggle 99
m) Fin de l'utilisation du dessin chez l'enfant 100
3. Ecole Françoise Minkowska 100
4. Apport des cognitivistes 101
5. Approche transculturelle 101
a) Symbolique culturelle 101
b) Inconscient culturel 101

c) Influence de la culture sur la production graphique 102
d) Chez les enfants 102
B. Influence de la pathologie sur le dessin 103
1. Dessin et retard mental 103
2. Dessin et troubles neurologiques 104
3. Dessin et troubles sensoriels 104
a) Trouble de la vision 104
b) Surdité 104
4. Dessin et troubles du langage 104
5. Autres maladies organiques 105
a) Le cancer 105
b) Les troubles urinaires 105
c) Enfants obèses 105
6. Dessin et instabilité psychomotrice 105
7. Dessin chez les enfants psychotiques 105
8. Dessin et autisme 106
9. Troubles obsessionnels compulsifs (TOC) 106
10. Dépression et angoisse 106
11. Anorexie mentale 106
12. Traumatismes et état de stress post-traumatique 107
13. Enfant victime 107
14. Trouble de l'attachement 107
15. Troubles des conduites 107
16. Altération du dessin par des facteurs non pathologiques 107
17. Chez les adultes 108
a) Schizophrénie 108
b) Trouble bipolaire 108
c) Dimension sociale 108
d) Troubles de la personnalité chez l'adulte 109
e) Addictions 109
f) Démences 109
g) Iatrogénie 109
C. Valeur psychopathologique des caractéristiques du dessin 110
1. Limites relatives à l'interprétation des dessins 110
2. Valeur projective du dessin 110
3. La valeur narrative du dessin 111
4. Les formes 111
a) Gribouillages 111
b) Style graphique et personnalité 111
c) La forme rapportée 112
5. L'espace 112
a) Les contours, la délimitation de l'espace 112
b) Utilisation de l'espace 112
c) Remplissage et vide 112
d) Disposition des traits dans l'espace 113

e) Espace symbolique 113
6. La représentation de personnages 113
a) Le rond et la figure-têtard 113
b) Les caractéristiques du personnage 114
7. Identifications sexuelles 114
8. Dessin de l'arbre 115
9. Les couleurs 115
10. Caractéristiques du trait 116
11. L'absence de trace 116
D. Tests et épreuves utilisant le dessin 117
1. Tests évaluant la grapho-motricité 117
2. Latéralité manuelle 117
3. Evaluation de l'intelligence 117
a) Echelles incluant le dessin 118
b) Tests de dessin figuratif 118
c) Tests de dessin géométrique 119
d) Epreuves mixtes d'intelligence de personnalité - la feuille d'examen de Prudhommeau (16) 119
4. Tests de personnalité 120
VIII. ETUDE SUR L'UTILISATION DU DESSIN DANS LES CONSULTATIONS DE PEDOPSYCHIATRIE 124
A. Objectif de l'étude 124
B. Matériel et méthode 124
1. Population de l'étude 124
2. Le questionnaire 124
a) Conception 124
b) Description 124
c) Passation 124
3. Analyse statistique 125
C. Résultats 125
1. Analyse descriptive 125
a) Population 125
(1) Age et sexe 125
(2) Date d'obtention de la thèse et date du début d'exercice en pédopsychiatrie ... 126
(3) Type d'exercice 126
(4) Formation 127
b) Dispositif autour du dessin 128
(1) Matériel de dessin 128
(2) Autre type de matériel créatif 129
c) Utilisation du dispositif de dessin 130
(1) Proposition de dessiner 130
(2) Utilisation de tests 131
(3) Utilisation du dessin dans les consultations 131

(4) Dessin interactif 131
(5) Utilisation de consignes 131
(6) Commentaires 132
(7) Dessin gardé 132
2. Analyse bivariée 132
a) En fonction de l'âge du pédopsychiatre 133
(1) Type d'exercice 133
(2) Formation 134
(3) Documentation sur le dessin 134
(4) Matériel de dessin 135
(5) Proposition de dessiner 135
(6) Utilisation du dessin dans les consultations 136
(7) Dessin interactif 137
(8) Utilisation de consignes 137
(9) Commentaires sur le dessin 137
(10) Dessin gardé 138
b) En fonction du type d'exercice 138
(1) Âge des pédopsychiatres 138
(2) Formation 138
(3) Matériel de dessin 139
(4) Proposition de dessiner 140
(5) Utilisation du dessin dans les consultations 141
(6) Dessin interactif 142
(7) Utilisation de consignes 142
(8) Commentaires 142
(9) Dessin gardé 143
c) En fonction de l'âge des enfants vus en consultation 143
(1) Matériel de dessin 143
(2) Autres types de matériel créatif 145
(3) Proposition de dessiner 146
(4) Utilisation du dessin dans les consultations 148
(5) Dessin interactif 148
(6) Utilisation de consignes 148
(7) Commentaires 149
(8) Dessin gardé 149
IX. DISCUSSION 150
A. Population de l'étude 150
1. Age et sexe 150
2. Type d'exercice 151
3. Formation 151

B. Dispositif 152
1. Matériel de dessin 152
a) Type de matériel 152
b) Accès au matériel de dessin 153
2. Autres types de matériel créatif 154
C. Utilisation du dispositif 155
1. Proposition de dessiner 155
a) Fréquence de la proposition de dessiner 155
b) Critères influençant la proposition de dessiner 155
(1) L'âge 155
(2) Symptomatologie, pathologie 156
(3) Autres critères 156
2. Utilisation de tests 157
3. Utilisation du dessin dans les consultations 157
a) Outil d'évaluation du développement 157
b) Outil diagnostique 157
c) Outil d'évaluation de l'évolution 158
d) Outil thérapeutique 158
e) Autre 158
4. Dessin interactif 159
5. Utilisation de consignes 160
6. Commentaires sur les dessins 160
7. Dessin gardé 161
8. Enfants qui ne dessinent pas 162
9. Autres commentaires 163
D. Intérêts et limites de l'étude 163
1. Le type d'étude et le mode de passation 163
2. La population de l'étude 164
3. Le questionnaire 164
X. CONCLUSION 165
XI. ANNEXES 167
TABLE DES ILLUSTRATIONS 176
XII. BIBLIOGRAPHIE 178

TABLE DES ABREVIATIONS

CATTP	Centre d'Accueil Thérapeutique à temps partiel
CDEF	Centre Départemental de l'Enfance et la Famille
CES	Certificat d'Etudes Spécialisées
CESDA	Centre d'Education Spécialisée pour Déficients Auditifs
CE2	Cours Elémentaire 2ème année
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CMP	Centre Médico-Psychologique
CMPP	Centre Médico-Psycho-Pédagogique
CM1	Cours Moyen 1ère année
CNOM	Conseil National de l'Ordre des médecins
CRE	Centre de rééducation de l'enfant
DES	Diplôme d'Etudes Spécialisées
DESC	Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaire
DU	Diplôme Universitaire
IME	Institut Médico-Educatif
ITEP	Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique
L-DOPA	L-3,4-dihydroxyphénylalanine
QI	Quotient Intellectuel
TCC	Thérapie Cognitivo-Comportementale
TED	Trouble Envahissant du Développement
TOC	Troubles Obsessionnel Compulsif
USB	Universal Serial Bus
UV	Unité de Valeur
2D	Deux dimensions
3D	Trois dimensions

I. INTRODUCTION

L'examen clinique psychiatrique a pour particularité de ne comporter habituellement ni palpation, ni auscultation, en dehors de la recherche d'un diagnostic différentiel. Il mène sa consultation sous la forme d'un entretien où la parole et l'observation ont une place primordiale. Chez l'adulte, mais également chez l'adolescent, on peut ainsi recueillir par les antécédents, les éléments de biographie, d'anamnèse, les symptômes ; plus tard dans le suivi, on pourra évaluer l'évolution, l'efficacité thérapeutique.

Chez les enfants, le langage est rarement le mode d'expression le plus contributif à l'évaluation. Le pédopsychiatre doit utiliser d'autres outils afin de recueillir les symptômes, d'évaluer l'état mental de ses patients : l'interrogatoire des parents est contributif, mais jeux et média créatifs permettent d'obtenir des éléments directement auprès des enfants.

Le dessin paraît particulièrement intéressant dans la clinique en pédopsychiatrie, en effet, comme le remarque René Baldy (1) : « Dans notre culture, le dessin fait partie des conduites caractéristiques de l'enfance. ». Royer (2) ajoute que la trace graphique intentionnelle serait le propre de l'être humain bien que la créativité ne lui soit pas spécifique. Les animaux, principalement dans les comportements amoureux, en font preuve.

Royer (2) précise que l'apparition du dessin chez l'homme préhistorique serait une des conséquences du redressement vers la station bipède. C'est la station bipède qui a permis la libération de la main, l'opposition du pouce et l'augmentation de ses possibilités motrices. Selon les anthropologues, la vue des ombres, des empreintes de pieds dans le sol serait à l'origine de l'idée de dessiner chez nos ancêtres. Parallèlement s'est développée leur capacité de lecture des traces laissées par les autres. Le but des traces laissées par les hommes préhistoriques (art pariétal retrouvé dans les grottes préhistoriques comme celle de Lascaux ou de Cosquer en France, ainsi que les gravures rupestres, comme celles retrouvées à Vila Nova de Foz Coa, au Portugal) fait l'objet de plusieurs hypothèses : signatures involontaires, message intentionnel, fonction magique liée aux croyances animistes ?

Les religions polythéistes, comme l'Hindouisme, le Bouddhisme, offrent une imagerie riche de leurs divinités. Le Judaïsme, en s'opposant au culte des idoles, rejette la représentation de l'image de Dieu et de celle de l'homme. L'Islam n'autorise que la représentation calligraphique de Dieu. La représentation du Christ n'est autorisée par le Christianisme que lors du deuxième concile de Nicée, en 787, en raison de sa double appartenance divine et humaine (2). L'ornementation des synagogues et des mosquées est riche en motifs géométriques. L'étude des textes religieux est importante pour ces deux religions. Chez les hébreux, l'interdit concerne également la « représentation » orale de Dieu, dont on ne doit pas prononcer le nom. Dans certaines formes de protestantismes la représentation figurée divine est également absente. Le phénomène des icones chez les chrétiens orthodoxes est considéré comme de l'idolâtrie par l'église de Rome. Chez les catholiques, l'imagerie religieuse riche des églises contrastait avec l'inaccessibilité pour la plupart des croyants à la compréhension des messes en latin. Ces images étaient l'illustration du texte sacré, elles en permettaient la compréhension pour les fidèles qui n'avaient pas accès à la lecture. L'image est alors utilisée en raison du sens qu'elle transporte, comme un langage, un moyen de communication.

Bien que la trace graphique soit intimement liée à l'évolution et à l'histoire de l'être humain, l'intérêt pour le dessin des enfants est récent. Les parents demandent fréquemment une interprétation des dessins de leurs enfants. Cette demande peut également émaner des professionnels de l'enfance lorsqu'un dessin qui les intrigue est produit, sans que l'enfant ne puisse donner d'explication sur ce qui interpelle l'adulte.

« Ainsi, du désir de communiquer avec l'enfant, c'est-à-dire de voir avec des yeux simples l'image qu'il nous livre, ils glissent insensiblement au désir de le percer à jour au-delà même de ce qu'il peut exprimer de lui. A travers l'interprétation du dessin, l'adulte souhaite retrouver une partie de son pouvoir perdu et échapper à la nécessité d'un véritable dialogue » « Ce dialogue avec l'enfant, dont nous espérions être dispensés par l'interprétation du dessin, nous le retrouvons comme condition nécessaire à cette interprétation même » (3).

Bien que de nombreux auteurs se soient intéressés au sujet, le dessin ne fait pas l'objet de connaissances théoriques communément intégrées à la formation des pédopsychiatres en France. A Toulouse, la question du dessin et des médiations thérapeutiques est abordée dans la formation par l'intermédiaire de séminaires intégrés à l'enseignement du DESC de pédopsychiatrie.

Afin de comprendre comment les pédopsychiatres apprennent à utiliser le dessin dans leurs consultations et de quelle manière ils mettent en pratique cette médiation, nous avons élaboré un questionnaire qui a été soumis aux pédopsychiatres de Haute-Garonne.

Après avoir illustré notre propos par deux cas cliniques, nous nous intéresserons aux aspects historiques et à la place du dessin au sein des autres médiations. L'évolution du dessin chez l'enfant, la notion de perception et les aspects moteurs du dessin seront ensuite abordés. Un point sera fait sur les liens entre dessin, écriture et langage chez l'enfant et sur la notion de créativité. Puis nous verrons comment le dessin est utilisé en pratique clinique. L'étude et ses résultats seront présentés. Enfin nous tenterons de proposer des pistes concernant la formation des pédopsychiatres à l'utilisation du dessin dans la consultation.

II. CAS CLINIQUES

A travers deux cas cliniques, nous allons voir quelle place peut avoir le dessin dans la consultation en pédopsychiatrie. Ils relatent des consultations réalisées dans un centre médico-psychologique (CMP). Au milieu de la pièce de consultation se trouve une petite table autour de laquelle plusieurs chaises sont disposées. Sur cette petite table sont disposés une boite avec des feutres, des crayons de couleurs et des crayons gris. Des feuilles de papier blanc au format A4 sont disponibles sur le bureau du pédopsychiatre. Dans un coin de la pièce, des jeux sont à portée de main de l'enfant : château fort, chevaliers, hélicoptère … Les enfants peuvent s'assoir sur une des grandes chaises ou choisir une petite chaise placée à côté des jeux. Jeux et matériel de dessin sont à portée de main pour lui.

A. Luc et Luce

L'été 2011, quand nous (le pédopsychiatre et l'interne travaillant sur le CMP) rencontrons Luc et Luce au CMP, ils ont 8 et 6 ans et sont accompagnés de leur père. Il les a déjà amenés consulter plusieurs pédopsychiatres suite à la séparation conflictuelle du couple parental.

La mère des enfants a eu deux filles d'un précédent mariage. Celles-ci vivent ne vivent pas à Toulouse. Son enfance est décrite comme difficile. Le père décrit une enfance idyllique, mais a été très affecté par le divorce de ses parents alors qu'il était jeune adulte.

Le couple vivait dans le Nord de la France et s'est installé en région toulousaine pour des raisons professionnelles. Madame a tenté une reconversion professionnelle qui a échoué. Le couple faisait chambre à part depuis déjà plusieurs mois quand il s'est séparé au printemps 2011. Depuis la séparation du couple, les enfants vivent avec leur père qui s'occupait déjà beaucoup d'eux, en assurant notamment tous les accompagnements en voiture pour les activités de loisir. La mère de Luc et Luce s'est dans un premier temps installée en région toulousaine puis est retournée vivre chez ses parents à 300 km. Elle reçoit les enfants un week-end sur deux et la moitié des vacances scolaires.

Au moment de la consultation, Luc est pris dans la séparation conflictuelle des parents et Luce manifeste des réactions de tristesse lorsqu'elle quitte un des deux parents. La communication entre les parents est très difficile, leur relation est très conflictuelle. Ils sont en attente d'une décision du juge concernant la garde des enfants. Concernant cette consultation, le père des enfants a une demande à la fois d'une action préventive et réparatrice auprès d'eux. La mère sera par la suite contactée par téléphone, puis rencontrée sur le CMP.

Chacun des enfants est rencontré individuellement lors de cette première consultation. Quand Luce se retrouve seule avec nous, elle se met spontanément à dessiner. Sur la même feuille, elle dessine un personnage féminin et un personnage masculin. Elle nous dit : « c'est une maman et un papa. » Puis elle découpe la feuille. Par ce découpage elle va séparer les parents, puis en découpe minutieusement les contours. Enfin, elle rapproche les personnages qui se touchent alors par les mains. Luce refuse que nous gardions ses dessins dans son dossier. Elle souhaite les amener chez elle pour les coller côte à côte sur une feuille qu'elle veut placer sur le mur de sa chambre. Lors de la consultation suivante, son père nous ramène les personnages dessinés par sa fille. Il en a gardé des photocopies pour Luce.

Figure 1 Papa et maman. Luce, 6 ans.

Luc est reçu dans un second temps. Il réalise sur une première feuille une île entre le soleil et la lune. Sur l'île il représente un bâtiment symétrique.

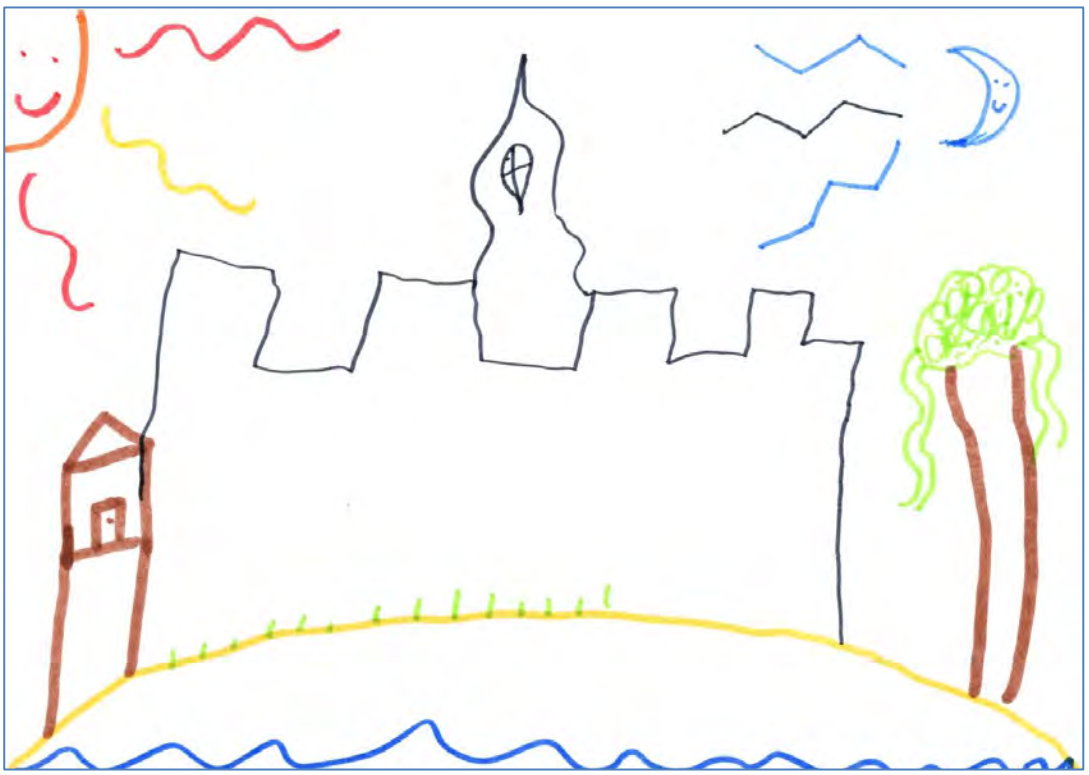

Figure 2 Luc, 8 ans.

Il change alors d'idée et demande une autre feuille sur laquelle il dessine deux petites îles réunies par un pont. Sur la première, il représente un volcan et un petit fantôme. Sur la seconde, il dessine une montagne froide avec sa porte d'entrée et un également un fantôme. Il nous dit « le garçon, il est tellement léger qu'il marche sur un nuage et la fille, elle flotte dans la chaleur. » Il dessine également 3 nuages.

Figure 3 Les deux îles reliées par un pont. Luc, 8 ans.

Suite à cette première rencontre, une prise en charge psychothérapeutique de type consultation thérapeutique est proposée. Lors des séances suivantes, les productions graphiques de Luc seront toutes avec la même structure dichotomique et symétrique. Luce continuera à réaliser des personnages qu'elle découpe dans un second temps.

Figure 4 Les parents et 2 bébés. Luce, 6 ans.

A. Lucas

La première rencontre avec Lucas et ses parents se passe au début de l'année 2011. Ces derniers ont pris rendez-vous au CMP car ils s'inquiètent pour leur fils qui est parfois angoissé. Pendant ces

moments d'angoisse, il est en pleurs et très difficile à calmer.

Les parents de Lucas et Lucien sont mariés, ils travaillent tous les 2. Le père vient de monter une entreprise. Les débuts de cette nouvelle activité professionnelle ont été difficiles mais la situation se stabilise. La mère a dans ses antécédents une dépression suite à la naissance de Lucas. Il y a 1 an, elle a été traitée chirurgicalement d'une obésité par la pause d'un anneau gastrique et a déjà perdu 20 kg. Lucas a un grand frère de 15 ans, scolarisé au collège : Lucien. Quand Lucien avait l'âge de Lucas, il présentait des troubles du comportement à type d'hyperactivité. Il a alors bénéficié d'un suivi par le CMP.

Lucas, 9 ans, est en CM1. Il est plutôt bon élève, mais ses parents le décrivent comme « lunatique ». Il a tendance à « s'évader ». Il a des difficultés à se faire des amis. Il dit qu'il a un copain ou deux. Il n'aime pas jouer au football, alors que la majorité des petits garçons de son école y jouent pendant les récréations. Il aime lire les bandes dessinées et passer du temps devant les écrans : regarder la télévision, faire des recherches sur l'ordinateur de la maison, jouer aux jeux vidéos.

Quand Lucas est angoissé, il est très difficile de le rassurer. Les questions qui l'inquiètent sont existentielles : la fin du système solaire, de l'univers, ce qu'il se passe après la mort. Les conséquences des catastrophes naturelles comme le réchauffement climatique sont également des préoccupations importantes pour lui. Il a plus peur de ce qu'il imagine que de la réalité. Cette angoisse est à l'origine d'une inhibition psychique et physique majeure. Un rituel est nécessaire pour l'endormissement : il a besoin que tous ses jouets soient dans son lit.

Un diagnostic de dépression névrotique avec angoisses archaïques est posé. Un traitement est proposé sous forme de psychothérapie individuelle associé à une guidance parentale. Lucas et ses parents acceptent ce traitement.

Cette psychothérapie débute quelques mois plus tard. Lucas présente de nombreuses préoccupations, ses angoisses sont majeures. Il a peur du changement, peur de grandir, mais surtout il a peur de ce qu'il y a après la mort. Il nous dit : « le soir, quand j'ai une angoisse, je pense à l'explosion du soleil ». Lors des consultations, il est très inhibé, les regards sont rares, il parle peu et ne sourit pas. Il évite l'échange et amène l'interlocuteur à lui poser des questions qui le paralysent.

Au fur et à mesure des consultations, on observe que Lucas est de moins en moins angoissé, il commence à sourire. Il se saisit de ce qui est dit lors des consultations, et l'évocation de la possibilité de se réincarner le rassure. Pendant l'été, Lucas est plus détendu. Nous le recevons dans un bureau différent de celui que nous utilisons habituellement et pour la première fois, il se saisit d'un jeu pendant la consultation. Il construit un véhicule en Légo®. Celui-ci peut rouler de tous les côtés. On note que les couleurs utilisés pour la construction sont celles de ses vêtements.

Nous le revoyons à la fin de l'été et il nous raconte que ses vacances se sont bien passées, il n'a pas parlé d'angoisses de fin du monde.

A la rentrée scolaire, on constate qu'il parle plus spontanément. Il réalise son premier dessin au cours de cette psychothérapie, à la demande du pédopsychiatre. C'est un personnage. Il a le souci du détail. A la fin du dessin, il découpe la partie de la feuille où il a essayé les feutres.

Figure 5 Premier dessin en psychothérapie. Lucas, 9 ans.

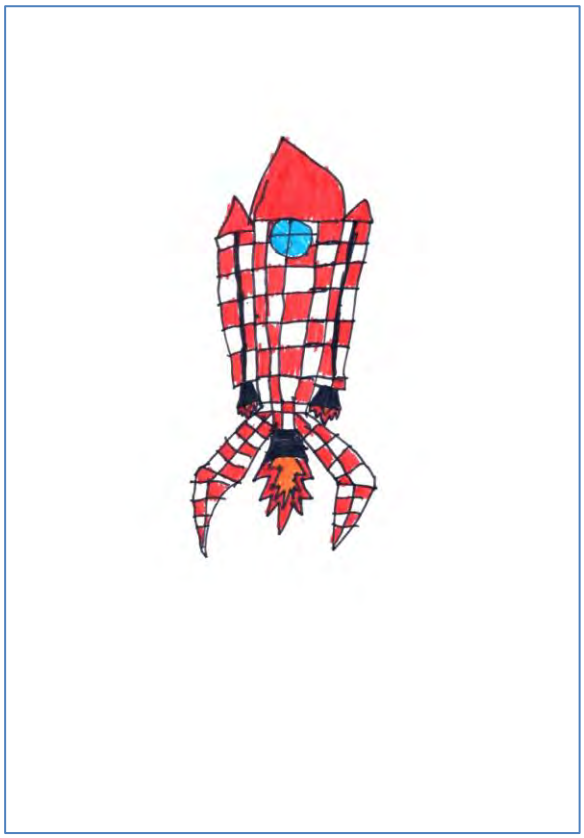

Figure 6 La fusée de Tintin. Lucas, 9 ans.

Lors de la séance suivante, il réalise spontanément le dessin de la fusée de Tintin.

En octobre, le discours est plus spontané. Lucas s'anime lorsqu'il parle de Kid Paddle, héros de bande-dessinée, fan de jeux vidéo comme lui. Il évoque également un site internet sur lequel il peut créer des bandes-dessinées. Par ce procédé, il a inventé une histoire dans laquelle un personnage embête un autre et lui fait ranger sa chambre.

La psychothérapie se poursuit et s'accompagne d'une amélioration clinique. Lucas ne produit pas d'autres dessins par la suite pendant les séances.

III. DESSIN ET PEDOPSYCHIATRIE

A. Aspects historiques de l'intérêt pour le dessin

1. Intérêt pour l'expression artistique des malades psychiatriques

Chemama-Steiner (4) nous rappelle que les pratiques médicales de l'antiquité utilisaient « l'effet thérapeutique de la fantaisie ». Il était connu que « les expressions artistique favorisaient l'abréaction émotionnelle » et que les jeux de l'imagination permettaient la catharsis apaisant les tensions internes par son effet de décharge fantasmatique. Ce savoir a été perdu par notre civilisation en particulier au Moyen Âge, mais s'est perpétué dans le monde arabe.

Au XVIIIème siècle, suite à l'action de Pinel qui libère les aliénés de leurs chaînes, on redécouvre leurs productions artistiques. Pinel observe également que la reprise d'une activité artistique pour un patient s'accompagne d'une amélioration.

L'intérêt des psychiatres d'adultes pour l'expression artistique de leurs patients ne cesse par la suite de s'accroître et donne naissance à la psychopathologie d'expression puis à l'art-thérapie.

2. Début de l'intérêt pour les dessins d'enfants

L'intérêt pour les productions plastiques des enfants est récent, comme semble en témoigner la quasi-absence de documents antérieurs au 20ème siècle sur le sujet. Widlöcher (3) fait l'hypothèse qu'il n'en existait pas en raison du coût des pigments et des supports. Il mentionne tout de même une première étude sur le dessin d'enfant, réalisée en 1876 par Adolf Siret sur la production de Frédéric van de Kerkhove. Cet enfant décédé à l'âge de 11 ans a en effet peint des paysages entre 8 et 10 ans.

P. Wallon (5) évoque le tableau *Fanciullo con Pupazett*o (*Le Garçon et le petit bonhomme*), du peintre Giovanni Francesco Caroto (1480 – 1555). Il représente un petit garçon montrant le dessin d'un bonhomme réalisé dans un style similaire aux dessins d'enfants actuels.

Goodenough (6) rapporte qu'en 1887, la collection de dessins d'enfants italiens de Corrado Ricci aurait été la première à être publiée.

Widlöcher (3) ajoute que plusieurs courants se sont intéressés au dessin enfantin. Il a été étudié dans le cadre de l'évolutionnisme, de la psychologie de la perception, de l'étude de la motricité et de la psychanalyse. L'évolutionnisme a été à l'origine de recherches qui se basaient sur les hypothèses de Spencer, selon lesquelles le développement de l'individu et le développement de l'espèce obéiraient à des lois analogues. De cette théorie a découlé la comparaison entre dessins d'enfants et dessin de primitifs. Cependant cette théorie s'appuie sur une conception erronée de la notion de primitivisme et c'est probablement le souci narratif, fonction spécifique du dessin chez l'enfant, qui a amené la comparaison avec certaines formes « primitives » de l'art. Les fonctions motrices et leur coordination avec les données visuelles et kinesthésiques ont été étudiées dans le cadre de la psychologie de la perception. En France, il faut noter en particulier le travail d'Henri Wallon.

En 1913, Georges-Henry Luquet (7), agrégé de Philosophie, publie « *Les Dessins d'un Enfant* » à partir des observations qu'il a faites sur la production graphique de sa fille. En 1927, dans « *Le dessin enfantin* » il tente de décrire l'évolution du dessin chez l'enfant et ses mécanismes. Bien que certaines des notions qu'il introduit soient critiquées par les auteurs plus récents, son travail est fondateur dans ce domaine.

Françoise Minkowska (8) a d'abord travaillé sur Van Gogh en abordant la forme des expressions morbide dans la vie et l'œuvre du peintre, dans le but de développer une psychopathologie structurale. En 1949, elle organise une exposition de dessins d'enfants au Musée Pédagogique, accompagnée d'un guide catalogue : « *De Van Gogh et Seurat aux dessins d'enfants* ». Elle y oppose les styles des deux peintres et élargit cette opposition au dessin d'enfant (3).

Greig (9) évoque Arno Stern. En 1946, il fait peindre des enfants orphelins de guerre, puis crée plusieurs ateliers d' « éducation créatrice par la peinture ». Sa démarche n'est pas thérapeutique. La vocation de ces ateliers est de permettre aux enfants l'expression d'eux-mêmes mais n'a pour but, ni la production artistique, ni la communication. Il considère que l'expression n'est pas destinée aux autres, mais seulement à soi-même et les dessins ne sont ni exposés ni commentés. L'atelier qu'il appelle le « Clos lieu » permet « l'enfermement libérateur » où l'enfant ne subit ni sollicitation, ni incitation. Les peintures restent à l'atelier pour ne pas être soumises aux critiques ou aux jugements, afin d'être préservées de toute quête esthétique. La feuille blanche est un espace qui devient un prolongement de son « moi ». Il la nomme « le journal intime de son psychisme ». Chemama-Steiner (4) ajoute que l'organisation de l'atelier proposée par Arno Stern a été reprise dans de nombreux ateliers d'art-thérapie hospitaliers.

3. Le dessin dans les travaux des psychanalystes

Sigmund Freud rapporte un exemple de dessin dans le cas du « petit Hans ». C'est surtout dans le domaine de l'art qu'il s'intéresse à l'expression plastique, en particulier dans ses travaux sur le Moïse de Michel-Ange et sur l'œuvre peinte de Léonard de Vinci. Widlöcher (3) rapporte qu'il y a expliqué des particularités formelles par des motivations affectives inconscientes. Dans le cas de « l'homme aux loups », un patient accompagne le récit d'un de ses rêves d'un dessin que Freud retranscrit dans son observation (10).

En 1926, Sophie Morgenstern (11), qui travaille dans le service du Dr Heuyer, débute le traitement par psychanalyse d'un enfant de 9 ans présentant un mutisme. Chez cet enfant, le dessin est l'unique moyen d'expression et S. Morgenstern décide de s'en servir pour le traitement. Widlöcher (3) précise qu'elle a travaillé autour de la symbolique des objets phalliques, des angoisses de castration, des préoccupations orales ou anales et a proposé une interprétation générale, valable pour tout matériel symbolique. En France, les recherches de S. Morgenstern ont stimulé l'intérêt des psychanalystes pour le dessin.

En 1961, Mélanie Klein (12) publie « *Psychanalyse d'un enfant* » où elle décrit la cure analytique d'un enfant pendant la guerre, au cours de laquelle de nombreux dessins ont été produits.

D.W. Winnicott (13), publie en 1971 « *Jeu et réalité* » et « *La consultation thérapeutique et l'enfant* » dans lesquels il évoque le Squiggle, un « jeu qui ne comporte aucune règle ».

En France, Françoise Dolto (14) a contribué à la théorie du symbolisme du dessin. Elle a tenté de trouver une correspondance entre les particularités formelles du dessin et les éléments cliniques, en comparant les éléments signifiants dans les dessins d'enfants différents. Pour elle, le dessin a une valeur projective, l'enfant y projetterait une image totale de lui-même. L'image du corps s'exprimerait dans toutes les représentations du dessin : auto-portraits, dessins de personnages, végétaux, animaux, dessins non figuratifs … (3).

B. Médiations utilisées en pédopsychiatrie

Selon Marcelli (15), la fonction de soignant auprès des enfants nécessite la connaissance des modes de communication habituels entre les enfants et les adultes. C'est le contact répété avec des enfants qui permet d'établir cette connaissance. Le choix et l'utilisation d'un mode de communication dépend du niveau de développement de l'enfant, de sa psychopathologie, mais aussi du clinicien et de son aisance à manier chaque technique.

- **Le jeu** : Marcelli (15) nous rappelle que le jeu permet à l'enfant de mettre en scène des fantasmes, de maîtriser son angoisse et de s'identifier aux personnes de son entourage. Il permet au clinicien d'évaluer la qualité de la motricité, de l'image dynamique du corps (maladresse gestuelle, instabilité, dystonies). De nombreux types de matériels existent : petites voitures, trains, poupées et personnages, dînette …
- **Le dialogue imaginaire** : Selon Marcelli (15) il peut être sous la forme d'un jeu avec des marionnettes, d'une histoire inventée (par exemple : inventer un rêve bon ou mauvais), d'un jeu de rôle. Le jeu de rôle est souvent proposé par l'enfant.
- **Le dessin** : Pour Marcelli (15), cette technique est particulièrement utilisée en France. Nous la détaillerons tout au long de ce travail de thèse.
- **Le dialogue traditionnel en face à face**

Marcelli (15) propose un tableau récapitulant la chronologie des principaux modes de communication avec l'enfant.

Tableau 1. Chronologie des principaux modes de communication avec l'enfant, en situation d'investigation

Mode de communication	Jusqu'à 3 ans	3 à 7 ans	7 à 11 ans	11 à 13 ans	Plus de 13
Jeux	+++	++	+	-	-
Dialogues imaginaires	++	+++	+	-	-
Dessins	+	++	+++	-	-
Dialogues type adulte	-	-	+	++	+++

C. Utilisations possibles du dessin en pédopsychiatrie

Pour Philippe Wallon (5), l'utilisation du dessin peut être très différente en fonction du praticien, de sa formation, de ses habitudes. Elle lui semble peu standardisable.

1. Utilisation lors d'une évaluation

La première consultation est un temps d'évaluation. Le dessin peut être utilisé dès cette première rencontre. Il peut être proposé par le pédopsychiatre ou à l'initiative de l'enfant. Le thème peut être imposé ou libre. Utilisé sans grille d'évaluation, il peut déjà apporter des indications sur le développement de l'enfant, un éclairage sur le monde intérieur de l'enfant, mais aussi donner des éléments diagnostiques. Il est indissociable d'un entretien avec l'enfant et les parents.

Des tests et épreuves peuvent être proposés, principalement lors d'éventuelles évaluations psychologiques et psychomotrices complétant l'évaluation du pédopsychiatre.

Dans le cadre d'une évaluation, Prudhommeau (16) recommande l'utilisation d'un crayon de 8 à 10 cm. Greig (9) recommande de proposer aux enfants une dizaine de couleurs.

2. Utilisation thérapeutique

a) Prise en charge individuelle

Pour Widlöcher (3), le dessin peut avoir une fonction thérapeutique, par son expression ou par les interprétations données par le thérapeute. Dans le cadre psychothérapeutique, c'est la relation entre l'enfant et le psychothérapeute qui semble déterminante. Dans les séances, le dessin peut être l'activité principale et constituer le mode de communication qui va apporter le matériel formel. Il peut intervenir dans la psychothérapie comme un mode d'expression non exclusif. Philippe Wallon (5) ajoute qu'il peut également être utilisé conjointement avec d'autres modes de communication (jeu, langage …).

Lors d'une psychothérapie, Philippe Wallon (5) propose tout d'abord un dessin avec thème imposé puis, dans un second temps il laisse dessiner librement l'enfant. Il insiste sur la sensibilité de l'enfant à l'environnement, dont la créativité pourra être gênée ou au contraire stimulée par l'attention qui lui est portée. La production de l'enfant dans ce cadre peut être très différente des dessins réalisés à la maison.

Vinay (17) rapporte que selon des observations en milieu hospitalier, le dessin du bonhomme pourrait être utilisé afin de renforcer les capacités défensives des enfants. Chez les enfants avec retard mental, le dessin peut être utilisé à visée thérapeutique ou d'accompagnement psychologique, en particulier dans le cadre de l'apprentissage de la maîtrise graphomotrice. Chez les enfants présentant des lésions cérébrales, le dessin est une activité permettant un effort réadaptatif du contrôle moteur et une valorisation. Le travail sur le dessin de personnage humain offre la possibilité de reconstruction mentale de l'image corporelle.

Jerret (18) l'a utilisé dans l'expression du vécu douloureux chez des enfants de 5 à 9 ans.

Angström (19) ajoute que tout comme les commentaires de l'enfant sont importants à recueillir lorsqu'il produit un dessin, l'expression orale peut être soutenue par le dessin, ce qui peut être utile dans l'appréhension du vécu des enfants de leur maladie chronique.

b) Prise en charge groupale

Le dessin peut être utilisé comme médiation d'un groupe thérapeutique. Il peut s'agir d'un atelier où le dessin est libre, sur le modèle des ateliers d'art-thérapie. Le plus souvent, une consigne est donnée en début d'atelier. Chaque enfant peut travailler sur son propre dessin, à partir de la même consigne. Il est aussi possible de proposer la réalisation d'un dessin commun à plusieurs enfants.

Nous donnons comme exemple deux groupes thérapeutiques qui ont eut lieu au sein d'un CMP. Ces deux ateliers étaient animés conjointement par un éducateur et une orthophoniste et utilisaient le dessin sous la forme de bande-dessinée. Les feuilles de papier proposées étaient pré-imprimées avec des cases, sur le modèle des vignettes des bandes-dessinées :

- Dans le premier cas, il s'agissait d'un atelier où chaque enfant se créait un personnage. Tous les personnages étaient mis en commun sur la feuille et mis en scène par les enfants de façon psychodramatique, chaque enfant dessinant son propre personnage. Ce personnage était gardé tout au long de l'année scolaire pendant laquelle s'est déroulé l'atelier. Cela supposait que le personnage puisse évoluer. Au sein de ce groupe, s'est jouée la question de la rencontre avec les autres personnages. La mise en scène s'est faite avec l'idée qu'à la fin, il était nécessaire qu'il y ait une unité de groupe. Le travail, qui s'est déroulé sur une année, a été relativement peu guidé par les intervenants qui avaient plus un rôle d'étayage. Chaque séance débutait par un temps de rappel de

l'histoire déjà créée. A la fin, chacun reprenait son personnage et lisait ce qu'il avait écrit dans les bulles. Ce groupe a été principalement proposé à des garçons présentant des troubles du comportement, à type de comportements violents à l'école, des problèmes d'intégration des règles.

- Un autre type d'atelier a été proposé utilisant les mêmes pages pré-imprimées. Chaque enfant choisissait en début d'atelier une feuille comportant un nombre de cases plus ou moins important. A chaque séance les intervenants proposaient un thème (un rêve, une émotion, la colère …). Ce travail a été proposé à des enfants très inhibés, en difficulté dans la verbalisation, afin de leur permettre de symboliser quelque chose au travers du dessin. Les enfants ne disposaient de gomme pendant cet atelier. En effet, ces enfants étaient plutôt en difficulté du côté du langage écrit, aussi, la réalisation de « bulles » avec du texte permettait d'introduire la notion que l'erreur n'est pas grave.

Figure 7 Atelier bande-dessinée ; consigne : « dessiner un rêve ». M. 10 ans, fille.

IV. LE DESSIN D'ENFANT, SON EVOLUTION, ASPECTS PERCEPTIF ET MOTEUR

Pour pouvoir appréhender le dessin dans les consultations de pédopsychiatrie, il est important de connaître de quelle manière il se met en place, comment il évolue, mais en premier lieu, il faut définir les conditions nécessaires à son apparition chez l'enfant.

A. Conditions nécessaires à l'apparition du dessin chez l'enfant

1. Conditions physiologiques

Sur le plan physiologique, le dessin ne peut se mettre en place que si les capacités visuelles et motrices de l'enfant se développent normalement. Toute pathologie entrainant une perte importante de la vision, des capacités motrices ou des fonctions exécutives peut empêcher ou entraver la mise en place du dessin chez l'enfant.

a) Rôle de l'appareil visuel

Royer (2) nous dit que la vision est le sens le plus développé chez l'homme. Son rôle est capital dans l'acte de dessiner. Freeman (20) nous rappelle que le système visuel chez l'animal a pour rôle de lui fournir les informations dont il a besoin pour interagir avec son environnement et non pas de répondre aux demandes de l'expérience perceptive.

Nous allons donc développer, à partir du polycopié du Collège des ophtalmologistes universitaires de France (21) et du travail de J. Royer (2), quelques notions concernant le développement de la vision chez l'enfant, les organes impliqués dans la vision (voies optiques et structures cérébrales), le système oculomoteur permettant la mobilité du regard et enfin, nous aborderons les principales causes de malvoyance.

(1) Développement de la vision chez l'enfant.

Le réflexe photomoteur et une sensibilité visuelle sont présents dès la naissance. Le réflexe de poursuite oculaire apparait entre 2 et 4 semaines, puis le réflexe de fusion et de coordination binoculaire entre 4 et 12 semaines. A 3 mois, les réflexes de convergence et de fixation sur un objet fixe apparaissent, le regard de l'enfant est attiré par une forme structurée sur un fond uniforme. Entre 4 et 5 mois, la coordination œil-tête-main apparait. On peut évaluer l'acuité visuelle à partir de 2 ans, 2 ans et demi (21).

(2) Les voies optiques

Le nerf optique a pour extrémité antérieure la papille située au niveau de la rétine, il traverse l'orbite et pénètre dans le crâne par les trous optiques. Les deux nerfs optiques se réunissent au-dessus de la selle turcique et forment le chiasma où les fibres provenant des hémi-rétines nasales se croisent. Du chiasma partent les bandelettes optiques. Chacune contient les fibres des deux hémi-rétines regardant dans la même direction. Les bandelettes optiques contournent les pédoncules cérébraux et se terminent dans les corps genouillés externes d'où partent les radiations optiques. Elles cheminent au niveau de la face externe du ventricule latéral et gagnent le cortex visuel situé sur la face interne du lobe occipital. Le faisceau supérieur rejoint la lèvre supérieure de la scissure calcarine et le faisceau inférieur, la lèvre inférieure de cette scissure (21).

Le Collège des ophtalmologistes (21) propose un schéma simplifié des voies optiques :

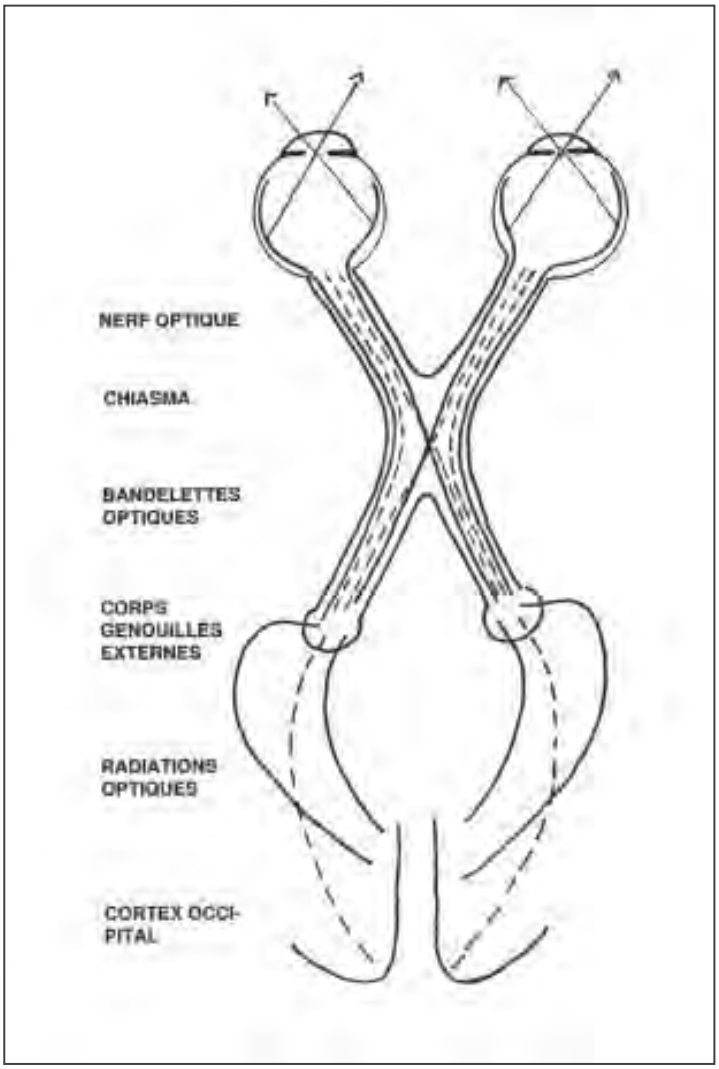

Figure 8 Représentation schématique des voies visuelles. (21)

(3) Structures cérébrales impliquées dans la vision

Selon Royer (2), la perception visuelle est complexe, elle associe perceptions des formes, des couleurs, des distances, des mouvements … Des liaisons existent entre la zone visuelle occipitale et le système limbique (hypothalamus) associé aux émotions. Le climat affectif lié à une perception dépend des perceptions antérieures et les nouveaux apports le modifient. Cette zone serait à l'origine de la « motivation » et donc du désir de dessiner.

(4) Le système oculomoteur

Six muscles striés permettent la mobilité de l'œil et dépendent des nerfs oculomoteurs : le nerf moteur oculaire commun (III) assure l'innervation des muscles droit supérieur, droit médial, droit inférieur, oblique inférieur et du muscle releveur de la paupière supérieure, le réflexe photomoteur et l'accommodation ; le nerf pathétique (IV) innerve le muscle oblique supérieur ; le nerf moteur oculaire externe (VI) innerve le muscle droit externe.

Les centres supra-nucléaires permettent aux globes oculaires d'être synchrones dans leurs mouvements (21).

(5) Causes de malvoyance

Les causes de malvoyance sont nombreuses : les malformations (microphtalmies, anophtalmies, colobome de l'iris, colobome choroïo-rétinien, aniridie), les infections maternelles (à transmission transplacentaire où lors de l'accouchement), le glaucome congénital, les cataractes congénitales, une leucocorie (pouvant être la traduction d'un rétinoblastome), les hémorragies rétiniennes de la maladie des enfants secoués ou battus (21).

b) Rôle du système nerveux

Royer (2) nous rappelle que de nombreuses zones cérébrales sont impliquées dans le dessin. Grâce aux travaux de Broca, on sait que les lobes occipitaux interviennent dans la réception des images et que les lobes pariétaux sont impliqués dans la commande motrice. Luria a étudié les effets des lésions cérébrales sur le langage verbal et le langage graphique. Aujourd'hui, l'imagerie fonctionnelle permet d'étudier le fonctionnement cérébral lors d'activités artistiques chez les sujets sains et lésés.

L'hémisphère droit est particulièrement impliqué dans la création artistique par son rôle dans l'organisation visuo-spatiale des images mentales (formes, volumes, proportions, situations, distances …), l'appréhension globale et intuitive de la réalité et ses liens avec le système limbique. L'hémisphère gauche contient le centre spécialisé du langage. Le lobe frontal permet la synthèse des informations, l'établissement de la stratégie préparatoire à l'action, le maintien de l'image mentale soutenant cette action et l'ordonnancement des séquences nécessaires à sa réalisation. Freeman (20) ajoute que la planification nécessite une prise de décision pour sélectionner les marques bidimensionnelles simples capables de condenser la richesse du monde visuel en trois dimensions. Il précise également que les ganglions de la base et le cérébellum sont les structures cérébrales impliquées dans le contrôle du mouvement.

Royer (2) note cependant que toutes les aires cérébrales ne se développent pas au même rythme. L'enfant a de faibles capacités de contrôle émotionnel en raison de la prédominance du cerveau moyen, limbique. Les émotions ne sont pas encore exprimables par le langage et elles se traduisent sur le plan comportemental, en particulier par le dessin grâce à la maturation de l'hémisphère droit. L'expression graphique s'enrichit grâce au développement plus tardif de l'hémisphère gauche qui permet l'établissement de connections avec le centre du langage.

c) Rôle de l'appareil locomoteur

Comme le rappelle Baldy (1), l'apparition d'un tracé nécessite un tonus musculaire, postural et l'apprentissage de l'utilisation du crayon. Le développement du dessin chez l'enfant dépend donc du développement psychomoteur et de la préhension.

(1) Le développement moteur

Bellaiche (22) nous rappelle les étapes du développement moteur chez l'enfant :

- Chez le nouveau-né à terme et pendant le premier mois, il existe une hypotonie axiale et une hypertonie en flexion des membres inférieurs et supérieurs. Les mouvements des membres sont spontanés, asymétriques et anarchiques, alternant flexion et extension, ouverture et fermeture des mains. Les réflexes archaïques (de succion, des points cardinaux, de Moro, le grasping, la marche automatique et l'allongement croisé) sont présents et persistent jusqu'à l'âge de 3 à 5 mois.
- A 1 mois, le bébé en décubitus ventral soulève la tête en vacillant. A l'épreuve du tiré-assis, la tête fléchit quand le tronc atteint la ligne verticale.
- A 3 mois, il tient sa tête et peut se retourner quand il est sur le ventre ou sur le dos.
- Vers 6 mois, il tient assis avec soutien.
- Entre 8 et 9 mois, la station assise sans appui est acquise.
- Le bébé peut ramper et marcher à 4 pattes.
- Vers 9 ou 10 mois, il tient debout avec appui et sans appui à 12 mois.
- La marche apparait entre 12 et 18 mois.
- A 2 ans, l'enfant court, monte les escaliers.
- A 3 ans il peut pédaler en tricycle.
- A 4 ans il peut sauter sur un pied.

(2) Le développement de la préhension

Bellaiche (22) a également détaillé le développement de la préhension :

- Entre 2 et 3 mois, le bébé parvient à approcher et suivre un objet qu'on lui présente.
- Entre 3 et 4 mois, apparait une préhension involontaire au contact d'un objet.
- Entre 4 et 5 mois, la préhension est cubito-palmaire, c'est une préhension grossière.
- Entre 6 et 7 mois, le bébé peut porter à la bouche un objet et le passer d'une main à l'autre.
- Vers 8 mois le bébé peut utiliser la pince inférieure entre le pouce et l'auriculaire.
- Entre 9 et 12 mois il accède à l'utilisation de la pince supérieure, entre le pouce et index.
- Vers 1 an, il lâche volontairement les objets et les donne quand on lui demande.

Selon Freeman (20), le processus d'exécution des mouvements pose ensuite le « problème des degrés de liberté », l'enfant doit trouver un moyen de coordonner toutes les classes de mouvements que peut faire la main.

2. Conditions économiques et sociales

Widlöcher (3) note qu'il n'existe pas de dessins d'enfants datant du siècle d'Auguste ou du Moyen Âge. Dans notre civilisation industrielle, l'image prend une place de plus en plus importante

dans la culture. Le dessin d'enfant serait donc « autant un produit de notre civilisation moderne qu'un témoin de l'âme enfantine ».

Il (3) ajoute que les moyens dont dispose l'enfant conditionneraient le style de l'enfant. Nous pouvons donc avancer que l'entourage de l'enfant permet l'accès au dessin par les stimulations qu'il lui apporte. C'est l'adulte qui, pour la première fois, met dans la main de l'enfant un crayon, un feutre, un stylo. Des carences de l'environnement peuvent donc entraver le développement graphomoteur.

Des conditions économiques insuffisantes peuvent être évoquées, mais restent anecdotiques en France. Partout dans le monde, les enfants peuvent s'initier au dessin par d'autres outils : le doigt dans la poussière, le charbon frotté sur un caillou, la craie sur le tableau noir de l'école, etc. L'expérimentation de la trace reste universelle.

B. Les étapes de l'évolution du dessin d'enfant

Widlöcher (3), reprenant les travaux de Luquet (7), distingue trois phases dans le développement du dessin d'enfant : la phase de gribouillage, la phase de réalisme enfantin et la phase de réalisme visuel. Ces phases sont séparées par des mutations : le début de la figuration, le début de l'intention représentative, l'abandon du réalisme enfantin et le déclin du dessin d'enfant.

1. Des premières traces aux gribouillages

a) Les premières traces

Pour Naville (23), les premières traces sont la « préhistoire du dessin ». « Toute surface qui est tangente à la sphère d'extension des organes corporels en mouvement » peut enregistrer le geste spontané de l'enfant.

Widlöcher (3) précise que les surfaces qui, comme le sable ou les sols poussiéreux, permettent une inscription directe du geste sur leur surface sont rares. En général un médiateur est nécessaire. Bien avant le crayon, instrument lié à notre culture, l'enfant manipule avec ses doigts des substances pouvant laisser une trace. Toute matière pâteuse ou liquide à portée de main de l'enfant (matières fécales, eau …) participe à cette activité. Contrairement à la trace sonore, la trace graphique persiste, ce qui est source de jubilation chez l'enfant.

Au deuxième semestre, Naville (23) parle de « jasis graphique » : expression ludique et désordonnée du geste manuel. Sternis (24) ajoute que vers 1 an, la trace est en creux (griffure, empreinte) ou en relief (dépôt de substance du traceur).

Luquet (7) estime qu'au départ, les mouvements des mains seraient simplement l'effet de la dépense spontanée d'une surabondance d'énergie neuro-musculaire. Cette activité s'accompagnant de plaisir, l'enfant la recommence. Quand elle produit une trace (en raison du maniement d'un objet ou de doigts insuffisamment propres), l'enfant les voit et constate qu'il en est l'auteur. Cette œuvre involontaire produite par son activité est elle aussi source d'un plaisir qu'il cherche à renouveler : les tracés d'abord fortuits, deviennent intentionnels. Pour De Meredieu (25), l'enfant ressent alors un plaisir lié à l'effet. Ce plaisir semble être à l'origine du graphisme volontaire. Henri Wallon (26) considère que la trace, enregistrement fortuit de la trajectoire du geste sur une surface, est donc au départ une conséquence du geste. Elle ne devient dessin que si le tracé devient le motif du geste. L'effet devient la cause. Pour Widlöcher (3), le moment où l'enfant reconnait un lien causal entre la trace et son geste constitue le moment originaire du dessin. Il entreprend alors l'apprentissage qui, parallèlement au développement moteur, l'amènera à discipliner son geste.

Pour Widlöcher (3), si l'enfant a tendance à étendre de plus en plus la tache produite avec les substances qu'il manipule, c'est en réaction à l'éducation de la propreté qu'il subit. L'adulte « a tendance à écarter de lui ce qui lui ferait faire des saletés ».

Selon Greig (9), on distingue deux types de gribouillis primitifs : les « empreintes-contact », liées à un geste nonchalant et les « empreintes-pénétration », liées à un geste impulsif.

b) Les gribouillis

De Meredieu (25) note que les gribouillages apparaissent au moment de l'apprentissage de la marche et du sens de l'équilibre.

Greig (9) distingue deux types de mouvements impliqués dans les gribouillis : les arrondissements et les changements brusques de direction. Ces derniers constituent des « points de rebroussement » avec angulations très aiguës. Ces deux modalités de l'infléchissement du tracé se systématisent en schèmes moteurs et graphiques. L'auto-accélération et le besoin de répétition témoignent du plaisir associé au geste.

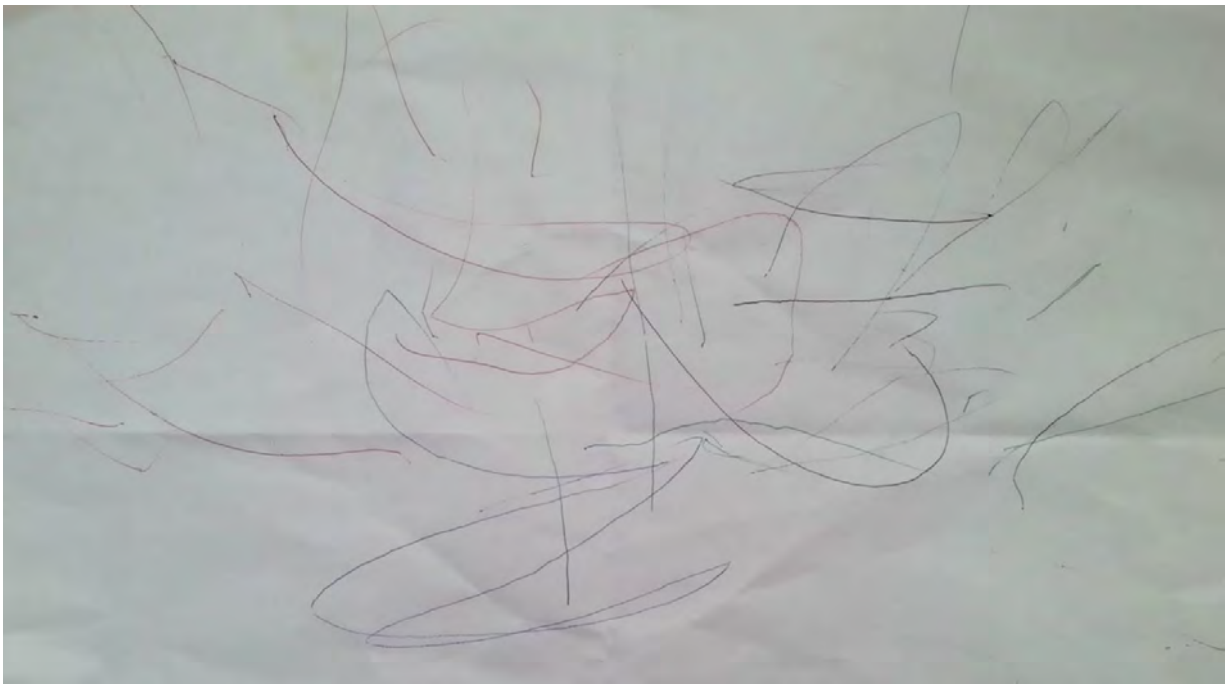

Figure 9. Lubin 10 mois

L'arrondissement est à l'origine des premiers enroulements, les « giroulis ». Sa systématisation aboutit aux gribouillis ronds. Le rebroussement est lui à l'origine du mouvement de balayage et permet l'apparition des premiers petits fuseaux. Ils donnent les gribouillis en va-et-vient. Le pointillage utilise le même mouvement et apparaît comme le plus agressif des gribouillis en va-et-vient. Les formes intermédiaires sont les gribouillis mixtes

.

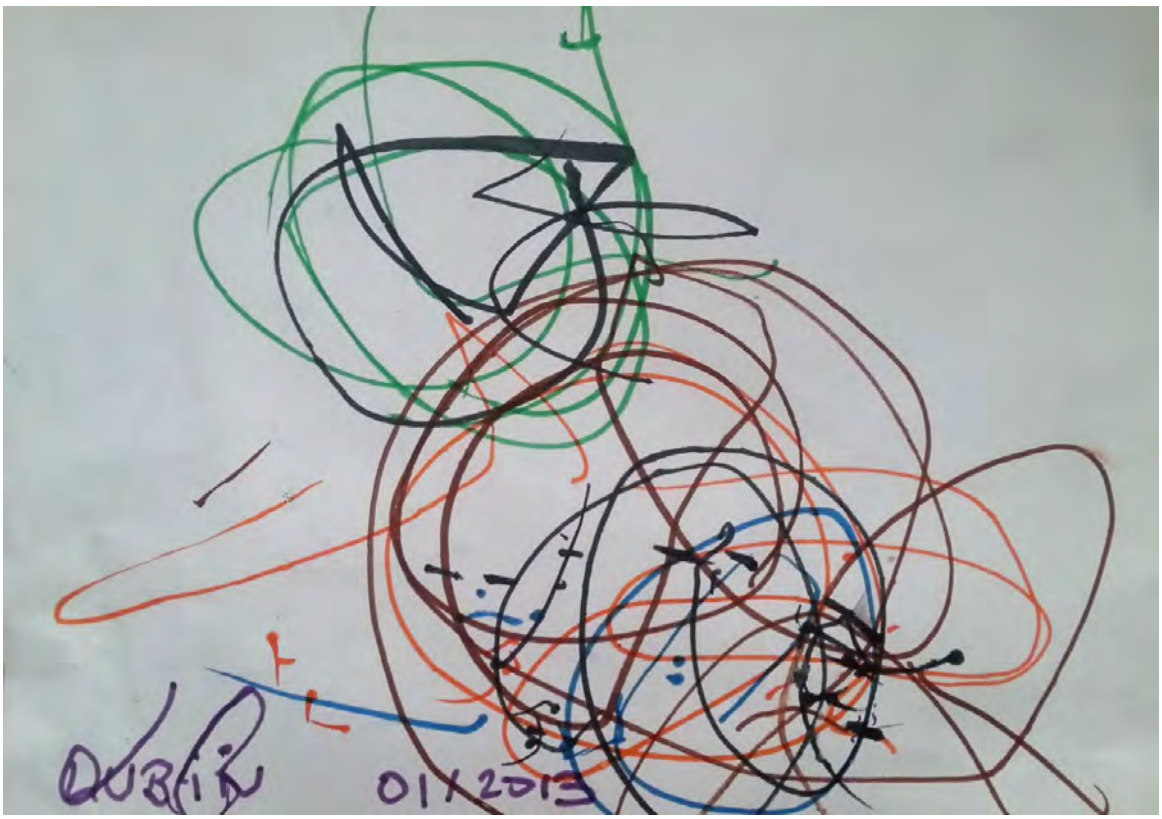

Figure 10. Lubin, 18 mois. Gribouillages en « giroulis » et quelques pointillages.

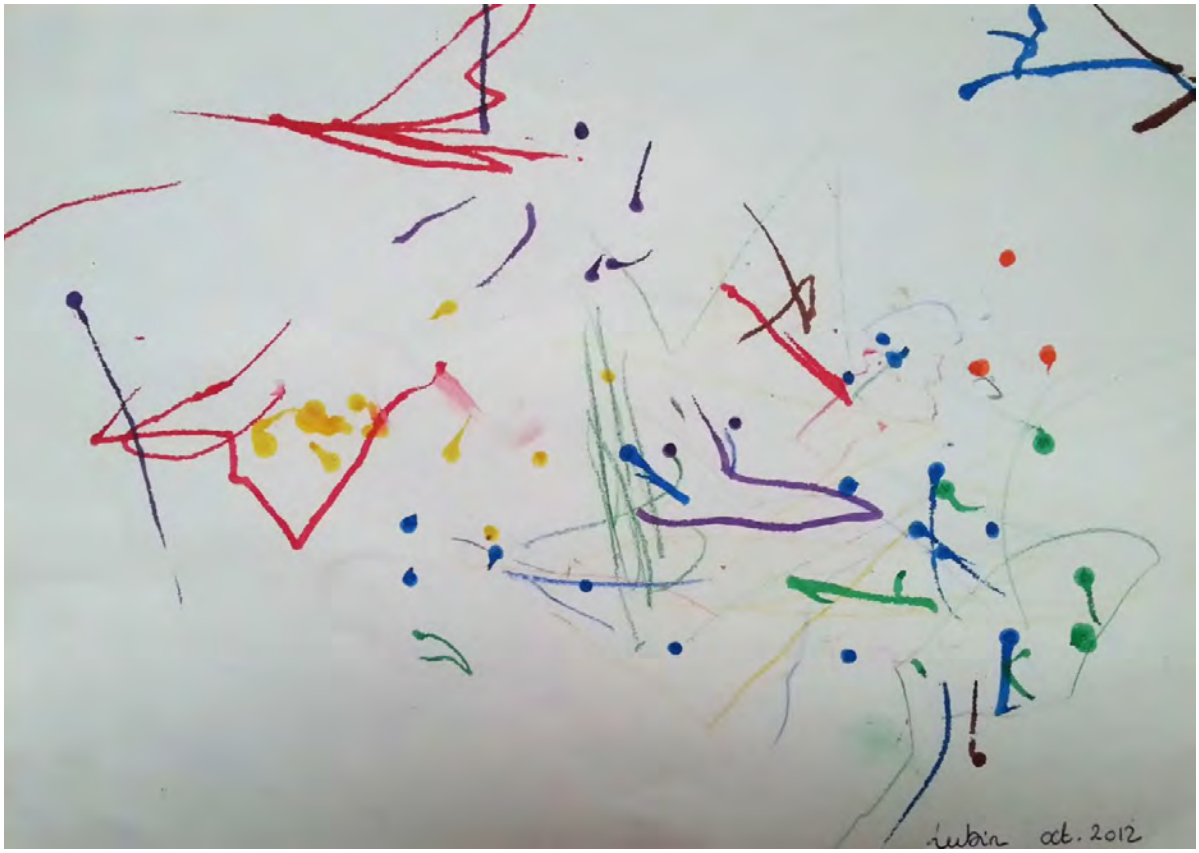

Figure 11. Lubin 15 mois – Gribouillages en va-et-vient et pointillage

De Meredieu (25) note que le gribouillage peut persister à titre de détail ou d'ornement ou lors d'une régression dont la cause peut être un accès de fatigue momentané ou un trouble psychique. Selon Greig (9), l'accès à la figuration et à l'écriture ne fait pas disparaître les gribouillis. Chez l'enfant, il peut être une forme de décharge. L'adulte peut en réaliser spontanément ou lors d'un test psychologique.

2. Du gribouillage au dessin : début de l'intention représentative

Baldy (1) observe qu'avant 3 ans l'enfant produit essentiellement des gribouillages. Entre 3 et 4 ans, l'aspect symbolique de l'activité graphique devient de plus en plus consistant.

Pour Widlöcher (3), l'apparition de l'intention figurative est plus ou moins précoce et dépend de la maturité du sujet et de l'influence de l'entourage. Le premier dessin intentionnellement figuratif apparaît donc au moment de « la rencontre du développement d'aptitudes perceptives motrices et de ses progrès dans le déchiffrage symbolique. » Ce phénomène est donc déterminé par des processus de maturation (aptitudes motrices et perceptuelles) et des effets socio-culturels (usage éducatif des images).

a) Facteurs intrinsèques

Pour Luquet (7), l'enfant réaliserait ses premiers dessins sans intention représentative ni interprétation. L'intention figurative apparaitrait au moment où l'enfant découvre que la forme qu'il a tracé ressemble à quelque chose. C'est ce qu'il appelle le « réalisme fortuit ». Ce n'est qu'à partir de là qu'il arriverait à tracer un dessin avec l'intention de représenter quelque chose. Le réalisme fortuit se transformerait en réalisme intentionnel par une série continue de transitions.

Pour Greig (9), ce « réalisme fortuit » n'existe pas, il considère qu'à la base du dessin il existe toujours un besoin de figuration. Widlöcher (3) conteste également cette thèse. La ressemblance du premier dessin figuratif est pour lui, liée aux dispositions subjectives de l'enfant plus qu'aux propriétés objectives de la forme. L'enfant devient capable de reconnaître une « ressemblance » dans ses dessins car il a appris à lire des images de plus en plus complexes. Vers 1 an, il sait reconnaître une analogie entre des images qu'on lui présente et les objets qu'il voit. Vers 18 mois, il peut nommer une image ou une partie de l'image. L'entourage a alors un rôle important. L'être humain est capable de saisir le lien symbolique entre une image et un objet, contrairement à l'animal.

De Meredieu (25) observe que dans les premiers temps, l'enfant est absorbé par le maniement des matières et des formes, puis à l'âge scolaire, le dessin devient narratif et figuratif. A cette période, l'enfant est de moins en moins tourné vers lui-même et de plus en plus vers l'extérieur : « On passe de l'action « autotélique », du gribouillage, tournée vers le Moi et donc profondément narcissique à une conduite « hétérotélique » où l'enfant se préoccupe plus de la ressemblance avec le réel ».

b) Facteurs extrinsèques

Selon Baldy (1), l'environnement et la civilisation ont également un impact. La transition du gribouillage au dessin se fait sous la pression de l'entourage. Pour De Meredieu (25) le dessin qui est au départ ludique, source de plaisir, devient une activité sérieuse permettant un accès à l'univers adulte. Les adultes (parents et éducateurs) auraient une fonction répressive qui participerait à la disparition du gribouillage. Ils conditionneraient l'aspect narratif du graphisme enfantin en imposant un sujet, en accordant une priorité de valeur à ce qui fait sens, qui est lisible.

c) Du rond à la figure-têtard

Pour Greig (9), la réussite du rond a un rôle important dans l'accès à la figuration. Elle apparait vers 3 ans. Six mois avant, plusieurs formes approximatives du rond, plus ou moins proches du gribouillis, co-existent : « gribouillis en anneau », « fermeture recherchée », « fermeture en arc », « fermeture complétée », « fermeture nouée », boucle. Elles diffèrent par leurs procédés de fermetures.

Il ajoute que le rond fermé aboutit à deux types de figures : la « figure rayonnante » et la « figure contenante ».

Figure 12. Myriam, 3 ans et 6 mois. Sur la droite : figure contenante et rayonnante représentant un hérisson.

Elles s'organisent habituellement à partir de la figure fermée mais peuvent s'exprimer dès le stade des gribouillis. Vers 3 ans et demi, l'entrée dans la figuration avec le bonhomme-têtard est marquée par la condensation de ces deux graphèmes (aspect rayonnant de ses membres et aspect contenant de son visage) ainsi que d'un troisième : la représentation des yeux. Spitz a montré par ses travaux que les yeux sont très tôt déclencheurs de reconnaissance. Dans le dessin, ils semblent être la « marque nécessaire qui authentifie l'image corporelle » (9).

Plus tard, la figure contenante aboutira au dessin du visage et de la maison. Les dessins de corps et les représentations animales sont issus de la figure rayonnante.

3. Evolution du dessin figuratif

Pour René Baldy (1), l'intention de dessiner un objet d'une certaine façon fait pression sur la mise au point de procédures suffisamment efficaces pour exprimer cette intention. Les sollicitations externes et l'étayage social jouent également un rôle dans les progrès de l'intention figurative. L'adulte questionne : « qu'est ce que c'est ? ». Dessiner devient une activité sociale, le dessin est montré, affiché.

a) Conservation et modification de type

Pour Luquet (7), la représentation d'un objet ou motif (type) évolue graduellement selon deux facteurs : un élément de stabilité (conservation du type) et un élément de changement (modification de type) :

- Selon Luquet (7), la **conservation de type** est la tendance à reproduire de la même façon les dessins d'un même motif. Le premier dessin du motif est appelé « type primaire ». L'enfant ne s'apercevrait pas des modifications qu'il pourrait apporter ou quand il les apporte, elles ne se maintiendraient pas, c'est la « conservation secondaire ». Les suggestions étrangères peuvent être refusées ou avoir une action momentanée sans modification durable du type. La tendance à la conservation peut se manifester dans l'attitude de l'enfant à l'égard des dessins d'autrui : les dessins faits à sa demande doivent être toujours exécutés de la même façon.
- La **modification de type** est pour Luquet (7) une innovation, mais elle ne se maintient pas au début. Les types « primitif » et « nouveau » peuvent alterner pendant un temps, c'est ce qu'il appelle la « résistance primaire ». L'appui de considérations extrinsèques peuvent aider à la conservation des modifications qui deviennent alors un « type secondaire » et font l'objet d'une « conservation secondaire », tout en co-existant avec le « type primaire ». En général, dans les dessins suivants, conservations primaire et secondaire alternent pendant des périodes de durée très variable. La modification de type peut être produite grâce à des objets réels nouveaux et à des modèles ou dessins d'autres personnes différents de ceux de l'enfant. Le progrès s'effectue par gradations presque insensibles. Il existe des périodes de stagnation et même de régression.

  D'après Widlöcher (3), l'enfant ne s'aide pas d'une vérification par la vue pour corriger ses erreurs. Le succès de certaines mutations permettrait leur conservation et donc les évolutions de type. L'intégration des mutations au style de l'enfant peut donner des résultats incongrus, par exemple, la représentation d'un personnage dont le corps est de face et la tête de profil. Il en résulte une hétérogénéité des types qui serait à l'origine du phénomène de la « diversité des points de vue ».

  Selon Baldy (1), la flexibilité procédurale ou syntaxique est la capacité à modifier la procédure habituelle du dessin. Elle est présente dès l'âge de 5 ans et augmente avec l'âge.

  Widlöcher (3) ajoute qu'un double mouvement peut s'observer dans les mêmes dessins concernant les détails, à la fois l'enfant a tendance à réduire le dessin aux éléments les plus significatifs et en même temps, le type s'enrichit de signes descriptifs superflus.

b) La copie

La copie serait présente très tôt, en effet, Yamagata (27) a observé que les jeunes enfants de 1 à 2 ans gribouillent leurs livres d'images sur les dessins des personnages principaux, notamment sur les visages. La période entre 5 et 6 ans est nommée l'« âge du modèle » par Lurçat (28). C'est à cette période que se fait l'acquisition de la capacité à copier des formes.

Pour Baldy (1), la copie permet, dans le développement des conduites de dessin, de découvrir des éléments ignorés et de nouvelles figurations du réel, d'expérimenter les procédures liées à ces nouveaux aspects, d'assimiler les normes et conventions admises par tous, de sortir du dialogue avec ses propres schémas et de nourrir son imagination.

On peut faire le lien entre la copie et le sixième stade de l'imitation décrit par Piaget (29) : « l'imitation différée ». A ce stade, apparaitrait l'image mentale qui est le « symbole en tant que copie ou reproduction intérieure de l'objet » et que l'on peut considérer comme une forme d'imitation intériorisée. L'imitation semble avoir un rôle important dans le développement de l'enfant en particulier par son implication dans l'assimilation. Pour Piaget, elle dépendrait de l'intelligence. On peut noter que l'imitation est aussi utilisée dans le jeu et qu'elle résulte toujours d'une accommodation spéciale au modèle proposé.

On peut se demander également quel peut être le rôle du système de neurone-miroir dans le mécanisme de copie. L'exemple de la

Figure 35 (Cf. : Annexes) dessin réalisé par un petit garçon pendant que son grand frère réalisait le dessin de la

Figure 34 illustre bien cette interrogation.

c) Le modèle interne

Le type décrit par Luquet (7), correspond à une réalité psychique existant dans l'esprit de l'enfant : le « modèle interne ». L'enfant utiliserait son modèle interne d'un objet quand il le dessine de mémoire, d'après copie ou d'après nature. L'objet extérieur ne servirait que de suggestion. Les observations de Prudhommeau (16) sont cependant contradictoires avec les observations de Luquet. Chez un enfant de 5 ans, il a pu constater que la copie se faisait selon le modèle proposé et non le modèle interne.

Pour Luquet (7), le dessin de l'enfant serait conforme au réalisme intellectuel et non au réalisme visuel. C'est d'après leur analogie avec ses modèles internes qu'il interprèterait soit les dessins d'autrui, soit ses propres dessins achevés ou en cours d'exécution. Lorsque son modèle interne d'un certain motif s'est modifié, il ne serait plus capable de reconnaître un de ses dessins antérieurs de type primitif.

L'enfant tiendrait à figurer dans son dessin d'un objet tous les éléments qu'il juge essentiels à celui-ci, même quand ils ne sont pas visibles. Inversement il négligerait ceux qui, même visibles, lui semblent d'importance secondaire (par exemple seul le bras utilisé peut être figuré). L'ordre de réalisation des détails correspondrait au degré d'importance qu'il leur attribue.

F. Minkowska substitue à la notion de modèle interne, celle de « vision du monde » (3).

d) Les stades du réalisme

Pour l'enfant, le dessin doit être ressemblant, soit par son aspect d'ensemble, soit par le nombre et l'exactitude de ses détails. Luquet (7) a décrit l'évolution du réalisme chez l'enfant selon 3 phases : réalisme fortuit, réalisme manqué et réalisme intellectuel. Chez les adolescents et les adultes, le réalisme d'un dessin est visuel :

- *Première phase : le réalisme fortuit.*

Selon Luquet (7), lors des premiers dessins, l'enfant ne leur applique pas d'interprétation. Lorsque l'enfant remarque une analogie d'aspect (plus ou moins vague) entre un de ses tracés et un objet réel, il lui applique une interprétation. Celle-ci reste flottante car privée de l'appui d'une intention représentative préalable. Cette ressemblance reste vague et un même tracé peut recevoir

successivement plusieurs interprétations différentes.

Le passage de la production d'images involontaires à l'exécution d'images préméditées se ferait par l'intermédiaire de dessins en partie involontaires et en partie voulus. La ressemblance fortuite serait ensuite perfectionnée intentionnellement. Le réalisme fortuit se transforme en réalisme intentionnel par une série continue de transitions.

Pour Prudhommeau (16), le réalisme fortuit dépendrait de la personnalité, du degré de maturité, de l'imagination de l'enfant et de l'influence du milieu qui peut suggérer voire imposer des modèles.

- *La deuxième phase : le réalisme manqué*

Pour Luquet (7) l'intention se heurte à plusieurs obstacles : un obstacle physique ou graphique (les maladresses d'exécution s'atténuent graduellement) et un obstacle psychique (l'enfant ne représente pas tous les détails). Ce deuxième obstacle serait lié au « caractère borné et discontinu » de l'attention enfantine. La relation entre les détails échappe à l'enfant qui dessine, il les représente de manière successive et discontinue, c'est l'« incapacité synthétique ». Elle se manifeste pour les proportions, l'orientation, les relations entre les différents éléments d'un objet. La relation de situation peut être négligée : deux éléments tangents pourront être représentés éloignés, parfois un élément normalement inclus dans un autre est représenté extériorisé. La relation de situation entre les éléments d'un même objet peut être concernée (exemple : inversion entre le nez et la bouche). Selon Luquet, l'incapacité synthétique s'atténue à mesure que l'attention de l'enfant devient moins discontinue.

- *La troisième phase : le réalisme intellectuel*

Luquet (7) postule que dans la conception enfantine, un dessin pour être ressemblant, doit contenir tous les éléments réels de l'objet, même invisibles et chaque détail doit avoir sa forme caractéristique. Des éléments abstraits peuvent être figurés, n'ayant d'existence que dans l'esprit du dessinateur. Souvent une légende est présente : pour l'enfant, le nom de l'objet en est un de ses attributs.

Luquet (7) détaille les procédés du réalisme intellectuel :

- **Les détails peuvent être représentés détachés** alors que dans la réalité ils se confondent et se masquent plus ou moins. Widlöcher (3) apporte une précision avec l'usage du détail exemplaire (l'herbe de la prairie peut être, par exemple, représentée par quelques traits verts verticaux).
- **La transparence** : les éléments invisibles d'un objet sont figurés dans le dessin. Widlöcher (3) ajoute que si des détails invisibles sont représentés c'est pour permettre la reconnaissance de l'objet. Il trouve également le terme de « transparence » non mérité car il considère que l'enfant représente l'intérieur et l'extérieur sans chercher à les combiner logiquement.
- **La représentation en plan** : il s'agit de la figuration de l'objet par sa projection sur le sol (exemple : la maison en plan).
- **Le rabattement** consiste à rabattre les objets de chaque côté du corps. Les supports des objets représentés à vol d'oiseau sont ainsi rabattus (exemple : voiture et roues).
- Plusieurs procédés peuvent être utilisés dans un même dessin et peuvent aboutir à un **« changement de point de vue »** au sein d'un même dessin.

Selon Luquet (7), le réalisme intellectuel entraîne des contradictions flagrantes avec l'expérience. Ses procédés disparaissent petit à petit au profit du réalisme visuel, le plus souvent entre 8 et 9 ans.

Widlöcher (3) critique le terme de réalisme intellectuel. Il considère en effet qu'à cette période le but de l'enfant n'est pas de représenter les choses telles qu'elles sont mais de permettre leur reconnaissance. L'accumulation de détails augmente la « quantité d'informations » du dessin. Pour lui le dessin est un équivalent du récit, il s'agit d'un langage dont le but est d'informer de raconter. Le plaisir ressenti par l'enfant est surtout lié au pouvoir qu'il a de signifier par l'image, il ne cherche pas à donner l'illusion de la présence d'une chose absente.

Les procédés décrits par Luquet jouent donc principalement un rôle de communication. Widlöcher (3) ajoute également que cette période du graphisme est caractérisée par la schématisation des représentations. Prudhommeau (16) donne une valeur de réalisme visuel au schématisme.

- *Le réalisme visuel*

Le réalisme visuel apparait à la fin de la période de latence et correspond au réalisme retrouvé dans le dessin des adultes. Pour Luquet (7), la fin de la période du dessin enfantin est marquée par la renonciation au réalisme intellectuel comme mode de représentation graphique, au profit du réalisme visuel. Il considère que la représentation d'un seul œil dans les têtes de profil est un signe de son apparition. Prudhommeau (16) estime que la représentation d'un animal de profil avec un seul œil serait la traduction graphique d'un modèle interne et donc l'enfant serait encore au stade de réalisme intellectuel. Dans le cas particulier de la copie, il a observé que chez un enfant de 5 ans, les personnages copiés sont représentés de profil avec un seul œil, alors que dans la production spontanée de cet enfant, tous les personnages sont représentés de face. Parmi les indices du réalisme visuel, il ajoute que Luquet avait identifié la disparition de la transparence. Prudhommeau se basait également sur les explications de l'enfant concernant son dessin pour identifier le stade du réalisme. D'autres manifestations du réalisme visuel pourraient avoir la même valeur de critère et apparaissent antérieurement au profil, comme par exemple la capacité à tracer un rond en partant du bas et en tournant dans un sens ou dans l'autre avec une fermeture correcte. Pour Prudhommeau le réalisme visuel apparaîtrait en moyenne entre 6 et 7 ans et non pas entre 8 et 9 ans comme l'a indiqué Luquet. A cet âge l'enfant devient capable de travailler à partir de consignes, c'est également l'âge favorable à l'apprentissage de la lecture. Sternis (24) note que l'utilisation de la gomme est très fréquente vers 10 -12 ans. Pour lui, elle peut être aussi considérée comme un signe du réalisme visuel.

4. L'arrêt de l'activité graphique

« Avant 10 ou 12 ans, sauf exception, l'adolescent dessine de moins en moins. (...) Si le dessin correspond bien à l'expression de la découverte du monde par l'enfant, il est inadapté à la réflexion sur le monde de l'adolescent. A l'entrée dans l'adolescence la pensée devient plus formelle et plus discursive. (…) En arrêtant de dessiner, l'adolescent se conforme à ce que la société attend de lui » (1). « Seuls quelques enfants trouvent encore le plaisir et les moyens de dessins plus personnels » (9).

Pour Greig (9), l'autocritique marque le passage entre latence et préadolescence. Le refus de dessiner est fréquent, l'enfant dit souvent : « je ne suis pas doué pour le dessin ». En effet, à cette période, le pré-adolescent est confronté à une exigence grandissante de réalisme et à ses propres limites graphiques. Les trois piliers du réalisme véritable seraient : *la perspective* (laquelle suscite une résistance jusqu'à l'adolescence), *l'anatomie humaine* (la « très pudique période de latence » est réfractaire à son réalisme) et *la lumière* (« Le tracé se trouve confronté à l'effacement partiel de la limite du contour, au dégradé des valeurs et au passage »).

M.-D. Doise-Fresard, (30) dans son étude sur la représentation de l'éloignement chez des enfants de 11 ans, a observé une apparition de la perspective chez un enfant entre deux dessins et suite à la visite d'un musée et aux explications d'un professeur. Le délai entre les dessins était court,

l'apparition de la perspective ne traduisait pas la maturation psycho-affective mais un changement de mode de représentation, une évolution conceptuelle.

Concernant la mise en lumière du dessin, Greig constate que l'estompage et les ombres apparaissent autour de 12 ans (9). Selon l'étude de Muschoot et Demeyer (31), la superposition de couleurs ou l'introduction de tâches ou de stries sur la surface du tronc dans le test de l'arbre, sont présentes chez 10 % des enfants de 10 ans et chez 50 % des enfants de 15 ans et des l'adulte. L'ombrage du tronc n'est présent que dans 10% des dessins à 13 ans et 20 % à 15 ans.

5. Pédagogie et dessin

Widlöcher (3) distingue deux aspects dans les liens entre pédagogie et dessin. Le dessin peut être utilisé comme méthode d'éducation et l'éducation peut avoir un rôle dans les progrès du dessin.

a) Utilisation pédagogique du dessin

Pour Widlöcher (3), chez le petit enfant, le dessin peut aider au développement du sens de l'observation et au recueil de nouvelles connaissances. Le réalisme intellectuel est dans ce cas utile car il consiste à figurer dans le dessin tous les éléments de l'objet reproduit. L'enfant projette dans son dessin ses connaissances qui lui servent à figurer la réalité. Le dessin permet donc à l'enfant d'exprimer et de fixer ses découvertes avant de développer ses aptitudes narratives et descriptives par les mots. A l'école maternelle, le dessin est utilisé pour illustrer une histoire entendue, une promenade. A l'école primaire, le dessin permet également d'illustrer mais aussi d'exprimer les cours d'histoire naturelle, de géographie. «Dessin d'observation et rédaction littéraire ont une parenté étroite. L'expression par l'image précède, induit et développe l'expression littéraire. » Le développement des médias à travers lesquels l'information par l'image est recueillie passivement se ferait au détriment de l'expression active.

b) L'éducation artistique

Widlöcher (3) pose la question du rôle que doit jouer l'adulte dans l'évolution du dessin. En effet, il constate qu'au début, le développement du dessin dépend surtout des capacités motrices et perceptives, de son développement intellectuel. Selon Philippe Wallon (5), lorsque l'adulte intervient dans le dessin, l'enfant jeune a tendance à résister pour suivre sa propre idée, alors que l'enfant plus grand peut profiter d'un enseignement et l'intégrer à ses schèmes. Widlöcher (3) ajoute que pour les enfants plus jeunes, l'adulte a surtout un rôle de stimulation qui ne doit pas cependant être à l'origine d'une angoisse de performance voire d'une inhibition. Une des conséquences peut être que, lorsque dans une famille, l'ainé est bon dessinateur, les enfants suivants peuvent se désintéresser du dessin. Au stade du réalisme intellectuel, Luquet (7) et Widlöcher (3) s'interrogent sur l'intérêt d'aider l'enfant à développer le réalisme visuel.

Pour Widlöcher (3), le véritable problème pédagogique se poserait au moment où l'enfant se désintéresse du dessin. A cette période, l'enfant trouve d'autres activités lui permettant de s'exprimer, plus conformes à ses besoins. Ce désintérêt n'est pas causé par un manque de moyens. L'adolescent retrouve le goût de la matière dont l'enfant s'était désintéressé ; selon Widlöcher (3) cela pourrait s'expliquer par le fait que l'adolescent se désintéresse de l'image en tant que signe. En ce sens, la vision de Stern, cité par Widlöcher (3), est intéressante. Pour lui, l'éducation artistique doit permettre de développer le sens du langage plastique. Ainsi l'éducation artistique permet d'établir un pont entre l'époque de l'enfance où tout est possible et l'âge adulte. Pour lui, l'éducateur a pour fonction de susciter l'expression du langage plastique en créant une ambiance

propice à cette libération de la forme aux dépens du signe. L'éducation artistique n'a pas pour but d'amener les enfants au métier d'artiste. Il s'agit de leur apporter un moyen d'expression artistique à un âge (l'adolescence) où l'être humain en a particulièrement besoin.

C. Perception et dessin

Nous avons vu qu'en l'absence de vision, le dessin n'apparait pas spontanément. La perception a un rôle fondamental dans le développement et l'évolution du dessin, mais elle ne réduit pas à la simple vision des objets et du monde.

En effet, comme Granier (32) l'explique, la figuration, descriptive ou abstraite, est un processus traduisant la perception et sa transformation. Ce processus est très variable en fonction des individus, ce qu'on perçoit à travers le style, et en fonction du développement. Les étapes de ce développement peuvent s'appréhender dans les dessins des enfants.

1. Aspects neurophysiologiques

La perception comprend la réception d'un stimulus d'origine externe ou interne, sa traduction par le système perceptif compétent en une information, la transmission de cette dernière vers les centres cérébraux spécialisés et son intégration.

Granier (32) rappelle que deux modèles de traitement de l'information coexistent. Le premier est un modèle élémentaire, périphérique, qui part d'un stimulus d'un registre sensoriel donné. Le second est un modèle global, central qui permet la reconstruction permanente des images mentales. Dans ces deux modèles, l'information est traitée et reconstruite de façon inconsciente, automatique et en fonction de l'expérience antérieure.

L'information visuelle est traitée par deux voies neuronales : la voie basale inférieure et la voie corticale supérieure. Leurs vitesses de conduction sont différentes et elles permettent par leur complémentarité, la localisation dans l'espace et la perception de l'action. La réflexion consciente permet une élaboration secondaire de l'information.

2. Conceptions de la perception

« Le traitement de la perception pose le problème de la définition du réalisme. Est-il le reflet d'un objet externe ou d'un état interne ? » (32)

a) Théorie classique de la perception

« L'art n'est jamais à un aussi haut degré de perfection que lorsqu'il ressemble si fort à la nature qu'on peut le prendre pour la nature elle-même. »

Ingres

Widlöcher rapporte que la théorie classique de la perception est réaliste : l'image serait le reflet naturel de l'objet. Il existerait un rapport d'identité entre l'objet, l'image mentale et l'image reproduite. La peinture est alors la science descriptive du réel. Cette conception de la perception correspond à la théorie du réalisme visuel en psychologie de l'Art selon laquelle la représentation des choses est identique dans sa nature à leur perception et leur perception à leur réalité même (3).

Widlöcher (3) explique que selon cette conception, les enfants seraient incapables de bien percevoir les choses et ne pourraient en donner une transcription exacte. Merleau Ponty (33) insiste sur le fait que le dessin d'enfant y est défini négativement. Widlöcher (3) précise que cette théorie, en insistant sur l'aspect déficitaire du dessin, suppose que l'individu n'a pas de rôle actif dans l'appréhension de la réalité. Il ajoute que la thèse de Sartre et Merleau Ponty selon laquelle la perception était un acte, a été montrée en France par les travaux de Brentano, Hussert et Binet.

b) Théorie du « Modèle interne »

Widlöcher (3) rapporte la théorie du modèle interne décrite par Luquet (7). Elle se base sur l'hypothèse d'un point de vue idéaliste : « il y aurait identité entre l'image et la représentation mentale de l'objet. Celle-ci procéderait d'une opération intellectuelle que le sujet accomplit dans la perception du réel. » La représentation de l'objet serait une réfraction de l'objet à travers l'esprit de l'enfant nécessitant une élaboration. La constitution du modèle interne dépend de l'exemplarité et de la faculté de synthèse de l'enfant. L'exemplarité est l'attribution d'une valeur générale au modèle interne d'un objet individuel. La faculté de synthèse permet d'utiliser les éléments de plusieurs dessins particuliers.

Pour Widlöcher (3), cette théorie intellectualiste de la perception n'est pas négative et elle peut s'appliquer aux adultes. Les particularités des dessins d'enfant seraient liées à des particularités perceptives. Selon Luquet (7), le souci réaliste est plus important que le réalisme visuel et la représentation d'une chose dépend plus de la connaissance qu'il en a que de ses aspects visuels. Widlöcher (3), pense que si le style enfantin est différent de celui de l'adulte c'est en raison du déficit des fonctions perceptives et du manque d'habilité. Il s'oppose au point de vue de Luquet concernant l'intention réaliste. En effet, pour lui, elle est commune à l'enfant et l'adulte et c'est l'obstacle de la perspective qui expliquerait le recours de l'enfant au réalisme intellectuel. Il constate que les enfants semblent satisfaits de leurs productions malgré l'échec du réalisme visuel et soutient que le réalisme intellectuel posséderait une intentionnalité propre.

Luquet propose une conception atomistique du modèle interne, l'image préformée serait déposée dans la mémoire et reproduite par le sujet qui dessine. Widlöcher (3) le reformule : l'enfant et l'adulte disposent de schèmes plus ou moins stéréotypés pour la représentation des objets. Si l'enfant reste fidèle à ses schèmes, c'est parce qu'il ne peut pas les corriger à partir de ce qu'il perçoit. L'enfant utilise des schèmes moteurs stéréotypés qu'il apprend à utiliser en fonction des objets qu'il veut représenter. Le style des dessins d'enfant conditionnerait sa perception ce qui expliquerait en partie le sentiment de réussite. Il existe un phénomène d'interrelations entre propriétés perceptives et schèmes plastiques.

3. Perception syncrétique et analytique

Widlöcher (3) explique que l'enfant a une vision syncrétique des choses, d'autant plus marquée qu'il est jeune. En effet, il perçoit plus facilement les formes dans leur ensemble que les détails. L'enfant peut énumérer les détails à la demande mais est en difficulté pour saisir leur place dans la forme globale. Meili (34) a montré que plus la forme est simple, plus la perception est exagérément syncrétique. L'ensemble est bien perçu et les détails sont négligés. Lorsque la forme est complexe, la perception est exagérément analytique, les détails sont accumulés au détriment de la forme globale.

Selon Passeron (35), le réalisme visuel de l'enfant obéirait à un système selon lequel « chaque objet figuré est pris dans un angle de vue qui lui est propre, isolé des autres ».

4. Conscience perceptive et conscience imageante

Widlöcher (3) explique que la conscience perceptive d'une chose est la conscience de cette chose comme présente dans le champ perceptif où se trouve également le sujet. Elle s'oppose à la conscience imageante dans laquelle l'objet représenté est absent. L'image y est le représentant analogique de l'objet.

Devant un dessin, le travail de la conscience imageante implique d'une part que le sujet suppose que la trace qu'il observe est significative d'autre chose (l'intention perceptive devient imagée) et d'autre part, la reconnaissance de l'objet représenté. « Ici concourent (…) 2 forces : une qui émane de la trace, l'autre de nous-mêmes » (3).

La perception des réalités de l'enfant est probablement influencée par l'utilisation de types de représentations associés à la culture. Face à un schème inhabituel ou mal réalisé, un mécanisme de déchiffrage par hypothèse entre en jeu. Ce déchiffrage est habituellement masqué par les automatismes de la lecture. Il peut amener à plusieurs hypothèses et donc plusieurs lectures prospectives.

5. Influence de l'activité sur la perception

Widlöcher (3) rapporte que les travaux de nombreux peintres et psychologues sur la vision du peintre ont montré qu'elle était influencée par son activité. L'exercice du dessin aurait probablement une influence sur sa perception.

6. Perception de soi et dessin

Wallon (36) a montré que l'entraînement à la perception du schéma corporel fait évoluer positivement le dessin du personnage chez l'enfant en maternelle et en primaire, mais est sans influence chez les enfants de 13 ans et plus. Il (5) estime qu'il existe une interaction entre dessin et perception de soi.

D. Aspects moteurs du dessin

Les auteurs ayant étudié le geste graphique se sont souvent basés sur l'observation de leurs propres enfants comme Liliane Lurçat. Prudhommeau a utilisé l'enregistrement cinématographique pour affiner ses descriptions. L'outil informatique permet à Philippe Wallon d'aller plus loin dans cette étude.

Widlöcher (3) précise que les observations faites sur l'activité graphique traduisent le développement psychomoteur, mais ont une part de relativité quant à la nature de l'instrument scripteur utilisé.

1. Mouvements en fonction de l'instrument et du support utilisés

Prudhommeau (16) explique que la trace produite dépend de l'objet qui frotte et laisse cette trace et de l'objet sur lequel on frotte et qui la reçoit. Pour chacun d'eux, il faut donc considérer leur mobilité, leurs positions dans l'espace et leurs propriétés :

- *Mobilité de l'instrument et du support* : en principe, l'instrument graphique est mobile et la surface réceptrice fixe. Mais cette surface peut faire l'objet de déplacements volontaires ou involontaires. Les mouvements volontaires sont principalement des mouvements d'orientation vers le geste en flexion. Les déplacements involontaires du support sont liés à une mauvaise coordination motrice.
- *Positions respectives de l'instrument et du support* : la posture et le geste dépendent des positions respectives de l'instrument et du support. Quand la surface est horizontale, l'instrument graphique est vertical ou légèrement incliné ; quand la surface est verticale, l'instrument est horizontal ou légèrement incliné.

- *Propriétés de l'instrument et de la surface* : le tracé dépend des propriétés des objets graphiques (instrument et surface) : dureté, rugosité, rigidité et fragilité. La feuille de papier subit des déformations observables sur l'envers et informatives du mouvement graphique. Le travail au pinceau est très sensible aux pressions verticales

.

2. Évolution de la motricité

a) Aspects moteurs du gribouillage

Lurçat (28) a observé qu'avant 2 ans, l'enfant produit en général des gribouillages amples. Les mouvements du bras sont rapides.

Baldy (1) rapporte qu'entre 1 et 2 ans, les mouvements sont rythmiques. Quand le crayon est tenu de la main droite, le premier temps de ce geste oscillant est un mouvement de flexion et d'abduction (de haut à droite vers le bas et la gauche). Le second temps est un mouvement d'extension et d'adduction (du bas, à gauche vers le haut et la droite). Les segments proximaux du membre supérieur et du corps sont mis en jeu, par la rotation de l'avant-bras autour du pivot du coude et la rotation du bras autour de l'épaule. Widlöcher (3) et Prudhommeau (16) précisent que le poignet est alors maintenu en rectitude. Le tracé est plus appuyé lors du premier temps de ce mouvement (flexion de l'avant-bras). Le mouvement d'extension produit un tracé qui peut être à peine dessiné, réalisé lorsque l'enfant relâche son mouvement. La forme produite par ce geste est grossièrement ovoïde. Elle peut évoluer vers une forme arrondie ou des traits parallèles. Lorsque l'enfant contrôle mieux son geste, le mouvement retour en extension tend à disparaître. Les traits obliques se répètent et tendent à se verticaliser.

Lurçat (28) ajoute que quand l'enfant utilise ses deux mains simultanément, les mouvements de balayages sont symétriques. « Le point de départ des tracés est l'axe projeté par le plan de symétrie du corps sur la feuille de papier.

b) Du gribouillage au dessin

Baldy (1) explique que les segments proximaux du bras s'immobilisent progressivement au profit des segments distaux, ce qui permet à l'enfant de passer du gribouillage au dessin. Poignet, main et doigts sont de plus en plus mobilisés.

Widlöcher ajoute (3) que le geste en extension devient indépendant du mouvement d'adduction, ce qui permet à l'enfant de tracer une ligne horizontale. Aux alentours de 18 mois à 2 ans, l'enfant acquiert le contrôle du geste graphique en abduction et le tracé du trait vertical. L'enfant dispose alors du trait horizontal et du trait vertical, il peut dessiner des boucles régulières.

Il (3) nous dit également que le travail de contrôle et de freinage permettent à l'enfant de contrôler le point de départ et d'arrivée de son trait. Les lignes se raccourcissent et deviennent des tirets. Le geste se fractionne. L'enfant peut repartir du point de départ et effectuer un nouveau tracé parallèle ou superposé.

L'immobilisation des segments proximaux du bras et de l'avant-bras réduisent l'amplitude du mouvement. Les segments distaux du membre supérieur, poignet et doigts, sont alors mis en jeu. Le contrôle du pouce limite le mouvement du poignet. Le coude devient un pivot qui assure le retour au point de départ. L'enfant peut alors accumuler des petits traits et réaliser le hachurage. Le ralentissement du geste est un autre facteur de progrès.

Prudhommeau (16) a observé que lorsque l'enfant maîtrise son geste graphique, il peut l'orienter dans tous les sens, mais le geste en flexion prédomine. Chez le droitier, les tracés courbes et

obliques progressent de la droite vers la gauche et de haut en bas. Les tracés horizontaux sont réalisés par un geste en extension de la gauche vers la droite. Le geste est généralement en flexion et centripète à l'exception des tracés horizontaux. L'orientation de ces gestes permet à l'enfant de regarder sa production.

La vue a en effet un rôle important de contrôle sur le geste graphique.

3. Le contrôle de la motricité

Différents types de contrôles de la motricité apparaissent et permettent à l'enfant de maîtriser son geste graphique :

- Selon Greig (9), au départ, le tracé se fait sans contrôle visuel. L'intention est seulement dans l'acte, le regard n'est pas dirigé vers le trait. Le geste graphique est plutôt de l'ordre du comportement.
- Il ajoute qu'autour de 18 mois, le regard commence à suivre le mouvement de la main.
- Baldy (1) observe que vers 2 ans, 2 ans et demi, le contrôle de la motricité par la vision apparaît. Ce « contrôle simple » du point de départ permet, selon Lurçat (28), l'accrochage d'un nouveau tracé à un tracé existant. Baldy (1) rapporte que l'enfant préfère pendant longtemps ce procédé plutôt que de débuter un tracé dans le vide.

  Lurçat (28) décrit plusieurs types de tracés qui relèvent de ce contrôle simple :

  - le *complètement* : suite à la réalisation d'un premier tracé rectiligne, l'enfant en produit un second, de même type et de direction contraire.
  - le *rayonnement* : des segments rayonnants et orthogonaux sont ajoutés autour d'une forme généralement circulaire. Cette forme complexe nécessite la possibilité de tracer dans toutes les directions de l'espace.
  - le tracé de type *segmentaire successif* : l'enfant réalise des petits tracés rectilignes ou légèrement courbés qui s'enchaînent les uns aux autres.
- Greig (9) explique que vers 2 ans et 6 mois, les traits sont maîtrisés, l'intentionnalité est alors évidente. Lurçat (28) ajoute que l'enfant s'entraîne au freinage, ce qui est facteur de progrès.
- Baldy (1) ajoute qu'aux environs de 3 ans apparaît le « double contrôle » du point de départ (motricité de proximité) et du point d'arrivée (motricité traçante). Lurçat (28) nous dit qu'alors l'œil guide la main, capable de joindre deux tracés antérieurement réalisés. Greig (9) ajoute qu'il permet la réussite du « rond ». Lurçat (28) précise que ce perfectionnement est permis par la mise en jeu de facteurs spatiaux (comme dans l'encadrement d'un tracé déjà produit et la répétition du contour de la feuille) et perceptifs (comme dans la fermeture d'une figure mal close).
- Bard et Hay (37) ont observé que chez les enfants de 5 ans, le contrôle du mouvement est balistique (gestes directs, stéréotypés, à vitesse élevée).
- Ils ajoutent qu'à 6-7 ans, le contrôle du mouvement est rétroactif au cours de l'exécution, à partir des données visuelles.
- Enfin, ils précisent qu'à partir de 9 ans, l'exploitation des informations proprioceptives du mouvement permettent de moduler le freinage, Laszlo et Broderick (38) parlent alors de « contrôle en temps réel ».

4. Les formes géométriques

D'après Baldy (1), l'acquisition des formes géométriques se fait selon la séquence suivante :

- **18 mois** : premiers traits verticaux tracés de haut en bas
- **2 ans ½** : traits horizontaux tracés de gauche à droite
- **3 ans – 3 ans ½** : cercle, croix
- **3 ans ½ - 4 ans** : fermeture du cercle, automatisation du geste
- **4 ans** : carré, rectangle
- **5 ans – 6 ans** : respect des dimensions et des angles des figures copiées. Réussite de la copie du losange.
- **7 ans** : copie de toutes les figures géométriques élémentaires.

Il précise que la fermeture des figures est une des difficultés majeures de l'exécution.

a) Le rond

Lurçat (28) a observé que la coordination du mouvement de rotation du bras autour de l'axe vertical (qui permet le tracé de traits horizontaux) et du mouvement de rotation autour de l'axe horizontal (qui permet le tracé de traits verticaux) du bras autour de l'épaule, permet l'apparition de tracés courbes : balayages, fuseaux, ellipses et enfin tracés circulaires. Le premier tracé est la courbe à deux points de rebroussements. Un puis les deux points de rebroussement sont supprimés. Ensuite la courbe s'arrondit progressivement en ellipse et enfin en tracé circulaire. D'autres tracés plus complexes apparaissent également grâce à la coordination entre les mouvements de la main autour du poignet et du bras autour de l'épaule : boucle, cycloïde et épicycloïde.

Plusieurs observations ont été faites sur l'exécution du rond. On peut noter qu'elles sont parfois incomplètes (ne rendant pas compte de l'âge par exemple) et contradictoires entre elles :

- Prudhommeau (16) a étudié l'exécution du rond chez des enfants en classe de perfectionnement (ces classes regroupaient des enfants aux difficultés hétérogènes, en particulier des enfants avec retard intellectuel). Dans 97 % des cas, l'enfant commençait par un mouvement centripète débutant par le haut (mouvement en flexion) et dans 3 % des cas, le rond était tracé dans le sens centrifuge. Ce deuxième sens était plus fréquemment utilisé quand le rond était tracé sans modèle.
  Il constate que le tracé peut révéler des difficultés, en particulier dans sa partie montante : déformations, tremblements et irrégularités sont en lien avec l'état moteur et psychique de l'enfant. La régularité de l'épaisseur du trait dans la première moitié du rond témoigne d'une bonne maîtrise motrice.
  Les enfants capables de tracer un rond en partant du bas et en tournant dans un sens ou dans l'autre avec une fermeture correcte seraient, pour Prudhommeau, au stade de réalisme visuel.
- Van Sommers (39) a observé une différence dans la réalisation du cercle chez les adultes gauchers et droitiers. Chez les droitiers, lorsque le cercle débute au dessus de la ligne allant de « 11 heures » à « 5 heures » (en référence au cadrant horaire), le mouvement va dans le sens antihoraire ; lorsque le cercle débute en dessous de cette même ligne, le sens de rotation est horaire. Chez le gaucher, le sens de rotation est horaire lorsque le cercle débute entre « 5 heures » et « 1 heure ».
- Gesell et Almes (40) ont étudié la direction de la rotation, dans la réalisation du rond. Elle se modifierait au cours du développement. Initialement antihoraire, elle deviendrait horaire pour redeviendrait antihoraire.

- Alors que les enfants droitiers privilégient, selon Blau (41), le sens antihoraire de façon de plus en plus prononcée quand ils grandissent (ce que Blau attribue à l'hémisphère dominant), les gauchers et les enfants présentant des difficultés scolaires et de comportement ont tendance à alterner sens horaire et antihoraire. Dans ces cas la dominance cérébrale serait mixte.

b) Le carré

La réussite du carré correspondrait à un âge mental de 5 ans selon l'épreuve de Binet-Simon (16).

Dans l'observation de Prudhommeau (16) chez les enfants en classe de perfectionnement :

- Dans 90 % des cas, le carré est commencé par le côté gauche tracé de haut en bas. Ensuite, dans 58 % des cas, l'enfant trace un trait horizontal après retour au point de départ et dans 32 % des cas il continue son tracé en bas du premier trait après un angle de 90°.
- Dans 8 % des cas, le tracé commence par un trait horizontal supérieur, de gauche à droite suivi du côté vertical gauche tracé de haut en bas.
- Dans 1 % des cas, le mouvement est centripète en commençant par le bas.
- Le tracé de traits parallèles se recoupant est utilisé dans 1 % des cas.

c) Le losange

Le losange correspondrait à un âge mental de 6 ans selon l'épreuve de Binet-Simon (16).

Toujours dans l'observation de Prudhommeau (16) :

- Dans 98 % des cas, le geste de départ est en flexion. Dans 55% des cas, les deux côtés supérieurs gauche puis droit sont d'abord réalisés. Dans 43 % des cas, ce sont les côtés latéraux gauches qui sont réalisés en premier. Dans 89 % des cas, les 4 traits sont faits de haut en bas, dans 9 % des cas, 3 traits sont faits de haut en bas et 1 de bas en haut.
- Dans les 2 % restant, le tracé est fait dans le sens circulaire, 2 traits en montant, 2 en descendant.
- La difficulté de la figure consiste en sa fermeture. Le losange est la figure géométrique la plus sensible aux altérations psychomotrices mais c'est également celle sur laquelle les auteurs sont le plus discordants.

d) Formes géométriques complexes

Bernbaum (42) a étudié la copie de figures complexes chez des enfants de 7 à 11 ans non scolarisés et donc non habitués à utiliser un crayon pour dessiner. Chez ces enfants, la copie ne s'effectuerait pas selon le schéma habituel de haut en bas.

5. Dessin du personnage

« La figuration ne peut dépasser les possibilités fonctionnelles du moment » (28). Ainsi, selon Lurçat (28), le bonhomme-têtard correspond à la mise en place du contrôle simple et le personnage avec corps au contrôle double. Ce dernier nécessite un progrès fonctionnel : la réalisation de deux cercles tangents extérieurement.

Une étude réalisée par Servais (43) chez 80 filles de 7 à 16 ans, révèle que la construction du personnage débute dans 84 % des cas par le contour de la tête. Dans 66 % des cas, le cou, les membres supérieurs, le tronc, les membres inférieurs sont dessinés à la suite l'un de l'autre.

Pour Goodnow (44), le manque d'expérience est à évoquer lorsqu'un enfant débute le personnage par le milieu ou le bas. Chez des enfants de 3 à 5 ans, elle a observé que les plus jeunes dessinent la tête dans le sens horaire et les plus âgés dans le sens antihoraire.

6. Outils permettant l'étude des aspects dynamiques du dessin

L'observation de l'enfant et l'enregistrement cinématographique ou vidéo d'un enfant en train de dessiner ont permis de mener de nombreuses observations sur les aspects moteurs du dessin. Cependant ces méthodes ont leurs limites : une caméra fixe ne peut pas tout capter et, comme l'a noté Wallon (5), la situation d'observation clinique peut troubler l'enfant et avoir un retentissement sur le dessin.

Philippe Wallon (5) (45) propose d'utiliser l'informatique comme outil d'exploration de l'aspect dynamique du dessin. Le matériel comporte une table à digitaliser et un stylo numérique enregistrant 50 images par secondes connectés à un ordinateur via une prise USB. Un logiciel informatique permet d'enregistrer et d'analyser les tracés. Cette méthode est nommée « ELIAN software » (Expert Line Information ANAlyser).

Les résultats des études que Wallon (46) a réalisées avec cet outil montrent que :

- les enfants (droitiers et gauchers) débutent le tracé par le haut de l'élément dans 50 % des cas pour la tête et dans 80 % des cas pour le tronc ;
- le début latéral de la tête se fait par la droite chez les droitiers et par la gauche chez les gauchers ;
- les jeunes enfants commencent le dessin en dessous de la ligne allant de « 11 heures » à « 5 heures » et les enfants plus âgés au dessus de la même ligne (confirmant l'étude de Van Sommers).
- Un des résultats importants porte sur l'orientation du premier trait. Les droitiers choisissent quasiment exclusivement le sens « droit » ou antihoraire pour tracer la tête ou le tronc en débutant par le haut. Les gauchers ont tendance à hésiter entre les deux sens (5).

E. Evolution des contenus du dessin

1. Choix du thème

Pour Luquet (7), il existe trois types de <u>facteurs d'intention</u> :

- **L'influence des circonstances extérieures,** parmi lesquelles les suggestions étrangères n'auraient que peu d'influence dans le choix du motif représenté.
  (Annexes II : Figure 37 et Figure 38 Ces deux dessins sont influencés par le contexte : la visite d'une exposition et la période de Noël.)
- **L'association des idées** comprend l'analogie de rôle (intellectuelle) et l'analogie d'aspect (ressemblance visuelle) ou analogie morphologique. Luquet distingue l'analogie morphologique objective (les objets représentés se ressemblent par leur aspect) et l'analogie morphologique graphique (la représentation des objets se ressemble : « dans les dessins du début, la maladresse de l'exécution donne aux tracés une ressemblance qui n'existe pas entre les objets réels »). Elles sont souvent indiscernables.

- **L'automatisme graphique** (reproduction machinale du même dessin en plusieurs exemplaires) peut être immédiat (un dessin est immédiatement suivi d'un ou de plusieurs autres dessins du même motif) ou continu (le même dessin est reproduit à un ou plusieurs jours d'intervalle).

Luquet (7) appelle « interprétation » l'explication que l'enfant donne de son dessin. L'intention primitive et l'interprétation peuvent coïncider, en fonction de l'habileté graphique. Souvent, elles sont différentes. Une interprétation différente de l'intention primitive peut concerner le dessin entier ou un détail. Une fois qu'un dessin a reçu une interprétation différente de l'intention primitive, cette interprétation devient en quelque sorte une intention secondaire qui provoque souvent l'addition au dessin de détails appropriés.

2. Thèmes

a) Dessin du bonhomme

René Baldy (1) y a consacré un livre, en raison de sa fréquence : « on estime que 75% des dessins des enfants sont des personnages ». Il constate que les dessins des enfants actuels ne comportent pas de différences avec ceux observés par Luquet, presque un siècle plus tôt.

Il observe que les enfants du même âge font des dessins différents. A l'intérieur d'un même groupe d'âge les écarts à la moyenne sont très importants. La variabilité interindividuelle à chaque âge est plus forte que la variabilité développementale.

Cependant, Widlöcher (3) précise que le bonhomme est rarement désigné dans les premiers dessins que l'enfant nomme. Le plus souvent la première fois que l'enfant représente un bonhomme, cela correspond à une surface limitée par un trait. La notion de contour est donc très importante.

(1) Les éléments représentés

Les éléments représentés évoluent en fonction de l'âge. Baldy (1) nous présente l'évolution générale de l'apparition de ces éléments :

- Avant 5 ans : tête, jambes, yeux
- 5 ans : bras, nez, bouche, tronc, pieds
- 7 ans : cheveux, doigts, 1er vêtements
- Plus tard : respect du nombre de doigts, habillement complet, oreilles (mais jamais figurés chez 80% des enfants de 10 ans.

Sternis (24) précise qu'au départ les détails sont représentés agglomérés et les plus importants sont les organes de communication : la bouche, les yeux, les mains-bras et les jambes-pieds. Cox (47) a observé qu'à 4 ans, les yeux sont représentés dans 98,5% des cas. En effet, selon Brauner et Brauner (48), c'est une partie du corps essentielle dans le schéma interne de l'enfant à cet âge. Les personnages sources d'angoisse sont souvent figurés « le visage vide ».

Baldy (1) ajoute qu'en général, le nez n'est pas représenté. Le bras gauche est également souvent oublié et les bras sont souvent attachés à la tête. Le cou est souvent oublié. Les 5 doigts peuvent être représentés à partir de 7 ans. Le bonhomme s'habille vers 7/8 ans, quand l'enfant plonge dans la culture.

(2) L'évolution du personnage

Pour Widlöcher (3), le bonhomme-type correspond au schéma que l'adulte se fait du personnage humain. Il est composé de deux ovoïdes, l'un supérieur, figurant le visage, l'autre inférieur, figurant le tronc et qui sont juxtaposés. Les bras sont implantés sur la partie supérieure de l'ovoïde inférieur, les jambes sur la partie inférieure. Il est correctement réalisé vers 5 ans et évolue par une augmentation des détails. Il ne constitue pas l'unique façon de représenter les personnages chez l'enfant. Plusieurs auteurs ont décrit l'évolution du dessin du personnage. Ici nous allons aborder les évolutions décrites par Baldy (1), Greig (9) et Wallon (5).

(a) Evolution du personnage selon Baldy

René Baldy (1) a résumé cette évolution, à partir des descriptions d'autres auteurs :

- Ségers et Liégeois (49) décrivent deux types de points de départ :
  - **le bonhomme « rond »** qui divise la page en un dedans et un dehors, nommé « stade cellule » par Luquet en 1920 ;
  - **le bonhomme « en pièces détachées » ou « bonhomme énuméré »** de Lurçat (28). Pour Wallon (50) « l'énumération est la forme fréquente sous laquelle se développe la pensée de l'enfant ».

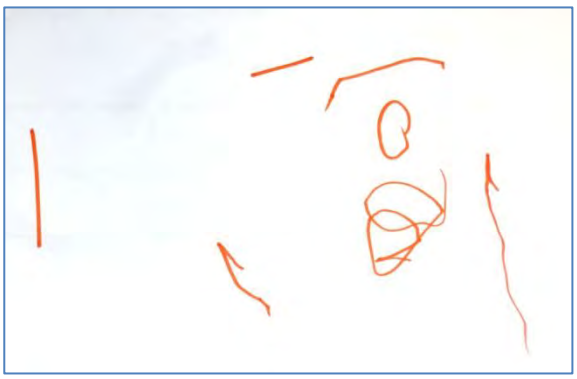

Figure 13. Bonhomme énuméré. Enfant de 3 ans et 4 mois

- **Le bonhomme « têtard »** que Luquet (7) avait décrit en 1920 consiste en une « représentation du corps humain qui, à s'en tenir à la matérialité des traits, ne contient qu'une tête et des jambes, en sorte que ce qu'on appelle communément le corps et que, pour éviter toute ambiguïté, nous appellerons le tronc, semble n'être pas figuré ».

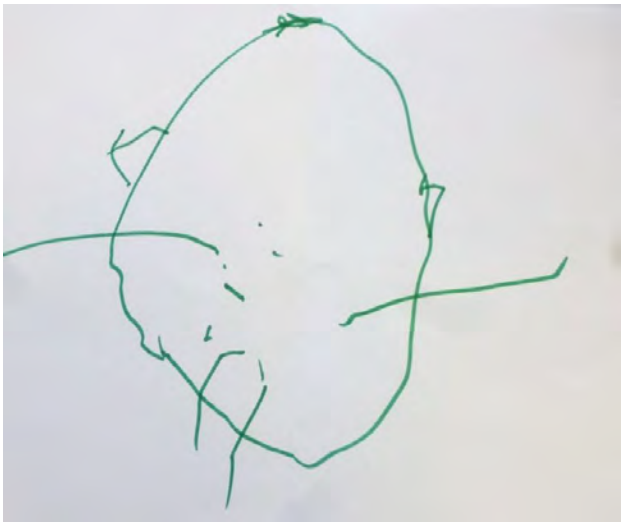

Figure 14. Bonhomme-têtard. Enfant de 3 ans et 9 mois.

- Selon Greig (9), les bonhomme-têtards les plus précoces (3ème année) sont de type « **archaïque** », faits à partir de gribouillis ronds. L'intention figurative est en avance sur les capacités grapho-motrices. **Les têtards « primitifs »** sont des figures rayonnantes, contenantes, les yeux sont représentés et le rond est fermé. Ils sont rapidement complétés par des éléments du corps et deviennent des **têtards « classiques »**.
- Greig (9) ajoute que chez les enfants qui présentent un « retard graphique », on peut observer **les têtards « prolongés »** : « la qualité et la précision du tracé contrastent avec le retard ou le blocage conceptuel de l'élaboration graphique globale ».
- Baldy (1) distingue les formes plutôt rayonnantes : le type têtards « soleil » ou « en pelote d'épingle » ou « têtard tentacule ».
- Pour Luquet (7), on ne peut pas parler d'un « stade têtard » correspondant à un âge déterminé mais d'un « type têtard », comprenant diverses variétés, qui peut se prolonger même lorsque l'enfant est capable de produire des dessins de bonhommes plus évolués.
- Selon Baldy (1), pour l'enfant de 3 ou 4 ans, le tronc ne sert à rien, le bonhomme-têtard est le produit d'un « réalisme fonctionnel ». Il existe un déficit de conceptualisation du tronc, qui persiste à l'âge adulte. Le bonhomme-têtard peut être considéré comme un « modèle interne minimum », un « résume symbolique du bonhomme ».

- **Le bonhomme « intermédiaire »** est, d'après Baldy (1), entre le bonhomme têtard et conventionnel. « Le tronc n'a pas encore une existence graphique à part entière ».

Figure 15 : Myriam, 4 ans et 3 mois. Bonhomme de type "intermédiaire".

- **Le bonhomme « conventionnel additif »** se présente comme une addition de parties nommables verbalement. Baldy (1) distingue les bonhommes conventionnels « filiforme » et « tube ».

Figure 16 Bonhomme de type « conventionnel additif tube ». Fille, 5 ans.

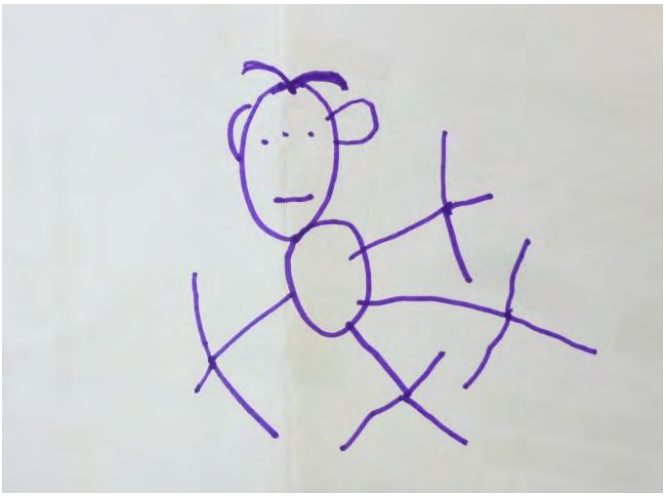

Figure 17 Bonhomme conventionnel filiforme

- **Le bonhomme « contour »** apparait vers 8 ans, Baldy (1) précise alors que « le dessin redevient une figure contenante, une enveloppe ».

Figure 18 Bonhomme de type « contour »

(b) Evolution du personnage selon Greig

L'évolution du personnage est le témoin de la construction du schéma corporel. Greig (9) a décrit les cinq étapes de cette construction progressive de la représentation du corps :

- **La figure-têtard**.
- **La verticalisation** : avant même que le corps soit constitué, la figure-têtard présente une bipolarisation, les bras s'insèrent directement sur les jambes.
- **L'organisation de la structure tête/corps** peut se faire de différentes manières.
    - Le « têtard tardif verticalisé » : l'élaboration générale ne progresse plus alors que le tracé gagne en précision et que de nouveaux détails apparaissent.
    - L'acquisition de la forme rapportée fait apparaître le tronc sous la tête (l'ordre de la construction peut être inversé, la tête est alors tracée rapportée au corps). La fermeture de l'axe vertical est à l'origine d'un corps de forme plus ou moins rectangulaire ou trapézoïdale. Ces deux mécanismes se mêlent en fonction de la maîtrise du tracé.
    - Moins fréquemment on observe l'assemblage des deux formes de la tête et du corps par juxtaposition. Les deux formes peuvent être sécantes ou tangentes. Ce mode de lien est moins fréquent et disparaît rapidement avant 6 ans car il ne constitue pas une intégration satisfaisante de la représentation mentale du corps.

Figure 19. Organisation de la structure tête-corps par assemblage de formes tangentes. Le cou est représenté entre la tête et le corps. 4 ans, 2 mois.

Figure 20. Organisation de la structure tête-corps par assemblage de formes sécantes. Enfant de 4 ans, 3 mois.

    - Trois formes atypiques sont également à noter : le *« corps impossible » ou têtards prolongés* (Il y a une impasse dans la conception du schéma corporel qui se manifeste par l'allongement de la forme ou des jambes), *le corps séparé* (Figure 21) (Tête et corps s'individualisent, il y a une perte du lien, de l'unité) et le *« corps larvaire »* (le corps est réduit à sa structure de tête et tronc, les membres sont négligés).
      Corps séparé et corps larvaire sont observés chez des enfants dont l'évolution graphique est précoce, abondante et riche ; ils constituent souvent les premiers essais

de représentation du corps. Leur apparition précoce serait le reflet du moment où le schéma corporel doit exprimer à la fois le maintien de son unité et la distinction de ses parties. L'incitation trop précoce à représenter un bonhomme avec tête et corps (par l'institutrice par exemple) peut aboutir à l'éclatement de cette représentation.

Figure 21 Bonhomme de type « corps séparé ». Enfant de 4 ans et 3 mois

- **Le perfectionnement**. Chez les enfants les plus à l'aise, l'accès à la forme rapportée permet la poursuite de la progression. Les membres prennent de l'épaisseur (tracé à « double contour ») ; thorax et abdomen se distinguent ; jupe et pantalon apparaissent ainsi que parfois le cou.
- L'aboutissement de la construction de la représentation du corps est **le dessin du couple bien différencié**, où les vêtements sont également bien différenciés. Le processus de la forme incluse y participe et exige une plus grande précision du geste.

Les enfants accèdent à ces stades de représentation en moyenne à 3 ans ½ pour la figure-têtard, 4 ans pour la verticalisation, 4 ans ½ pour le personnage avec tête et corps. L'enfant termine la petite section de maternelle avec la figure-têtard et la moyenne section avec l'accès au tête/corps.

Ces âges moyens ne correspondent pas à une « normalité », l'hétérogénéité est grande entre les enfants. Greig (9) ajoute que dans les populations très perturbées, avec carences éducatives graves, interventions sociales et judiciaires nombreuses, on n'observe aucune figure-têtard à 3 ans ½. A 4 ans ce retard est pratiquement comblé et à 4 ans ½ la structuration tête et corps est présente chez la moitié de ces enfants pourtant très perturbés. Selon Philippe Wallon (5), 95 % des enfants de 6 ans distinguent tête et corps.

(c) Evolution du personnage selon Wallon

Philippe Wallon (5) décrit l'évolution du personnage selon trois grandes formes qui peuvent être pures ou associées entre elles.

- Un tracé additif constitue la **forme rapportée**, élaborée sans préméditation.

Figure 22. Organisation de la structure tête-corps : forme rapportée. Enfant de 4 ans et 3 mois.

- Le stade suivant est celui de la **forme incluse**, (ou « embracing line » décrite par Goodnow en 1977) où tous les éléments sont inclus dans un même tracé. Il y a donc une préméditation des éléments. (cf. Figure 18 Bonhomme de type « contour »)
- Le dernier type est la **forme arrêt-reprise** avec préméditation du trait. L'enfant prévoit en effet la place des éléments et celle du trait. Elle est caractéristique des adolescents. Cette forme prend en compte la perspective et les éléments masqués.

Il évoque également l'existence de formes plus rares : les formes rapportées primitives et les formes incluses primitives.

(3) Le sexe du bonhomme

Baldy (1) observe que les garçons dessinent majoritairement des personnages masculins et les filles dessinent majoritairement des personnages féminins. Selon Abraham (51), le sexe du personnage dessiné serait une bonne indication de l'identification sexuelle de l'enfant.

Greig (9) précise que le sexe n'apparaît directement que furtivement, entre la prise de conscience de sa place dans le schéma corporel et celle de l'interdit social à le dessiner. Garçons et filles le représentent extériorisé par un appendice, que le personnage dessiné soit féminin ou masculin. « On constate l'inscription habituelle du sexe dans la logique d'affirmation des figurations rayonnantes, puis phalliques, et l'inscription de la fécondité dans la symbolique d'attachement des figurations contenantes. » En dernière année de maternelle, le couple est bien différencié. La distinction sexuelle est pudique, elle s'exprime par les cheveux et les vêtements.

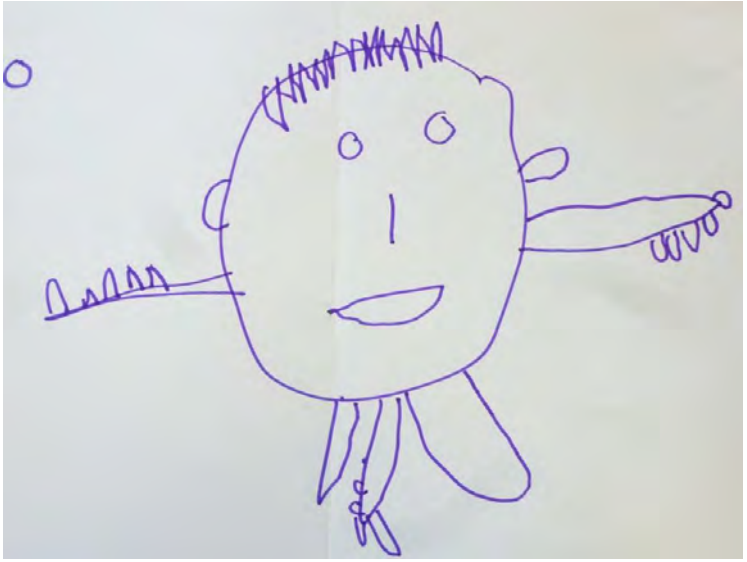

Figure 23. Bonhomme représenté avec un sexe. Enfant de 4 ans, 2 mois.

Greig (9) explique que la période de latence est un âge où l'identité s'affirme en particulier par le fait d'être un garçon ou une fille. Paradoxalement, on constate une « désexualisation » apparente. Le clivage masculin/féminin n'est pas exprimé directement, mais dans les thèmes et les attributs.

L'érotisme dans les dessins est cependant présent, souvent scatologique mais censuré (dans les brouillons).

(4) Dimensions

Baldy (1) observe que la taille du bonhomme augmente avec l'âge de l'enfant entre 6 et 10 ans. 50% des enfants de 8 ans respectent les rapports. Le plus souvent les bonhommes sont représentés avec une tête proportionnellement trop grosse.

(5) Représentations des émotions

Baldy (1) précise que le bonhomme est généralement souriant. La joie et la tristesse sont correctement marquées à partir de 8 ans e la colère et la surprise à partir de 11 ans.

(6) Représentation du bonhomme dans l'espace

Selon Baldy (1) la dimension verticale serait dominante dès l'âge de 3 ans.

Prudhommeau (16) insiste sur le fait qu'il est important d'observer la réalisation du bonhomme car l'enfant peut tourner ou déplacer la feuille pendant qu'il dessine et un bonhomme qui paraît couché ou la tête en bas peut avoir été dessiné verticalement et « debout ».

Baldy (1) observe que le bonhomme est représenté le plus souvent de face.

Il ajoute que le bonhomme de profil émerge vers 7 ou 8 ans. Widlöcher (3) précise que le profil apparait selon une évolution en trois temps. D'abord le profil se manifeste par le geste (mouvements des bras), puis le corps et les pieds sont représentés de profil et enfin le profil de la tête complète celui du corps. Le profil gauche est le plus fréquent. Pour Prudhommeau (16), l'orientation sénestrogyre serait un reflet de la motricité. Elle se retrouve dans le tracé de l'ovoïde du bonhomme

têtard et dans l'orientation des boucles de l'écriture cursive. Chez les gauchers la tendance serait à tourner le profil vers la droite. Lorsque le profil apparaît, l'enfant peut continuer à représenter les détails antérieurs du visage de face.

Selon Baldy (1), la capacité à dessiner un bonhomme de dos s'installe entre 5 et 9 ans.

D'après Prudhommeau (16), la position assise présente des difficultés différentes selon que le bonhomme est de face ou de profil. La position la plus difficile à représenter est la position à genoux.

(7) Représentations statique et dynamique

Pour Prudhommeau (16), le dynamisme peut apparaître dès le stade du bonhomme têtard. Il se manifeste par la représentation d'un mouvement orienté vers l'objet (mouvement de contact). Le plus souvent il est figuré à droite du bonhomme. L'objet se retrouve donc manié par la main gauche alors que l'intention serait l'inverse. Cette première manifestation de dynamisme apparaîtrait vers 5 ans. Ensuite, il peut évoluer vers d'une part une expression schématique du mouvement, d'autre part une représentation statique améliorée. Les deux procédés fusionneraient lors du stade de la perspective. Selon les observations de Prudhommeau, les enfants présentant un retard mental ne pourraient pas accéder au schématisme.

La deuxième étape du mouvement est celle de l'activité de contact avec l'objet, où le bras est représenté incliné. Dans ces deux premiers stades, le mouvement du bras est représenté de façon bilatérale et symétrique. Le bras inutile peut être supprimé : le plus souvent il s'agit du bras droit. Pour Prudhommeau (16), le profil apparaît par dynamisme. Il va permettre la représentation de la marche, tout d'abord suggéré par des jambes en A ; puis l'articulation des genoux et des pieds permettra de représenter la course, le saut.

(8) Différences entres filles et garçons

Selon Sternis (24), jusqu'à 6-9 ans, les dessins de filles seraient plus petits. Comme nous l'avons déjà vu avec Baldy (1), les filles représentent plus souvent des personnages féminins et les garçons des personnages masculins. Sternis ajoute que les caractères sexuels sont moins marqués que chez les garçons. Elles s'intéressent plus à l'aspect esthétique qu'à la fonction du personnage. Le mouvement et le profil sont représentés moins tôt et moins souvent. Les jambes et les bras sont plus courts. Les cheveux, yeux et visages sont représentés plus tôt, les visages sont plus grands et plus détaillés. Les proportions sont moins maîtrisées. La transparence disparaît plus tôt.

b) Dessin de la maison

Greig (9) décrit que vers 3 ans / 3 ans et demi, l'enfant trace une figure fermée et distingue un bonhomme d'une maison par le nom qu'il lui donne. A 4 ans, la maîtrise du carré permet de dessiner une maison dont la porte et les fenêtres pourront être représentés par des ronds et des croix. Puis, la forme rapportée s'associe au carré et donnent l'aspect habituel de la maison.

Dans les dessins Greig (9) constate souvent une homologie entre visage, maison et giron. La maison peut former un visage dans lequel peuvent apparaître cils, pupilles, larmes … L'homologie avec le giron peut se manifester lorsque la porte est représentée comme un bébé maison. Le corps humain (celui de la femme en particulier) et la maison peuvent également se métamorphoser réciproquement.

Figure 24 Maison anthropomorphe. Fille, 5 ans et 8 mois.

Dolto (52) a décrit l'évolution du dessin de la maison chez l'enfant. Dans un premier temps, la maison est rudimentaire : les contours sont arrondis ; une petite porte est dessinée vers la base ; une fenêtre hublot arrondie est dessinée directement au-dessus de la porte. C'est la « maison-meule ». Puis la maison se structure en un bâtiment carré et un toit triangulaire. C'est la « maison-Dieu », elle correspond à la période où l'enfant teste les limites éducatives parentales. Elle correspond à la « prémaison » décrite par Stern en 1973 (17). La dernière étape de cette évolution est la « maison-sociale » : sa base s'élargit et devient rectangulaire et la toiture devient trapézoïdale.

Figure 25 Plusieurs maisons de type "maison-Dieu". Garçon, 7 ans.

c) Dessin des animaux

Ph. Wallon (53) a montré que les évolutions des dessins du personnage et de l'animal sont équivalentes.

Pour Greig (9) cette similitude s'applique également chez les enfants plus jeunes. Au départ, comme pour la maison et le bonhomme, l'enfant dessine une forme fermée. Puis, la forme fermée évolue vers une figure-têtard rayonnante. Cette figure semble d'autant plus rayonnante que l'animal est peu apprivoisé et dangereux. Quand le personnage se verticalise, l'animal s'horizontalise tout en étant représenté de profil. Lors de l'acquisition de la structure tête/corps, l'animal est dessiné avec un visage anthropomorphe de face et le corps rapporté de profil. La ligne des yeux perd parfois son horizontalité. L'utilisation de la forme rapportée et de la forme incluse permettent la progression. Les pattes, oreilles, queue, attributs de l'animalité, apparaissent, alors que les autres traits du visage sont davantage élaborés chez le personnage.

L'évolution de l'animal selon Ph. Wallon (5) est la même que celle du bonhomme : forme rapportée, forme incluse et forme arrêt-reprise. Le dessin de l'animal permettrait de mieux différencier ces stades, ce qui est plus difficile chez le personnage en raison de sa tête qui reste longtemps ronde.

Selon Greig, tout comme le personnage de profil, le dessin d'un animal de face est rare.

(Figure 34 Figure 35 : abeilles et libellule sont représentées de profil)

Figure 26 Petits poneys dessinés de profil. Fille, 5 ans.

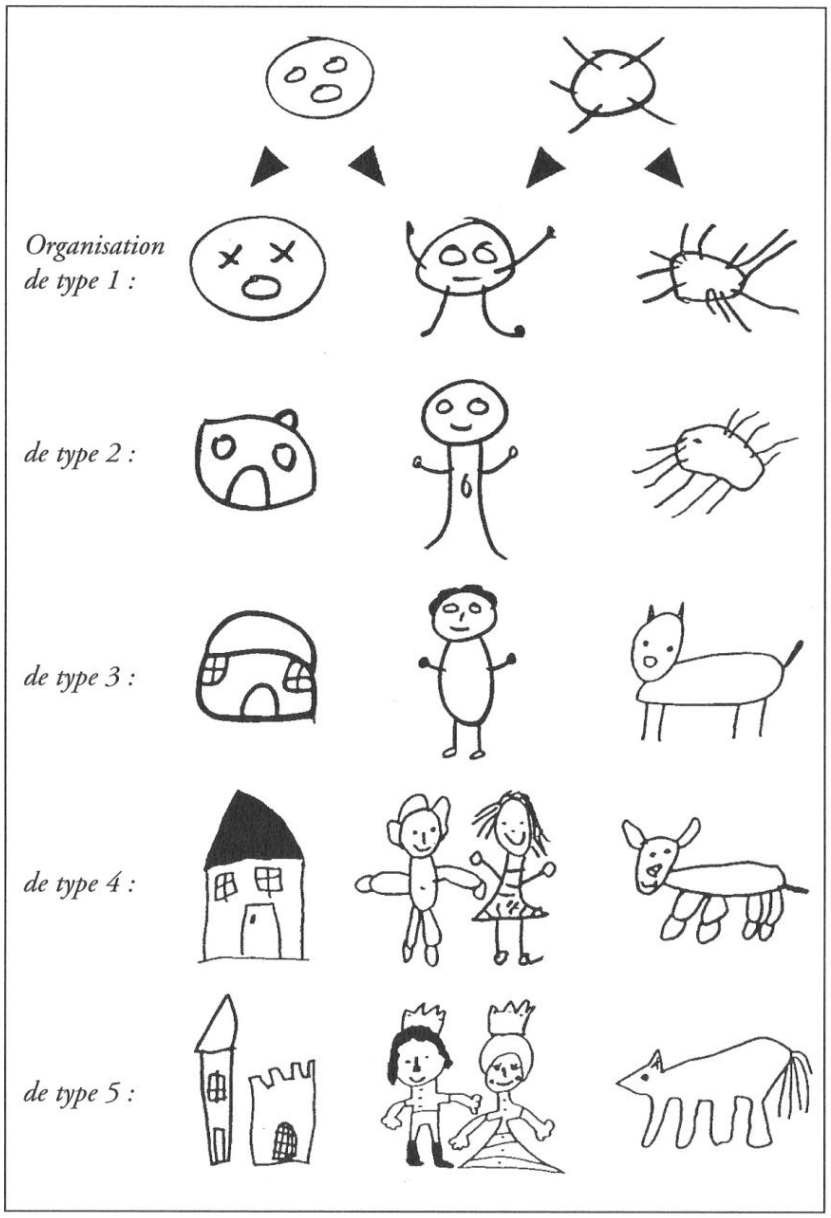

Figure 27 Evolution des thèmes de la maison, du bonhomme et de l'animal selon Greig, in Greig, 2000 (9).

d) Dessin de l'arbre

Greig (9) observe que l'arbre a une bipolarité intrinsèque, il condense l'axe vertical du tronc avec la couronne. Les premières représentations d'arbre apparaissent vers 3 ans, avec une hésitation entre figure fermée ou rayonnante et l'axe vertical. Dans la majorité des cas, tronc et couronne sont tous deux représentés à partir de 4 ans. La condensation avec le personnage et la maison est possible. La projection de l'image humaine se fixe soit sur la couronne soit sur le tronc.

Fernandez (54) remarque qu'au début de l'adolescence, les filles auraient tendance à privilégier le bleu pour le feuillage avant de passer au vert. Les garçons auraient tendance à prolonger leur expression pulsionnelle en utilisant plutôt le jaune et l'orangé. Au moment de l'adolescence, le feuillage de l'arbre prend la couleur verte, l'arbre devient moins coloré, moins impulsif.

e) Dessin de paysage

Le paysage est un autre grand sujet de la latence. Greig (9) observe qu'il se constitue avec la ligne de sol et la ligne de ciel, organisant très tôt un « espace à trois bandes ». Sol et ciel se réunissent ensuite pour former un fond continu et une première ligne d'horizon.

Figure 28 Paysage à 3 bandes. Fille, 5 ans et 3 mois.

3. L'espace

« Vers 2 ans, l'enfant donne plus d'amplitude à ses productions, il les organise de plus en plus nettement au centre ou dans l'espace global de la feuille » (9).

a) Construction de l'espace

Selon Greig (9), la construction de l'espace se fait en quatre étapes : le point de vue unique, l'assemblage synthétique (c'est à cette étape qu'on observe les procédés de rabattement et de transparence), la recherche de profondeur et enfin la perspective conventionnelle. « L'espace demeure sans profondeur véritable jusqu'à l'adolescence ».

Baldy (1) explique que la construction des rapports spatiaux se fait sur deux plans : perceptif et pratique d'une part, représentatif d'autre part. A partir de 2 ans, tout ce qui a été acquis sur le plan de la perception et de l'action est reconstruit sur le plan de la représentation. Dans l'un et l'autre plan, les rapports spatiaux se construisent en suivant le même ordre : topologiques puis simultanément euclidiens et projectifs. Piaget et Inhelder (55) ont en effet décrit ces trois types de rapports spatiaux :

- **La géométrie topologique** définit un espace élastique, déformable, sans constance des formes et des grandeurs.
- **Les rapports euclidiens** : l'espace euclidien est caractérisé par la construction des systèmes de références indépendants des objets qui y sont contenus. Vers 7 ans, ces références permettent à l'enfant de se détacher de la base ou de la paroi du bocal pour dessiner le niveau de l'eau horizontal dans le bocal incliné, de la pente de la montagne pour dessiner

l'arbre vertical ou de la pente du toit pour dessiner la cheminée verticale.

- **Les rapports projectifs** : vers 7 ans, l'enfant prend conscience de son point de vue propre en le différenciant et en le coordonnant avec les autres points de vue possibles. La perspective peut apparaître.

« L'espace représentatif se greffe donc sur d'autres espaces, espaces vitaux et chargés d'affects. Cet espace représentatif – qui donne naissance à l'espace figuratif – est toujours en retard par rapport à l'espace perceptif. Le dessin ne correspond donc jamais à la vision de l'enfant qu'avec un certain décalage et il serait faux de croire que le dessin résulte d'un simple transfert de l'espace perceptif. Il y a création et interprétation. » (25).

b) La représentation des volumes

Greig (9) décrit la représentation du volume à partir du dessin de la table :

- Entre 5 et 8 ans (parfois dès 4 ans), la table est représentée en élévation (plateau réduit à un trait) ou avec rabattement (le plateau peut représenter la table complète, sauf quand les pieds sont rabattus de façon rayonnante). Le **« rabattement »** des éléments sur le plan frontal et unique est une caractéristique du dessin enfantin.
- Vers 7 ou 8 ans, l'enfant ne peut plus représenter le plateau de la table sans les pieds, ou il y apporte une certaine surface.
- Vers 10 ans, apparaissent les premières représentations en perspective. Arno Stern a montré que les deux démarches initiales (plateau en élévation ou rabattu) évoluent de façon convergente vers le dessin de la table en perspective.
- Les assiettes sont représentées soit contenues sur la table dessinée en plateau soit rabattues. Elles sont toujours dessinées rondes. Les pichets et les vases sont représentés de profil. Les objets sont représentés d'un point de vue unique, pleine face ou plein profil. L'expression graphique des trois dimensions nécessite, et exprime une synthèse psychologique de ces deux positions.
- La maîtrise de la perspective conventionnelle n'est possible qu'en fin de période de latence.

Figure 29 Maison représentée en perspective par un enfant de 8 ans, de jour.

Figure 30 Maison représentée en perspective par un enfant de 8 ans, de nuit. Dessiné au verso de la figure précédente.

Entre 5-6 ans et 10- 12 ans la conquête de l'épaisseur évolue selon quatre étapes décrites par Greig (9) :

- le point de vue unique,
- l'assemblage syncrétique, avec ses rabattements,
- la recherche de la profondeur,
- la perspective conventionnelle.

c) Devant-derrière

Greig (9) décrit les deux procédés permettant de représenter le visible et le caché :

- **La transparence** : les deux objets sont représentés en superposition.
  Elle est, avec le rabattement, une des caractéristiques les plus anciennement décrites du dessin enfantin.
  Cette transparence de superposition s'efface peu à peu au profit du fonctionnement de l'arrêt-reprise. Elle est différente de la transparence de schématisation, qui est elle, inspirée par la curiosité pour les mécanismes de la vie et l'intérieur des choses (images de gravidité, maisons avec leurs aménagements intérieurs).
  La transparence persiste d'autant plus que le sujet est complexe. Elle peut être utilisée simultanément avec le principe de « l'arrêt-reprise » dans un même dessin.
  (Annexe : Figure 39)
- **Le principe graphique de l'arrêt-reprise**.
  « Lorsque la logique d'interruption de l'arrêt-reprise commence à s'imposer, (…) nous sommes bien près de la sortie de l'enfance ».

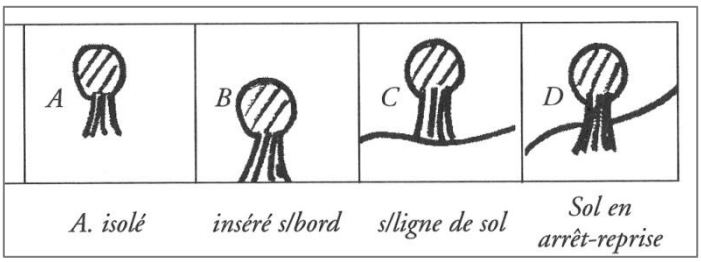

Figure 31 Evolution des relations de l'arbre avec l'espace d'après les trois caractéristiques de Muschoot et Demeyer in Greig, 2000 (9).

d) Relation entre les objets

Selon Greig (9), la représentation des relations évolue selon trois stades :

- Dans un premier temps la relation est absente : le **point de vue est unique** et les éléments sont simplement juxtaposés. La *juxtaposition* est utilisée en particulier dans les dessins où l'espace est représenté en « trois bandes » (ligne de ciel et ligne de sol structurent l'espace graphique) et où l'enfant représente un « inventaire du monde ». La perspective est alors inexistante. Lurçat (28) ajoute que le raccord entre les éléments juxtaposé est verbal. A ce stade, on observe aussi des *stéréotypies* (Annexes : Figure 40, espace en « trois bandes ».)
- Puis, apparaît les **représentations primitives de la relation**. Le contact de deux points de vue peut être représenté par le *rabattement* d'un plan sur l'autre et par la *superposition d'éléments avec transparence*. Les *actions peuvent être matérialisées* par un trait.
- Par la suite, la relation s'enrichit de tous les jeux de hiérarchies des places ou des tailles. Au

moment où la **profondeur est recherchée**, apparaissent les procédés de *coordination*, *arrêt-reprise des positions et des plans*. Petit à petit, l'enfant accède à la **perspective conventionnelle**.

Philippe Wallon (5) observe que la taille des éléments représentés ne respecte pas la réalité, les objets peuvent avoir des rapports de taille disproportionnés entre eux.

e) Le remplissage des surfaces

Il existe selon Greig (9) deux modalités de remplissage des surfaces :

- **Le « bourrage »** : l'espace resté vide est occupé de façon stéréotypée. Les séries d'oiseaux schématisés en sont l'illustration la plus fréquente. Cette modalité, plus sensible à une logique d'ornement, développe les rythmes et souvent les symétries et peut être rapprochée des compositions uniquement décoratives. (Annexes : Figure 41, exemple de « bourrage ».)
- Une deuxième modalité est davantage marquée par **l'affirmation pulsionnelle**. Elle se manifeste d'abord par des dessins de fumée ou de chemins au déploiement impérieux et envahissant. Puis, on observe, lors de représentations de motifs débordants, comme le mauvais temps, un coloriage très intense du motif et du fond. Enfin, l'aboutissement de ce mouvement expressif se manifeste par une explosion pulsionnelle dans des compositions purement abstraites. (Annexes : Figure 42)

4. La narration graphique

D'après Baldy (1), la capacité de l'enfant à dessiner un bonhomme en action apparaît vers 7 ans, quand il commence à prendre en compte le point de vue d'autrui, qu'il soit physique (face/profil), ou social. Avant, l'enfant pense que son point de vue est unanimement partagé.

De 2 à 7 ans, la pensée est pré-opératoire selon Piaget et Inhelder (55). Les aspects figuratifs de la pensée priment. L'enfant ne peut saisir que les états et non les transformations elles-mêmes. Les images statiques dominent, c'est pourquoi le bonhomme dessiné est statique.

A à 7 ans : c'est l'entrée au stade opératoire concret selon Piaget et Inhelder (55). Les images mentales cinétiques et de transformation permettent au bonhomme de devenir dynamique. Le bonhomme debout et de face est susceptible d'être transformé.

Luquet (7) décrit trois manières de représenter l'action :

- **Le type symbolique** : l'enfant représente le moment le plus important et symbolique de l'ensemble. Il est couramment utilisé par les professionnels de l'illustration et se rencontre également dans les dessins d'enfants, mais reste rare avant 11/12 ans.
- **Le type successif** n'existe que chez l'enfant et peut être avec ou sans répétition :
    - Variété à répétition : les éléments changeants sont représentés plusieurs fois. (Annexe : Figure 39)
    - Variété sans répétition : des éléments qui dans l'action réelle se présentent successivement sont réunis dans une image unique mais sans qu'aucun de ces éléments ne soit figuré plus d'une fois.
- **Le type d'Épinal** : l'histoire est représentée par plusieurs images dont chacune figure un des moments et forme un tout complet. Ce type remplace progressivement le type successif et devient prédominant vers 8 ans. Il est le mode de narration des bandes-dessinées qui étaient assez peu répandues lorsque Luquet a fait ses observations.

5. Les couleurs

Selon Greig (9), les enfants les plus jeunes utilisent les couleurs qu'ils préfèrent (le rouge en particulier) sans se préoccuper des teintes naturelles. Pendant la période de latence, les couleurs sont de plus en plus réalistes. Au début de l'adolescence, la couleur est souvent abandonnée.

6. Influence de la culture

Widlöcher (3) rapporte qu'en 1907, Probst, un instituteur français, a étudié les dessins d'enfants kabyles et a pu noter l'originalité de ces dessins par rapport à ceux d'enfants européens.

L'influence de la culture sur les dessins d'enfants a fait l'objet d'une analyse sociologique de G. Rioux, en 1951 (56). Il s'agit d'une étude comparative de dessins d'enfants arabes et d'enfants français. Rioux ne retrouve pas de différence fondamentale au niveau du graphisme. Les différences qui existent concernent le plus souvent des détails et sont liés avec des traits caractéristiques de la civilisation dans laquelle vit l'enfant. Dans les dessins des enfants arabes, une chéchia coiffe souvent les bonhommes têtards et des mosaïques multicolores couvrent les maisons. Le choix des couleurs diffère : chez les européens les teintes pures sont fréquentes, chez les enfants arabes, les teintes dominantes sont le jaune, l'indigo, le vert et l'orangé. Ces teintes sont également retrouvées dans le graphisme des enfants extrême-orientaux, en particulier japonais.

Widlöcher (3) cite la phrase de Rioux (56) : « Notre étude en milieu nord-africain nous a permis de découvrir chez les Européens et chez les Musulmans une évolution identique des caractéristiques psychiques du graphisme enfantin, selon les phases déterminées par les grands classiques du dessin et aussi de constater une égale réceptivité à l'influence de l'actualité. » La perception de l'espace graphique serait donc la même quelque soit la culture. Cependant, Widlöcher (3) modère les observations de Rioux en soulignant le fait que les images produites par la civilisation occidentale sont diffusées sur tout le globe. « L'enfant cherche à reproduire les formes dessinées plutôt qu'à transcrire ce qu'il voit. »

En 1956, F. Goodenough (6) compare les travaux sur les dessins d'enfants sous un angle anthropologique, ethnologique et ne retrouve pas de différence en fonction de l'origine sociale.

Au Japon, Philippe Wallon (5) a observé qu'une forme particulière de bonhomme avec « tronc-kimono » en forme de T est présente dès le plus jeune âge. Cette forme apparaît comme normale aux adultes, en particulier les enseignants et pourrait résulter d'un apprentissage.

Sternis (24) note que les enfants vietnamiens à qui on demande de dessiner un bonhomme ont tendance à dessiner un groupe de bonhomme, alors que les enfants américains et européens dessinent plutôt un seul bonhomme. Ils placent leurs lignes de sol plutôt dans la partie supérieure du dessin, alors que cela est rarement observé chez les enfants européens.

V. DESSIN, ECRITURE ET LANGAGE

Après le dessin, un deuxième type de trace graphique apparait : l'écriture.

La naissance de l'écriture correspond au début de l'Histoire, mais la trace graphique sous la forme de dessins et de gravures rupestres est antérieure. Chez l'enfant, la chronologie d'apparition entre le dessin et l'écriture est donc similaire. Nous allons donc aborder les liens entre le dessin, l'écriture et le langage à travers les aspects historiques et à travers leurs apparitions et évolutions chez l'enfant.

A. Histoire de l'écriture

1. Ecritures pictographiques

Widlöcher (3) nous explique que les premières écritures de l'Histoire sont les écritures pictographiques (écritures aztèque, proto-indienne, suméro-accadienne, égyptienne …). Elles sont constituées en grande partie par les représentations concrètes des objets et ont peu de rapports avec la langue parlée. L'écriture par les images ne permet pas de recouvrir tout ce que la parole peut exprimer. Les images utilisées ont évolué vers une plus grande schématisation. Un stade plus avancé de ce type d'écriture utilise des images s'articulant en une suite cohérente et était utilisé récemment chez les amérindiens et les Esquimaux.

2. Ecritures idéographiques

Widlöcher (3) poursuit sa description de l'évolution de l'écriture : le passage d'une écriture synthétique (ou écriture des idées) à une écriture analytique (ou écriture de mots) a constitué la première phase de l'annexion de l'écriture par le langage, une série de conventions permettant de transposer le message écrit dans les mots de la langue. Les symboles utilisés pour représenter les mots s'appellent les idéogrammes. On les retrouve dans les écritures suméro-accadienne, égyptienne et chinoise. Royer (2) ajoute que l'écriture idéographique est à la base des langues araméennes et des langues hébraïque, arabe et turco-mongole.

3. Ecritures alphabétiques

Selon les explications de Widlöcher (3), le symbole graphique a continué sa progression : après les idéogrammes sont apparus les signes phonétiques (symboles des syllabes) et enfin les lettres.

Royer (2) complète ces explications : elle nous dit que vers 1100 avant Jésus-Christ, les Phéniciens sont les premiers à associer le son au signe graphique. L'idéogramme perd alors sa valeur symbolique visuelle pour une valeur phonétique, c'est la naissance de l'alphabet. Les combinaisons de signes (20 à 50) permettent de transmettre tous les messages phonétiques. Les Phéniciens n'avaient que des consonnes. Les Grecs ont ajouté les voyelles. La combinaison des consonnes et des voyelles a été à l'origine des langues grecque, étrusque et latine. Widlöcher (3) ajoute que l'écriture devient le substitut de la parole, ce qui est à l'origine d'une confusion entre écriture et langue.

L'écriture alphabétique recouvre actuellement presque tout le globe.

B. Les systèmes de signes

Selon Widlöcher (3), dessin et écriture utilisent des signes et constituent des systèmes de signes différents.

1. Les signes graphiques

Widlöcher (3) explique qu'il existe deux types de signes graphiques : les signes iconiques et les signes plastiques.

- *Signes iconiques* : l'image peut exprimer la représentation d'un objet dans une situation donnée, dans ce cas, elle est le signe de l'objet et le signe de la relation de l'objet à son environnement. On parle de signe « iconique ». On le retrouve dans le dessin d'enfant et dans l'art plastique figuratif.
- *Signes plastiques* : le pouvoir expressif d'une image peut aussi être lié à un agencement de formes. On parle de signe « plastique » qui correspond à la valeur expressive d'une forme, d'une couleur, au sein d'une œuvre d'art. Chez l'enfant, l'utilisation de formes pures serait fortuite.

Dans une œuvre plastique, un signe matériel peut être considéré comme un signe iconique, plastique ou les deux à la fois.

2. Le signe linguistique

De Saussure (57) a décrit les trois principes fondamentaux qui définissent le signe linguistique :

- **le caractère conventionnel**, caractéristique du langage ;
- **la disposition linéaire** de l'assemblage des signes « Le signifiant, étant de nature auditive, se déroule dans le temps seul et a les caractères qu'il emprunte au temps : a) il représente une étendue, et b) cette étendue est mesurable dans une seule dimension : c'est une ligne. »
- **et la discrétion**. Selon Widlöcher (3) : « le signe linguistique est distinct et toujours isolable du signe qui le précède et du signe qui le suit ».
-

3. Différences entres signes iconique et linguistique

D'après Widlöcher (3), les trois principes régissant le signe linguistique et décrits par de Saussure, ne s'appliquent pas au signe « iconique » :

- **Le dessin de l'enfant est un système graphique non conventionnel**. A un moment donné, les formes que l'enfant utilise, conditionnent un style de représentation. C'est un système de représentation qui à ses propres règles. Elles dépendent de ses capacités perceptives et motrices et des images qu'il a appris à identifier.
- **Le dessin de l'enfant ne s'organise pas de manière linéaire**. En général, les signes iconiques se combinent selon le principe de figurabilité spatiale. Dans l'expression graphique, les relations spatiales, la disposition des objets sont données d'emblée et une série d'artifices suggère l'enchaînement des actions. A la linéarité du signifiant linguistique, s'oppose la spatialisation du signe « iconique ».
- **Dans le dessin d'enfant, les signes ne répondent pas au caractère discret**. Un signe appartenant à une image n'a pas de valeur représentative lorsqu'il est isolé ; c'est la lecture rétrospective de l'image qui nous permet de l'identifier à une partie de l'objet dessiné. Le signe linguistique lui, ne donne aucun détail de l'objet. Les détails que fournit le signe d'une image ont du sens car ils appartiennent à un ensemble formel qui donne leur signification.

Widlöcher nous dit : « La lecture de l'image suppose un va-et-vient constant entre un tout qui garantit l'effet de sens et des parties qui ne tirent leur sens que de leur assemblage. Ce mode de lecture diffère radicalement de celui du message linguistique ; il fonde la spécificité du système de signification propre à l'image ».

Il (3) ajoute que le signe « iconique » s'organise selon des règles opposables à celles du signe linguistique et selon des principes cohérents :

- **L'image peut se traduire dans différents langages**, et peut être lue par des individus ne parlant pas la même langue. A l'origine, l'idéogramme chinois pouvait aussi être lu dans plusieurs langues.
- **L'abstraction est difficile à signifier par l'image**. Ce défaut peut être compensé par le recours à des figurations symboliques. Alors que certains systèmes d'écriture ont une portée limitée, comme par exemple le symbolisme mathématique et la signalisation routière, l'image peut signifier tout ce que les mots désignent. Une écriture par image est donc capable de signifier toutes les pensées abstraites, tout le réel
- **Le signe « iconique » ne peut pas figurer le temps.** Luquet a décrit les modes de narration graphique qui permettent de représenter le temps.
- **L'image peut avoir plusieurs significations.** Une juxtaposition de personnages ou d'objets peut signifier l'opposition, la ressemblance ou l'alternative entre 2 éventualités, c'est le récit de l'enfant ou le contexte qui permettra de comprendre l'image.

C. Evolution de l'écriture chez l'enfant

Selon Prudhommeau (16), les deux formes de graphisme que sont l'écriture et le dessin, naissent et progressent selon un rythme et un processus différent. Royer (2) ajoute que tout comme le dessin est plus primitif que l'écriture sur le plan ontologique et génétique, chez l'enfant il apparait avant l'écriture, la préparant, puis la complétant.

Prudhommeau (16) explique que pour pouvoir écrire, l'enfant doit maitriser un nombre restreint de gestes. L'écriture prend ensuite une forme automatique. Freeman (20) précise que les adultes normaux écrivent plus rapidement qu'ils ne dessinent. L'automatisation de l'écriture conduit à ce que l'écriture soit plus rapide que le dessin de formes identiques.

La représentation d'ondulations et de zigzags constitue d'après Prudhommeau (16) une première manifestation de l'écriture dans le graphisme enfantin. Selon Widlöcher (3), entre 18 mois et 2 ans, l'enfant parvient à contrôler l'abduction du bras ; il peut tracer un trait horizontal. Il a également la maitrise du trait vertical. C'est à cette période, où il peut dessiner des boucles régulières, qu'il perçoit une analogie entre son dessin d'une ligne horizontale ondulée et l'écriture. Lurçat (28) ajoute que cette cycloïde allongée, courbe la plus élémentaire, est utilisée à l'école maternelle comme exercice préparatoire à l'écriture. Prudhommeau (16) précise que les deux premières lettres que les enfants parviennent à dessiner sont le « o », puis le « e ».

Selon Marie-Alice du Pasquier, dans son texte de 1994, « Ecrire c'est passer de l'image à la lettre » (non publié et cité par Barbey (58)), l'évolution du geste graphique dans l'écriture est un éloignement, de proximal, il devient distal : de brachial il devient digital. La prise du crayon, de palmaire devient digitale. Barbey (58) ajoute que le dessin bénéficie des acquisitions motrices liées à l'apprentissage de l'écriture.

Chez les enfants, entre 4 et 12 ans, Freeman (20) a observé qu'écriture et dessin ne coexistent pas de façon paisible et complète. Les enfants de 4 ans dessinent toujours, que ce soit pour réaliser un dessin ou écrire des lettres. A 6 ans, une fonction d'inhibition apparait et diminue avec l'âge, bien qu'elle reste observable à 12 ans. Cette fonction protègerait le système d'écriture émergeant du système de dessin qui le précède et dont il est issu. Au fur et à mesure que l'écriture est pratiquée, le besoin d'inhibition diminue. Il en déduit que le fait de proposer aux enfants de 5 ou 6 ans de faire un dessin et d'écrire au-dessus ou en dessous le nom de leur production amènerait peut-être le dessin à gêner l'écriture, à l'âge où les deux systèmes ont besoin de se différencier.

D. Ecriture et psychisme

On peut se demander dans quelle mesure l'écriture reflète l'état psychique.

1. La graphologie

Royer (2) nous explique que la graphologie consiste en l'étude de la personnalité à partir des déformations des signes liée à l'écriture « à la main ». Widlöcher (3) cite le travail de Max Pulver sur l'espace symbolique de la feuille et la signification de son utilisation. Cette conception est cependant très contestable et des études récentes contredisent ses travaux.

2. Ecriture et symbolisation

Du Pasquier-Grall (59) explique comment l'écriture acquiert sa dimension symbolique au cours du développement.

L'écriture nécessite un travail de transformation reposant sur les capacités psychiques de symbolisation de l'enfant. La main réalise ce travail par l'action du corps. Dans l'écriture, corps et symbole se rencontrent. La problématique du lien et de la séparation est au centre de l'évolution du tracé d'un enfant vers l'écriture. C'est cette problématique qui fonde le travail de symbolisation.

Il ne suffit pas de dessiner les lettres pour écrire. Au départ, l'enfant dessine les lettres par morceaux, qu'il lie ensuite. Le caractère formel des premières lettres se transforme en caractère symbolique et confère à l'écriture une valeur symbolique. Le tracé de la lettre est au départ « formel-figuratif », elle devient un « signe-son » représentatif d'une langue et acquiert ainsi son appartenance au langage.

Les lettres sont ensuite reliées pour former un mot qui a un sens dans la langue. Les liens entre les lettres leur confèrent leur appartenance à une symbolique langagière.

Les espaces entre les mots « introduisent une alternance entre plein et vide, trace et non-trace qui figure l'alternance constructive de la présence-absence ». Ils permettent d'identifier chaque mot à la fois en l'isolant et en faisant le liant avec les autres mots.

L'écriture a au départ un caractère formel, puis le tracé se déforme. Les mots deviennent des équivalents d'idéogrammes, qui s'appréhendent directement comme des signifiants langagiers. La dimension symbolique de l'écriture est alors acquise. Prudhommeau (16) précise que l'écriture ne devient un langage graphique qu'après l'acquisition de sa forme définitive. Du Pasquier-Grall (59) ajoute qu'à la différence de l'écriture, le dessin n'est pas un langage.

Du Pasquier-Grall (59) explique que le geste de l'écriture évolue : au départ les doigts sont serrés sur le crayon et le bras se déplace de façon globale. La participation tonique est alors intense, mais n'est pas en lien avec une immaturité motrice. Au même âge, lors du dessin, le geste est en effet plus délié. Chaque segment du bras doit acquérir sa fonction, en lien avec les autres pour que la main puisse vraiment écrire. « Le processus de symbolisation noue le langage au corps par l'organisation symbolisante du mouvement. » La trace graphique est visible de l'enfant et des autres, elle a une valeur relationnelle. Quand on écrit, le lien à l'autre est différé. « L'écriture dynamise à la fois la présence d'un sujet qui s'exprime avec son image intériorisée, et celle d'un objet absent mais intériorisé à qui le sujet s'adresse ».

3. Troubles de l'écriture

Du Pasquier-Grall (59) évoque les troubles de l'écriture chez l'enfant.

Des difficultés avec l'écriture peuvent apparaitre après l'âge de 7 ou 8 ans. Une écriture non lisible ou non esthétique fait dire d'un enfant qu'il « écrit mal ». Il peut alors exprimer le désir d'avoir une belle écriture et se plaindre de douleur.

La lettre, en restant au stade de pseudo-dessin, ne devient pas un signe. Les fragments des lettres sont mal agencés, les proportions non respectées. Le trait est dysharmonique, alternant écrasements et effleurements. Le mouvement n'est pas fluide, en lien avec un désordre tonique. Le malaise corporel s'observe à travers l'alternance de raideur et relâchement, la présence de crispations musculaires, témoins d'une tentative de maîtrise entravant le mouvement. Le travail de symbolisation, organisateur de l'écriture est défaillant. Quand l'écriture est difficile à déchiffrer, le lecteur doit participer activement au travail de symbolisation en devinant les mots.

Pour M.-A. Du Pasquier-Grall (59), quand ce trouble de l'écriture apparait sans dyspraxie, maladresse, difficulté dans la parole ou la lecture, il serait dû à un défaut de symbolisation organisatrice. Elle constate que ce trouble apparait chez des enfants sensibles à la séparation et à la perte et présentant une insuffisance du sentiment de sécurité intérieur. Des attitudes de maîtrise alternent avec des effondrements d'allure dépressive. De bonnes capacités dans le domaine de la logique contrastent avec des difficultés dans l'expression des sentiments, des affects. Ils présentent une difficulté voire une absence de représentation du corps. La perception du corps semble confuse. Leurs sensations sont discordantes, causant de fréquentes blessures par négligence de la réalité extérieure. Souvent, un défaut d'élaboration de l'intériorisation de l'autre se reflète par une intolérance aux règles.

4. Perspectives thérapeutiques

Du Pasquier-Grall (59) évoque la « graphothérapie » : une approche particulière développée à l'hôpital Sainte-Anne à Paris. L'écriture y est utilisée comme médiation psychothérapeutique.

E. Graphisme et langage

Les liens entre langage et écriture paraissent évidents.

Le développement et l'évolution du dessin sont concomitants à ceux du langage oral. Nous allons donc voir quels liens existent entre eux.

1. Définitions

Dans un premier temps, nous allons appréhender les liens entre langage et dessin en précisant quelques définitions relatives au dessin.

- **Le dessin** est, selon le Larousse (60), la « représentation sur une surface de la forme (et éventuellement des valeurs de lumière et d'ombre) d'un objet ou d'une figure, plutôt que de leur couleur.» (60). Dans cette définition principale, l'aspect signifiant est central.
    - Le mot « dessin » peut aussi signifier une activité, une technique, un art.
    - On appelle « dessin » la « technique et art de cette représentation » (60). Dans ce sens, il peut être l'objet d'un apprentissage.
    - Ce terme recouvre aussi « toute production graphique » et donc le « dessin d'enfant » (60). Cette définition englobe donc le gribouillage, activité graphique qui ne cherche pas à représenter, sans signification.
    - Un « contour linéaire, » un « profil, » une « ligne, considérés sur le plan esthétique » peuvent être également désignés par ce terme. On dit ainsi « le dessin de la bouche ». Il peut aussi désigner un « motif, » une « forme et en particulier » un « ornement imprimé sur un tissu, un papier, etc. ». Le mot dessin peut enfin désigner le « plan d'une œuvre littéraire, musicale, etc., » la « disposition des parties d'un ouvrage, canevas » (60). C'est l'aspect formel et non signifiant qui est ici désigné.

- **Dessiner** est, selon le Larousse (61), un verbe transitif, du latin *designare*. Il peut signifier le fait de « représenter quelqu'un, quelque chose par un dessin, en tracer, en reproduire la forme, les contours, les volumes » (comme dans « dessiner un arbre ») ; il peut également signifier : « tracer, faire le dessin d'une forme » (comme dans « dessiner une maquette ») ou « évoquer, suggérer l'image de quelque chose par sa propre forme, ou avoir cette forme ; tracer, former » (comme dans « à cet endroit le fleuve dessine une boucle »). Un autre sens de dessiner est « faire ressortir quelque chose, en accuser la forme, le contour » (comme dans « une robe qui dessine bien la taille ») (61). On voit dans ces différentes définitions, les dimensions signifiantes et formelles.
  « Faire un dessin à quelqu'un » est une expression familière et ironique qui signifie « donner des explications supplémentaires à quelqu'un qui n'a pas compris une allusion » (60). Cette expression reflète bien la dimension signifiante du dessin.

- En latin, selon le Gaffiot (62), *designare* signifie « marquer, représenter, dessiner », « indiquer, désigner », « ordonner, arranger, disposer » ou « marquer d'un signe distinctif, signaler à l'attention ».
  Designatio, signifie « la forme, la figure », « la disposition, l'arrangement », « la désignation ».

2. Liens entre langage et graphisme chez l'enfant

a) Apparition des premiers idéogrammes

Selon Lurçat (28), vers 2 ans et demi, les conditions graphiques et perceptives sont réunies, permettant la production des premiers idéogrammes dans le graphisme de l'enfant. Cela correspond, chez l'enfant, à l'accès au symbole.

Au niveau graphique, l'enfant a la maîtrise du dessin du cercle et du segment de droite. Ces deux signes graphiques constituent le premier « alphabet » primitif de l'enfant et sont le support des premiers idéogrammes. Le cercle peut exprimer la tête, le soleil, etc. ; le segment de droite peut exprimer une jambe, un bras, un bâton, etc.

La perception d'un objet et la perception de sa forme exprimée par le langage sont alors simultanées. L'enfant identifie le cercle qu'il nomme « rond » et le segment de droite qu'il appelle « bâton », il localise les formes dans l'espace graphique et perçoit les proportions relatives (plus grand / plus petit).

L'enfant est capable d'inventer des signes graphiques.

b) Association entre tracé et dénomination

Pour Lurçat (28), vers 2 ans et demi, 3 ans il y a convergence entre l'aspect sémantique et l'aspect graphique, entre l'expression orale et l'expression graphique. L'enfant interprète son dessin comme l'image de l'objet. A partir de cette période, le langage accompagne l'activité graphique. « Les expressions graphique et orale favorisent l'épanouissement du graphisme. »

Le dessin s'enrichit de détails. Dans les premières représentations de personnages, l'enfant peut énumérer verbalement les détails non représentés par un signe graphique. L'énumération graphique des détails, représentés chacun par un signe graphique apparait dans un second temps.

Les liaisons graphico-sémantiques ont une influence sur le contenu du dessin. La fonction symbolique interfère et le verbal peut l'emporter sur le graphisme. Cela peut expliquer les bonhommes énumérés, qu'on observe le plus souvent avant l'âge de 3 ans, pour lesquels, l'énumération verbale l'emporte sur l'organisation spatiale.

L'aspect énumératif du dessin est en rapport avec le langage. Le graphisme sert d'indice du détail réel et reste sous la dépendance du langage qui le spécifie. L'énumération du détail l'emporte sur la réalisation de l'ensemble. Avant que l'enfant soit capable de représenter une scène, il représente les éléments juxtaposés : le raccord entre eux est verbal.

A cette période, apparaissent également les notions de grand et petit et la notion d'espace graphique.

« L'acquisition des notions rudimentaires d'espace graphique, de localisation dans l'espace graphique, de proportions, de nombre, sont la manifestation de la prise de conscience, ce sont des éléments de la représentation » (28).

VI. CREATION ET CREATIVITE

« Ce qui fait l'artiste, c'est d'avoir été dans l'adolescence plus profondément atteint par la découverte des œuvres d'art que par celle des choses qu'elles représentent, et peut-être celle des choses tout court. »

André Malraux, *Les voix du silence*.

Comme L. Barbey (58) nous le fait remarquer, le dessin permet à l'enfant de figurer la scène psychique inconsciente à l'état de veille. Elle note que cette faculté disparait progressivement à la fin de la phase de latence. L'adulte n'aurait plus accès à ce processus assez paradoxal hormis dans le cas de la création artistique. Elle ajoute que durant le sommeil, le rêve permet de figurer en images un conflit psychique inconscient.

Au sujet du travail de création, Didier Anzieu (63), nous explique qu'il constituerait la troisième forme du travail psychique avec le travail du rêve et celui du deuil. Pour lui, rêve, deuil et création constituent des phases de crise pour l'appareil psychique.

Le dessin d'enfant et la création artistique chez l'adulte semblent s'appuyer sur des processus proches. Nous allons ici aborder les concepts de créations et de créativité et évoquer les concepts développés par Winnicott et Didier Anzieu.

A. Définitions

Créativité et création sont deux termes qui recouvrent des notions différentes. Didier Anzieu (63) nous en donne les définitions :

- *La créativité* se définit comme « un ensemble de prédispositions du caractère et de l'esprit qui peuvent se cultiver et que l'on trouve sinon chez tous, (…) du moins chez beaucoup ».
- *La création*, « c'est l'invention et la composition d'une œuvre, d'art ou de science, répondant à deux critères : apporter du nouveau (c'est à dire produire quelque chose qui n'a jamais été fait), en voir la valeur tôt ou tard reconnue par un public. » Cette définition fait de la création quelque chose de rare. La plupart des individus créatifs ne sont jamais créateurs.

B. Structures cérébrales et fonctions exécutives impliquées dans la création

La réalisation d'une œuvre d'art implique, comme le dessin, la participation d'un certain nombre de structures cérébrales et de fonctions exécutives.

1. Structures cérébrales

Royer (2) nous explique que l'hémisphère droit a une grande implication dans la création artistique. Il intervient dans l'organisation visuo-spatiale des images mentales (formes, volumes, proportions, situations, distances …) et dans l'appréhension globale et intuitive de la réalité. Ses liens avec le système limbique jouent un rôle dans la création. Le centre spécialisé du langage se trouve dans l'hémisphère gauche. Le rôle du lobe frontal est de synthétiser et de rendre cohérentes les informations, de permettre l'établissement d'une stratégie préparatoire à l'action, de maintenir l'image mentale qui soutient l'action et d'ordonner les séquences nécessaires à sa réalisation.

Granier (32) ajoute que les motivations sont sous-tendues par le tonus énergétique. Les noyaux de la base impliqués dans le circuit du plaisir et de la récompense, sont également impliqués dans la création. La théorie dopaminergique de la création est étayée par les cas de créations observés chez des patients parkinsoniens traités par L-DOPA.

L'organisation de ces circuits cérébraux impliqués dans la production graphique dépend sur le plan individuel du développement cérébral et du vécu personnel : Royer (2) évoque l'implication possible d'anomalies de certaines zones cérébrales, dans l'épanouissement de certains talents, par un mécanisme d'hypertrophie compensatoire des aires voisines et des régions homologues de l'hémisphère cérébral controlatéral.

2. Fonctions exécutives

Granier (32) nous rappelle les fonctions exécutives impliquées aux différentes étapes de la réalisation d'une œuvre.

Lors de la réalisation d'une œuvre interviennent l'attention, la mémoire de travail, la mémoire d'évocation et l'éveil. Dans la conceptualisation et la finalisation de l'œuvre sont en jeu la flexibilité, le set-shifting, la fluence, la planification, l'organisation, la résolution de problème, la séquenciation temporelle, les rétro-évaluations et la coordination.

La représentation mentale ne dépend pas de la présence de l'objet réel. Elle implique l'intégrité des capacités d'abstraction et mnésiques. L'esprit, qui est la capacité à former et utiliser des représentations fictives ou objectives, nécessite la normalité des capacités de métacognition et d'anticipation pour des effets attendus.

Le processus de figuration dépend des liens émotions-cognitions. Les motivations, le choix et l'énergie de ce processus dépendent des émotions.

C. Créativité chez l'enfant

Selon Widlöcher (3), la motivation fondamentale de l'expression plastique serait, chez l'enfant comme chez l'adulte, le pouvoir libérateur du geste impulsif, de la tâche de couleur, du trait vigoureux, analogues au cri. La figuration ne serait qu'une rationalisation établie après coup pour justifier l'expression plastique. L'auteur travestirait son jeu créateur grâce à un réservoir d'images.

Winnicott (13) a travaillé sur la créativité. Selon lui, son origine est très précoce dans le développement du jeune enfant. Nous allons voir quel sont les principaux aspects de son travail.

1. Théorie illusion-désillusionnement et phénomènes transitionnels

Selon Winnicott (64), un maternage suffisamment bon permet l'apparition d'une aire intermédiaire d'expérience. La mère en s'adaptant aux besoins de son bébé, lui permet d'avoir l'illusion que ce qu'il crée existe réellement. Cette aire permet d'initier la relation entre l'enfant et le monde et de soulager la tension suscitée par la mise en relation de la réalité du dedans et celle du dehors.

« Les objets et les phénomènes transitionnels font partie du royaume de l'illusion qui est à la base de l'initiation de l'expérience. »

Cette aire intermédiaire, partagée entre l'intérieur et l'extérieur, représente la plus grande partie du vécu du petit enfant et, chez l'adulte, elle subsiste dans le mode d'expérimentation interne qui caractérise les arts, la religion, la vie imaginaire et le travail scientifique créatif. Quand l'enfant développe ses intérêts culturels, il désinvestit en général son objet transitionnel.

« Cette aire intermédiaire est en continuité directe avec l'aire de jeu du petit enfant « perdu » dans son jeu. »

2. Le jeu

Winnicott (65) distingue le jeu (« play ») et l'activité de jeu (« playing »). Le jeu est une activité universelle, correspondant à la santé et permettant que des relations de groupe s'établissent.

Pour Winnicott, le jeu n'est ni au-dedans ni dehors, il se situerait dans l'espace potentiel entre le bébé et la mère. Il considère que la psychothérapie se situe là où l'aire de jeu du patient et celle du thérapeute se chevauchent. Quand le patient n'est pas capable de jouer, le travail du thérapeute serait de l'amener dans un état où il en est capable. Toutes les analyses d'enfant sont construites autour du jeu. Le jeu peut être une forme de communication en psychothérapie, d'autant que l'enfant ne maîtrise généralement pas le langage.

« La psychanalyse s'est développée comme une forme très spécialisée du jeu mise au service de la communication avec soi-même et avec les autres. »

Winnicott considère que le jeu du patient est une expérience créative intensément réelle pour lui.

3. Activité créative et quête de soi

Pour Winnicott (66), le jeu est essentiel dans la psychothérapie, car c'est seulement quand il joue que l'enfant ou l'adulte est libre de se montrer créatif. En effet, la créativité permet à l'individu d'utiliser sa personnalité entière et semble nécessaire à l'aboutissement de la quête de soi. Il ajoute que c'est seulement en jouant que la communication est possible.

Winnicott fait l'hypothèse que chez l'artiste, il y a une faille dans le domaine de sa vie créative et que la création achevée ne suffit pas à remédier au manque du sentiment de soi.

Dans la thérapie, des conditions de confiance basées sur l'expérience vécue permettent d'accéder à un état de détente. Selon Winnicott, l'élaboration de quelque chose de créatif nécessite cet état de détente. Une activité créative, physique et mentale se manifeste alors dans le jeu. Le sentiment de soi peut ensuite s'édifier sur la sommation de ces expériences vécues. Cette sommation dépend de ce que le thérapeute renvoie au patient : c'est seulement si la créativité est réfléchie en miroir qu'elle peut s'intégrer à la personnalité individuelle et permettre à l'individu d'être. Dans ces conditions l'individu peut « se rassembler » et exister comme unité. A partir de cette position, tout devient créatif. C'est la créativité qui permet de postuler l'existence de son soi.

« Il faut donner une chance à l'expérience informe, aux pulsions créatives, motrices et sensorielles de se manifester ; elles sont la trame du jeu. C'est sur la base du jeu que s'édifie toute l'existence expérientielle de l'homme. » (66)

4. Origine de la créativité

Pour Winnicott (67), vivre créativement témoigne d'une bonne santé et donne à l'individu le sentiment que la vie vaut la peine d'être vécue. A l'opposé, une relation de complaisance soumise envers la réalité extérieure constitue une mauvaise base de l'existence et entraîne un sentiment de futilité, associé à l'idée que rien n'a d'importance.

Pour aborder la notion de créativité, il faut cependant séparer l'idée de la création de celle des œuvres d'art. La créativité est universelle, elle est inhérente au fait de vivre, propre à la vie de certains animaux comme à celle des êtres humains. Elle permet à l'individu d'approcher la réalité extérieure.

Tout événement est créatif, mais des facteurs d'environnement ou la maladie du sujet peuvent bloquer ses processus créatifs. L'absence ou la perte de la vie créative suscite une détresse. Selon Winnicott, la créativité ne peut pas être détruite complètement. Lorsqu'une fausse personnalité s'établit, il existe tout de même une vie secrète créative et donc satisfaisante. Mais le fait qu'elle soit cachée et qu'elle ne puisse pas s'enrichir au contact de l'expérience de la vie, la rend insatisfaisante.

La capacité d'un individu à vivre de manière créative serait liée à la quantité et à la qualité de l'apport offert par l'environnement pendant les premières phases de l'expérience de la vie du bébé.

Lorsqu'on s'intéresse au problème de la source de la créativité, il ne faut donc pas s'intéresser seulement à l'individu en tant qu'être isolé.

D. Les cinq phases du travail créateur selon Didier Anzieu

Didier Anzieu (63) a étudié le travail créateur principalement chez les adultes et en a décrit cinq phases.

1. L'état de saisissement

L'état de saisissement est une crise intérieure associant dissociation et régression partielles et temporaires. Une partie du Moi conscient reste saine et conserve ses capacités d'attention, de perception et de notation. Pendant cette phase, le créateur est solitaire. Le saisissement ne doit pas être résolu pour qu'un processus créateur puisse s'enclencher (63).

2. La prise de conscience d'un représentant psychique inconscient

La partie du Moi restée consciente pendant la phase de saisissement, rapporte des représentants psychiques inconscients qu'elle déplace et fixe dans le préconscient. Des liens s'établissent avec d'autres représentants psychiques du Moi préconscient. Les représentants rapportés de l'inconscient peuvent être de plusieurs sortes. Il peut s'agir de la représentation mentale d'une pulsion refoulée car jugée dangereuse par le Moi (le refoulement est levé en raison d'une surabondance pulsionnelle), de représentations liées à un affect réprimé qui est revécu, ou de représentants de transformation, à la limite du psychisme et du corporel (le créateur est alors observateur de sa propre structure narcissique et de ses processus de pensée).

Cette deuxième étape nécessite en général qu'un interlocuteur privilégié soutienne le créateur. Son rôle est de créer une aire d'illusion (13), comme la mère pour son bébé (63).

3. L'institution d'un code organisateur de l'œuvre et d'un matériau permettant de donner un corps au code

Les représentants psychiques, déplacés à la phase précédente de l'inconscient vers le préconscient, sont transformés par l'activité de liaison en noyau central, organisateur. Ce noyau organisateur devient un code qui permet la génération d'une œuvre originale.

Le choix d'un matériau, maniable par le créateur et organisable selon le code permet au créateur de donner corps au code (63).

4. Le travail de composition de l'œuvre

Pendant cette phase, l'élaboration secondaire a une part importante. Le conflit fondamental du créateur entre Moi idéal et Surmoi se poursuit activement et se joue principalement sur le travail du style (63).

5. La production de l'œuvre au dehors

La production de l'œuvre au dehors nécessite de la déclarer terminée, de l'exposer à un public, d'affronter les jugements, les critiques.

Pour éviter de terminer l'œuvre, l'auteur peut en débuter une nouvelle, ne laissant pas l'angoisse du vide, de la perte s'installer, ou il peut la parfaire indéfiniment voire la défigurer. L'intervention d'une personne tierce, qui prend la décision à la place du créateur que l'œuvre est terminée, peut être nécessaire.

« Dans le cas général, il ne suffit pas que l'auteur ait fini son œuvre pour qu'il en ait fini avec elle. Il lui reste à la soutenir, à la faire connaître, ou à s'entourer de personnes qui le fassent pour lui. Il en va d'une œuvre comme d'un nouveau-né » (63).

VII. DESSIN ET PSYCHOPATHOLOGIE

Le dessin participe au diagnostic, il peut jouer un rôle dans le traitement et selon Philippe Wallon (5), il permet d'élaborer un pronostic. Les liens entre dessin et pathologie ont été étudiés mais il ne faut pas oublier que le dessin peut être perturbé par d'autres facteurs. L'enfant est sensible à l'environnement, il peut être troublé par la situation d'une consultation avec une personne qu'il ne connaît pas. Le dessin peut aussi être influencé par la fatigue, l'absence de motivation, le découragement, en particulier lorsqu'un thème est imposé, d'autant plus quand l'enfant n'a pas l'habitude de le dessiner. Le dessin peut également être perturbé par des événements familiaux (séparation des parents, déménagement …) et le risque est d'évoquer à tort un trouble, une maladie.

Dans cette partie, nous allons dans un premier temps évoquer les différents courants psychothérapeutiques ayant étudié le dessin. Puis, nous aborderons le retentissement de la pathologie sur le dessin. Ensuite nous verrons à l'inverse comment à partir de ses caractéristiques, le dessin peut aider dans la démarche diagnostique. Enfin, nous ferons un point sur les tests et épreuves utilisant le dessin.

A. Les courants psychothérapeutiques

1. Psychopathologie de l'expression, art-thérapie et médiations thérapeutiques

a) Naissance de la psychopathologie de l'expression

Chemama-Steiner (4) rapporte qu'au XIXème siècle, l'asile se médicalise et devient l'hôpital psychiatrique. L'observation clinique selon le modèle médical y est de type phénoménologique. Les productions graphiques des patients sont utilisées dans l'étude des manifestations de l'état pathologique, en tant que véhicule de symptômes. La psychopathologie de l'expression appartient à la clinique psychiatrique ; ses travaux consistent principalement en des monographies et des tentatives de classifications où signes picturaux et graphiques sont repérés comme lors de l'observation psychiatrique. Ces productions graphiques sont également utilisées dans les expertises judiciaires dont la vocation est de rechercher une maladie mentale et de déterminer la responsabilité ou l'irresponsabilité des auteurs de crimes. Alors que Tardieu se penche sur l'aspect symptomatique de ces œuvres, Simon est fasciné par le côté fantastique et l'aspect esthétique. Les artistes, en lien avec les milieux médicaux de l'époque vont également s'intéresser à ces œuvres et deux visions vont co-exister. La première est déficitaire, la seconde est la vision productive d'une création singulière. Art et science se rencontrent autour de la question de l'inspiration.

Boyer-Labrouche (68) ajoute que l'intérêt des psychiatres pour les œuvres de leurs patients s'est manifesté par la constitution de collections et leur exposition. On note les collections de Prinzhorn (médecin et philosophe), de l'hôpital Sainte-Anne à Paris, celle de l'hôpital Victor-Larco-Herrera à Lima (Pérou), etc. La première exposition d'art psychopathologique a eu lieu à Sainte-Anne en 1950.

b) L'Art Brut

Chemama-Steiner (4) explique que les surréalistes découvrent à travers l'ouvrage *Expression de la folie* de Prinzhorn (1922) les dessins des fous, qui, avec les œuvres des primitifs, des naïfs, des enfants et des spirites, alimentent leur quête de l'originaire. Dubuffet a introduit en 1945 le concept d'art brut et crée en 1948 la « Compagnie de l'art brut ». Ce concept concerne toutes les productions échappant à l'ordre culturel. En tant que concept de l'histoire de l'art, il vise à sortir du champ médical les productions des patients. Mais ce qui caractérise vraiment ces œuvres est que leurs auteurs ne les commentent pas. Par ailleurs, leur « virginité culturelle » est contestable.

c) Art-thérapie

Boyer-Labrouche (68) nous apprend que le concept d'art-thérapie a été admis par la communauté scientifique française en 1986 lors du Congrès international de Limoges. Chemama-Steiner (4) ajoute que la démarche de l'art-thérapie concerne « l'étude de la dynamique psychique de l'acte créateur et se réfère plus ou moins à la psychanalyse ». Elle se démarque de la psychopathologie de l'expression, démarche phénoménologique qui se fonde sur l'observation médicale.

En 1954, le Pr. Volmat crée à Sainte-Anne le département d'art psychopathologique, dont les ateliers prendront le nom « thérapeutique » plusieurs années plus tard. Le terme d'art-thérapie vient des pays anglo-saxons et s'est imposé en France.

La constatation de l'effet bénéfique de la création a fait évoluer les ergothérapeutes vers des pratiques d'art-thérapie. Boyer-Labrouche (68) rapporte que le cadre de l'atelier sert alors d'espace transitionnel où va pouvoir se déployer le jeu. D'après Chemama-Steiner (4), le transfert prend un aspect particulier, car ce qui se joue c'est la façon dont le patient investit le vide initial du support pictural ou plastique, équivalent au silence de l'analyste.

Chemama-Steiner (4) explique qu'actuellement les ateliers d'art-thérapie sont très divers, ils peuvent avoir une vocation « occupationnelle », être sur un versant sociothérapeutique, être axés sur la créativité ou être spécifiquement psychothérapeutique. La prise en charge peut être groupale ou individuelle. Le terme de « médiation thérapeutique » est de plus en plus utilisé.

2. Apports des psychanalystes

Pour Annie Anzieu (69), « le langage, expression symbolique supérieure, prend sa valeur totale avec l'identité sexuelle définitivement installée ». Le dessin serait, lui, le mode d'expression caractéristique de la « période » dite « de latence », qu'elle préfère appeler « position de latence ». Elle nous rappelle qu'il n'y a pas de certitude de ce qui constitue cette période et que les auteurs n'ont pas de consensus concernant sa durée : pour S. Freud, elle se situe entre 4 ans et la puberté ; pour D. W. Winnicott elle concerne le sujet de plus de 12 ans et moins de 20 ans.

a) Les premières traces

Selon Tisseron (70), avant 18 mois, il existe deux types de traces : les empreintes et les tracés en va-et-vient à point de départ axial, qui vont vers la droite pour la main droite et vers la gauche pour la main gauche. La trace enregistre une activité motrice que l'enfant regarde dans un deuxième temps.

« Ces premières traces s'organisent autour de la mise en place de la fonction contenante du psychisme et les transformations contemporaines de la fin de l'unité duelle mère-enfant » (70).

- **Les traces-contact,** décrites par Tisseron (70), participent à l'établissement de la fonction psychique contenante :

  La trace qui apparait suite au contact entre une partie du corps et une surface constitue la preuve de ce contact et participe au « fantasme de peau commune à la mère et à l'enfant » décrit par Didier Anzieu (71). Ces empreintes permettent selon Tisseron (70) l'introjection, puis le dépassement du « fantasme d'une équivalence des empreintes psychiques produites chez l'enfant et chez la mère ». La feuille fonctionne comme « une mère idéale », par son geste, l'enfant s'assure de sa « réponse en écho » qui lui assure que « le psychisme maternel constitue bien le contenant encore indispensable de son propre psychisme en voie de formation ».

  Chez les hommes préhistoriques, Tisseron (70) explique qu'on retrouve ce type de traces dans les traces de mains sur les parois des cavernes. Chez l'adulte, le modelage et la peinture privilégient la pression ou l'empreinte sur le trait. « La fonction de miroir tactile jouée par la trace-contact se prolonge dans la recherche de la ressemblance de l'image à son modèle ».

- **Les traces-mouvement,** décrites également par Tisseron (70), participent à l'élaboration de la séparation mère-enfant :

  Les mouvements d'abduction à point de départ axial sont les premiers gestes qui peuvent être inscrits. Tisseron nous dit que ce mouvement est celui du bébé quand il est éloigné de la mère ou d'un autre adulte, on peut ajouter que c'est le mouvement que l'on retrouve dans le réflexe de Moro pendant les premières semaines de vie.

  Selon Tisseron, l'activité d'inscription d'une trace avec ce geste, a le même rôle que le « jeu de la bobine » décrit par Freud. Elle permet à l'enfant la maîtrise imaginaire des situations de séparation d'avec sa mère et la familiarisation avec les émotions et représentations qui leur sont liées en permettant de renforcer leur introjection dans le Moi. Tisseron appelle ces premières traces : « jeu de l'inscription ».

  Tisseron (70) précise que chez les adultes, le tracé, dans la peinture ou le dessin, mobilise des représentations de séparation.

Pour Tisseron (70), les traces-contact et les traces-mouvement sont complémentaires et mettent en jeu la fonction contenante et la séparation. « Dans la trace-contact, le fantasme de séparation intervient comme condition à la mise en place du fantasme de peau commune », quand la main se décolle de la surface où elle s'était appliquée. « Dans la trace-séparation, le fantasme de peau commune intervient dans le moment de réappropriation visuelle de la trace. » « Le regard est précisément mobilisé, dans le dessin, pour assurer un contact visuel fusionnel avec la trace que la main a laissé partir, mais que l'œil peut à volonté rappeler sur sa rétine. »

Ces deux caractéristiques correspondent aux « schèmes d'enveloppe » et « schèmes de transformation » décrits par Tisseron (70) comme deux éléments psychiques fondamentaux du fonctionnement mental. « Seule la mise en jeu des schèmes de transformation permet la mise en scène des schèmes d'enveloppe à l'origine du fantasme de peau commune. Tandis qu'à l'inverse, la mise en place de ce premier fantasme est indispensable à la possibilité de l'exercice opératoire des schèmes de transformation ».

D'après Tisseron (70) les autres fonctions du dessin sont possibles grâce à la mise en place parallèle et complémentaire de ces deux séries de possibilités.

b) Les gribouillages

La trace laissée par le doigt dans la nourriture est selon Annie Anzieu (69) liée à l'agressivité orale déplacée dans l'activité manuelle et dans le rapport œil-main-bouche. Plus tard, l'objet inerte dans la main laisse une trace qui rappelle celle des matières fécales qui sont le premier repère « solide » de l'enfant quant aux produits de son corps. L'âge de ce repérage coïncide à peu près avec l'âge des premières traces graphiques (les « gribouillages » aux alentours de 2 ans.) La maîtrise de l'utilisation par la main d'un objet pour marquer sa trace se coordonne avec la maîtrise du sphincter anal. « L'enfant va pouvoir retenir ou abandonner un contenu partiel de soi qui devient un signe quand il est laissé par la main sur une page vierge ».

Vers 18 mois, l'enfant contrôle son geste et l'œil suit la main. Selon Tisseron (70), deux types de traces apparaissent : les formes ovoïdes qui peuvent avoir un contenu et les balayages qui permettent la réalisation de lignes ondulées. Les « premières traces, en particulier les balayages à point de départ axial et les figures concentriques sont la symbolisation gestuelle et graphique des situations émotionnelles et pulsionnelles alors prédominantes dans la vie relationnelle et psychique de l'enfant. » Tisseron (70) décrit ces deux types de traces :

- **Les figures concentriques**, traces secondaires du 18ème mois, nécessitent la mise en place des possibilités de transformation auxquelles les traces-mouvement ont participé. Elles réalisent la possibilité de représentation de la « peau commune » en les mettant en scène de façon sensori-motrice, alors que les traces-contact (traces primaires) en étaient la représentation en acte plus que la figuration.
- La représentation de la séparation se met en place et le bébé accède vers 18 mois « à la figuration sensori-motrice des va-et-vient à travers lesquels s'élabore la représentation de la séparation et de l'absence » : « **balayages**, puis lignes ondulées et enfin lignes ondulées plus ou moins écartées d'une ligne continue à laquelle elles sont superposées ».

A cette étape, G. Haag (72) décrit 3 types de formes et le fond qui les reçoit :

- **Le fond**

  La trace n'est possible que si une première introjection de contenance (notion développée par Bick (73)) existe, lorsqu'une enveloppe dans les premiers rudiments de l'image du corps a pu se fonder (notion développée par Didier Anzieu (74)). Le corps, l'espace et l'objet prennent « formes » dans l'expression psychomotrice du bébé que constituent les « formes motrices » rythmées, tournoyantes, battantes. Ces formes contiennent déjà un objet primaire.

  Les premières traces « fondent » le fond, qui représenterait la peau commune symbiotique en train de se constituer comme frontière et de se dédoubler. Le double feuillet décrit par Didier Anzieu (71) est en train de se former. A ce stade, la psyché du bébé et de l'objet d'amour fonctionnent en miroir. « Le « fond » de l'autre est assimilé au fond de soi. » Les formes que contient ce fond sont rythmiques. L'imperfection de ce miroir permet la naissance de « l'autre » (72).

- **Les formes**

Selon Haag (72), entre 18 mois et 3 ans, trois types de formes apparaissent, préalablement à l'apparition de la forme fermée. Elles sont rythmiques, comme les premières « formes motrices » expérimentées par le bébé. Ce sont le balayage simple, le pointillage et la spirale :

- Le balayage simple : « le retour » de la trace semble être possible « que chez les enfants ayant suffisamment « introjecté » la rythmicité des échanges psychiques dans le jeu projection/introjection. » Le bébé percevrait un « renvoi dans la voix de la mère, sa tonicité, sa chaleur, son odeur », non pas comme quelque chose qui vient d'une personne séparée mais comme « l'image motrice d'une détente de retour de la « tension vers » » C'est que G. Haag (72) appelle « boucle de retour » et qui serait vécue d'abord dans une dimension de surface. Quand à cette étape, l'envoi pulsionnel et émotionnel est insuffisant, cela se traduit sur le plan du dessin par de « violentes traces lancées, déchirantes du fond ».

  Le balayage peut évoluer vers un serrage (coloriage et remplissage) ou vers son étalement (traces en dents de scie). Ces dernières peuvent être assimilées aux dents ou exprimer des qualités d'élasticité et des capacités agressives. Elles seraient plutôt, selon Haag (72), un symbole masculin.

- Le pointillage : semble être en lien avec les expériences de pénétrance, en particulier celle du regard. Selon son intensité et son rythme, il peut exprimer différents mouvements pulsionnels et affectifs : la colère, l'agression, l'excitation érotisée, l'enthousiasme (tonalités fortes) mais aussi les échanges solides et sécurisants, la tendresse (tonalités appuyées et douces).

  La trace pointillée peut se retrouver incluse dans une ligne de contour et correspondre alors à des éléments de pénétration : bouche, regard, sexe, psyché. Elle peut aussi devenir un « contenu » qui peut correspondre aux éléments du visage, les orifices de communication, les contenus corporels fantasmatiques et les boutons, « sorte de corollaire de la solidité de la ligne de contour ». Le « point dehors » représente des éléments dont la nature « affective » est indiquée par l'intensité. « Le point condenserait orifice de communication, pénétrance pulsionnelle, émotionnelle et rencontre d'un fond. » Le point peut percer la feuille (chez l'enfant psychotique en particulier) et être la traduction de l'envie destructrice ou de l'identification projective intrusive.

  Le point est un élément fondamental de la construction de la troisième dimension, il est pour Haag (72), une charnière entre balayage et formes spiralées.

- La spirale est, selon Haag (72), une des traces privilégiées de l'enfant entre 2 ans et 2 ans et demi. Elle peut persister jusqu'à environ 3 ans quand apparaît le rond. Dans le développement normal, le sens préférentiel serait le déroulement antihoraire à partir du centre. Il s'agirait du même sens spontané de tournoiement quand l'enfant danse. Chez les grands enfants et les adultes, le sens de rotation de la spirale est horaire.

  Haag (72) a observé des spirales au déroulement horaire ou « spirale de maîtrise ou paradoxale » chez des enfants non psychotiques de 2 à 3 ans dans des moments de malaise agressif ou de bouderie et chez un enfant qui entretenait une relation exclusive et possessive à sa principale relation affective maternante. Elle a également observé ce type de spirale chez des enfants présentant des « psychoses symbiotiques ». Dans ces traces, différents niveaux de symbolisation s'intègrent, incluant sensorialité, spatialité, identifications parentales bisexuées.

Pour Haag (72), les formes motrices primitives sont d'abord gestualisées puis peuvent se représenter sous une forme visualisée-trace (c'est une élaboration). Entre les formes motrices de la première année de vie et les traces plastiques réalisées entre 18 mois et 2 ans et demi, le moi-corps total s'est parachevé ; la sphinctérisation anale est amorcée ; la main est instrumentée (au sens piagétien) depuis assez longtemps ; l'enveloppe-peau est suffisamment introjectée et dédoublée pour être projetée sur le support des traces.

D'après Tisseron (70), vers 24 mois, l'enfant accède à un contrôle visuel de son tracé et les formes graphiques dont il dispose sont de plus en plus nombreuses et riches. A cette époque, il se met à les nommer alors que son langage se développe.

c) Fermeture du cercle et première figurations

Pour Tisseron (70), l'activité graphique permet à l'enfant d'acquérir la maîtrise des impulsions motrices, de donner du sens à la décharge motrice, de contenir et canaliser la pulsion vers des formes socialement valorisées. Elle prépare l'évolution vers la pensée verbale abstraite. L'activité graphique est contemporaine du développement du langage, cette période est celle où s'organise un contenant de conscience séparé de l'inconscient.

La fermeture du rond et l'apparition de la figure-têtard, vers 3 ans à 3 ans ½, correspond, selon Greig (9), au moment de la constitution du squelette psychique interne (notion développée par Bion puis Meltzer (75)) et à la mobilisation des développements psychique et culturel des phénomènes transitionnels. A cette période, l'enfant ne rechercherait pas une représentation réaliste, mais utiliserait la projection subjective, le symbole. Pour Haag (72), les formes solaires, nombreuses dans la 4ème année de vie, traduiraient le sentiment d'attache interne correspondant au« squelette interne » de Metlzer et au « noyau » pour Kaës (76). Elle ajoute : « Ces formes radiaires en viennent à représenter le visage, les yeux, les mains, et des objets d'amour (papa-maman), et de soi en miroir. » Ces formes sont bisexuées, elles comportent l'enveloppe (plus maternelle) et les rayons de pénétrance et d'attache (plus paternels) qui peuvent être considérés comme une introjection stable de la boucle de retour. L'enfant peut alors « lancer des rayons dans l'espace sans peur de se répandre ».

Pour Reignier (77), le bonhomme est une autoreprésentation de l'enfant, corps et psyché réunis. « Le contenant de la figure renvoie à la représentation inconsciente de ses enveloppes psychiques ; les éléments radiaires à ses mouvements pulsionnels et émotionnels lancés vers l'extérieur ; les orifices, aux relations d'interpénétration entre lui et ses objets ».

Pour Haag (72), ces « formes » seraient préprogrammées neurophysiologiquement dans l'héritage génétique et seraient indissociables de la construction des liens pulsionnels et émotionnels depuis la vie prénatale.

Selon Haag (72), le fond de ces formes (dont l'orientation est en train d'apparaitre) n'est plus celui des traces rythmiques (« fond symbiotique primitif »). Il s'agirait de la représentation de l'espace vide « entre les corps, entre les peaux et les psychés, dans l'exercice de l'attache interne et la recherche et attente, souvent anxieuse de « l'atterrissage ». » Sur le plan psychique, ce sont des fonds de représentation et de symbolisation. La représentation de la forme « attachée/attachante » correspondrait à une sorte de condensation figure/fond grâce à un effort d'introjection-concentration-séparation-symbolisation-abstraction : l'introjection des liens primitifs (représentés par les traces rythmiques) permet la séparation et le déploiement de ponts symboliques secondaires, créant les réseaux associatifs permettant les abstractions.

« Si le premier fond est donc la représentation de la peau commune, adhésive et symbiotique, en formation grâce aux structures rythmiques des échanges psychiques, la fermeture de la forme dessinée, contemporaine de la sphinctérisation anale achevée et « reprenant » la construction du premier sentiment d'enveloppe circulaire raconte ensuite, avec les formes solaires, la conscience du sentiment d'attache » (72).

d) La figuration

Le dédoublement horizontal de la ligne de terre et de la ligne de ciel constitue le deuxième fond de représentation selon G. Haag (72). La séparation du ciel et de la terre peut être difficile aussi bien chez les enfants présentant des souffrances psychologiques que chez ceux dont le développement est normal. Les jonctions anormales entre la terre et le ciel (gros arbres, personnages, fumées …) refléteraient des difficultés de séparation, qui renvoient à la triangulation œdipienne. Ciel et terre peuvent représenter les parents géniteurs. Le nouveau fond blanc correspondrait à la toile de fond des pensées d'un sujet bien différencié.

Haag (72) explique qu'après la résolution du complexe d'Œdipe, et donc après l'âge de latence, la perspective apparaît, elle vient « percer » ce second fond et ouvre des espaces apparemment infinis. Chez le sujet s'opère alors un nouveau « retournement » projectif du « point de vue » et non plus de la « peau ». « C'est comme si le « cône » d'une forme radiaire de ce point de vue pouvait se renverser et se multiplier sur de nombreux points de fuite où ciel et terre peuvent à nouveau se rejoindre ».

Tisseron (70) explique que les « signifiants formels » décrits par D. Anzieu, seraient des « représentations de configuration du corps et des objets de l'espace, ainsi que de leurs mouvements ». Leur constitution précoce, serait antérieure aux fantasmes. Leur organisation déprendrait de trois facteurs : les éprouvés corporels (rythmes, positions, sensations diverses, etc.), les possibilités de communication de l'enfant et les réponses maternelles.

Ils seraient de deux types : d'enveloppe et de transformation. Tisseron les appelle « schèmes » car ils n'appartiennent pas à l'univers linguistique. Ils sont psychiques, donc de nature différente des « schèmes interactifs » décrits par les physiologistes et les psychologues.

La réalisation des premiers schèmes interactifs (accrocher son regard à un autre, être porté) produirait du plaisir et soutiendrait la mise en forme des premières enveloppes psychiques et des premières organisations de transformations. Selon Tisseron (70), les comportements maternels (« holding » et le « handling » décrits par Winnicott (78)) favoriseraient la mise en forme des schèmes de contenance. La « présentation de l'objet » (78) favoriserait les schèmes de transformation. Les premiers échanges avec l'environnement, en permettant à ces deux types de schèmes de recevoir un début de confirmation, sont à l'origine du développement de la vie mentale. Le plaisir que la mère éprouve lors des schèmes relationnels interactifs, est introjecté, ce qui permet aux schèmes psychiques correspondants de s'installer dans le Moi. Ils sont alors disponibles pour faire face à de nouvelles circonstances. Leur organisation est indispensable à l'appropriation psychique du monde.

Pour Tisseron (70), si ces schèmes n'ont pas été intégrés suffisamment, leur figuration répétitive sous la forme d'images psychiques isolées ou de mises en scène (qui ont l'apparence du fantasme) constitue une tentative de l'activité représentative pour pallier ce défaut.

Tisseron ajoute que les images des schèmes d'enveloppe doivent normalement s'effacer derrière la fonction contenante du fantasme et les images de schèmes de transformation derrière leur mise en jeu dans des structures fantasmatiques complexes où de multiples transformations s'opèrent. Cette

évolution s'appuie sur la mise en jeu de l'activité relationnelle : par la musculature striée volontaire, par les activités reproduisant mentalement cette activité (dont l'activité graphique). L'apprentissage du langage permet de donner au fantasme une structure similaire à la sienne. La figuration mentale suit l'évolution des caractéristiques de la structure du fantasme : les personnages apparaissent, puis des scénarios se mettent en place (les images se succèdent), puis les actions, au départ réfléchies (le sujet est aussi l'objet de l'action), deviennent transitionnelles (elles impliquent un sujet et un objet distinct) et enfin les rôles peuvent permuter (le sujet actif de l'action peut devenir son objet passif et inversement). Cette évolution se reflète dans les dessins d'enfants.

D'après Tisseron (70), les schèmes organisent de la même façon les structures globales de la figuration. « Les schèmes d'enveloppe constituent en effet le dessin comme contenant d'images tout en assurant le sujet de pouvoir contenir lui-même ses fantasmes ; tandis que les schèmes de transformation président à la mise en scène des multiples transformations présentes dans toute figuration. » « Les schèmes mentaux fondamentaux imposent aussi leurs propres figures qui sont le reflet des deux séries de transformation en cours à ce moment : la constitution du psychisme comme forme contenante et l'élaboration des transformations contemporaines de la fin de l'unité duelle. » Le dessin d'enfant les favorise.

e) L'évolution des traces primaires à la figuration symbolique

Tisseron (70) décrit l'évolution du dessin d'enfant, du point de vue de la figuration, selon trois phases successives :

- **Les premières traces ou « traces primaires »** inscrivent et donc prolongent les impulsions motrices qui correspondent à la mise en forme corporelle de situations émotionnelles. Ces traces « non figuratives » ou « pré-figuratives » ne sont pas symboliques de figuration, mais correspondent à une première « symbolisation sensori-affectivo-motrice par le geste ». Leur répétition participe à la mise en place des fonctions psychiques d'enveloppe (trace-contact) et de transformation (trace-mouvement). « Elles concourent à la mise en place de deux types de fantasmes contemporains de la fin de l'unité duelle : le fantasme d'une peau commune à la mère et à l'enfant et le fantasme d'une mise en scène active de la séparation. »
- **Les traces secondaires** apparaissent vers 18 mois, mais peuvent être retardées ou impossibles en cas de psychose et correspondent à la mise en scène visuelle des fantasmes. Elles sont aussi de deux types (qui correspondent aux deux types de schèmes psychiques). La figuration des schèmes d'enveloppe est réalisée par des figures arrondies qui contiennent des points, des traits, d'autres figures arrondies et par le doublement par un trait du contour de la feuille. Cela correspond à la mise en scène du fantasme d'enveloppement réciproque mère-enfant. La figuration des schèmes de transformation se fait par des balayages et lignes ondulées. C'est alors le fantasme d'un éloignement et d'un rapprochement rythmique du corps de la mère, et de son psychisme qui est mis en scène.

  Ces deux types de figures s'appuient sur les expériences relationnelles et corporelles essentielles, les expériences de peau pour les figures incluses ; les expériences cénesthésiques musculaires et articulatoires pour les lignes ondulées. Ces dernières sont produites par le bercement rythmique de la mère, la respiration et tout mouvement mettant en jeu la musculature striée.
- **La figuration symbolique** constitue la 3ème phase de cette évolution. Elle apparait quand l'enfant accède à la représentation de ces figures de schèmes. Ses possibilités représentatives sont alors bouleversées.

f) Parenté entre dessin et rêve

« Tous les analystes – à commencer par M. Klein – ont insisté sur la parenté profonde du dessin et du rêve, parenté reposant sur une identité de structures et de fonction » De Meredieu (25).

Annie Anzieu (69) rapporte que Françoise Dolto considère le dessin comme un équivalent du rêve. Pour Annie Anzieu, il existe une parenté entre dessin et rêve. Dans le fonctionnement psychique des enfants, rêve et dessin seraient en proximité ; d'une part il arrive aux enfants de dessiner un rêve qu'ils ont fait ; d'autre part, on retrouve dans le déroulement du dessin les caractéristiques du rêve décrites par Freud : déplacement, dramatisation, condensation, symbolisation.

Cependant, Barbey (58) remarque que le fantasme inconscient, représenté dans le dessin est soumis à la censure, ce qui le rapproche plus du récit du rêve que du rêve lui-même. Widlöcher (3) établit un rapprochement entre récit du rêve, mot d'esprit et dessin. Ce dernier serait plus voisin du récit du rêve que du rêve. Alors que, comme Freud l'a écrit, « le rêve est un produit psychique parfaitement asocial » qui n'a pas pour but la communication à autrui, le mot d'esprit est une activité sociale, tout comme le dessin d'enfant. Toutefois, rêve et dessin ont en commun la représentation par l'image.

Selon Widlöcher (3), l'enfant qui dessine recherche du plaisir ; c'est le processus d'évocation active qui procure de la satisfaction et non pas l'illusion. Le dessin permet de figurer des situations avec une grande économie de moyen. L'épargne psychique qui en résulte participe aussi au mécanisme du plaisir.

Dans la réalisation du dessin, deux mécanismes interviennent : l'un tente de maintenir le thème initialement choisi et l'autre est un facteur de transformation, lié aux associations de pensées qui surviennent au cours de la réalisation du dessin. Les interprétations que l'enfant porte secondairement au dessin sont un autre facteur de modification du dessin et peuvent être liées aux analogies morphologiques ou aux maladresses. Certains psychanalystes considèrent ces erreurs comme des lapsus (Widlöcher pense que ce n'est pas toujours vrai).

D'après Widlöcher (3), quand la tendance à favoriser le schème graphique initialement prévu prédomine, le dessin est peu expressif. La tendance à la transformation est souvent observée en psychothérapie mais rend plus difficile l'interprétation globale du dessin. Le mot d'esprit a un fonctionnement similaire : il feint de prolonger le discours sérieux dans lequel il s'insère, mais l'ambiguïté des mots utilisés introduit un double sens lié à l'irruption de nouvelles tendances psychiques. Dans le dessin, cela se traduit par l'ajout d'objets superflus à l'origine d'un effet de style, sans modification du pouvoir significatif du dessin. « Les associations de l'enfant paraissent d'autant plus riches qu'elles s'appuient sur ces éléments ambigus. » Les objets et scènes représentés sont souvent banals mais leur pouvoir évocateur est multiple et ils peuvent servir de support à des fantasmes variés.

g) Fantasmes et dessin

Selon Barbey (58), le dessin participe de façon active au processus d'appropriation de la représentation du corps. L'objet partiel est souvent figuré par un animal, « dans une projection identificatoire qui exprime la proximité pulsionnelle. » Cela témoigne de la capacité originaire de déplacement symbolique. « Fantasme et dessin sont au service du travail de représentation ».

Pour elle, le fantasme met en scène le désir et son interdit ; il est au cœur du conflit psychique. Il est le plus souvent visuel (rêve, dessin) et sa mise en scène prend souvent la forme d'une action qui double « l'action » mentale d'un investissement, d'une représentation et qui est renforcée par l'acte graphique. L'enfant est toujours présent dans la scène, il peut être participant, observateur ou

intervenant ; les rôles peuvent être permutés. Le fantasme permet une économie à l'enfant : le fait de « se représenter » est « désexcitant ». La permutation des rôles lui offre également une économie car lui permet de sortir de l'alternative activité-passivité.

Barbey (58) ajoute que par la parole, le thérapeute tisse des liens symboliques. Il s'appuie sur la figuration graphique et fait sens transférentiel. Pendant la séance, les fantasmes peuvent être conscients ou inconscients lorsqu'ils ont été élidés de la chaîne de pensée du système préconscient-conscient. On les retrouve alors dans l'élaboration sous-jacente au dessin. Ces fantasmes sont investis dans le transfert ce qui active leur expression par le dessin. Le dessin apparaît également comme « expression de l'auto-érotisme de l'enfant, avivé par l'excitation transférentielle et l'affleurement du fantasme. » Ces mouvements auto-érotiques sont élaborés, symbolisés en dessins et témoignent de la participation active de l'enfant tout au long du transfert. L'enfant peut éprouver des affects de plaisir liés à l'activité fantasmatique contiguë au tracé sublimé de la satisfaction auto-érotique et à la représentation symbolisée du fantasme lors de la séance. Ce plaisir actif, de maîtrise peut relayer l'investissement anal et sollicite en particulier la main et l'œil.

Le dessin permet aussi selon Barbey (58), la décharge pulsionnelle de conflits qui émergent lors de la séance et la tentative de leur élaboration. Face à l'excitation transférentielle, le dessin figure un compromis en utilisant les processus primaires : d'une part la décharge pulsionnelle (l'enfant lâche le trait), d'autre part la représentation symbolique par le jeu du déplacement et de la condensation (l'enfant dessine).

h) Les symboles et le dessin.

Pour Greig (9), les mêmes processus psychiques sont mis en jeu dans la conception des symboles et la réalisation des premiers « graphèmes ». Les figures primaires du dessin des enfants (rond et trait) sont retrouvées dans de nombreux symboles : par exemple le mandala, la croix de Ankh, la croix chrétienne et l'anneau et le bâton, attributs du dieu d'Hammurabi. Ce sont également des éléments de la symbolique sexuelle ; ils sont porteurs de l'expérience de contact et identité, de pénétration et pulsion.

Pour Tisseron (79) il existe trois grandes formes de symbolisation « sensori-affectivo-motrice, imagée et verbale » qui sont complémentaires.

Selon Barbey (58), dans le dessin, le symbole transporte un contenu inconscient refoulé. Déplacement et condensation permettent sa substitution et il échappe à la censure.

Pour elle, le trait a un pouvoir étayant et peut attaquer par sa mise en scène figurative. Il est également une forme symbolisée du mouvement affectif à travers les nuances s'exprimant dans la sensori-motricité. L'affect est également signifié par la couleur. « Le trait et la couleur, associés, soudés, sont porteurs d'investissements très intensément symboliques ».

Elle ajoute que ce qui est psychisable, représentable, se traduit en « représentation-de-chose ». Dans l'espace transférentiel du dessin, le symbole et sa figuration permet d'une part, la création du lien et de l'objet symboliques, d'autre part la figuration substitutive qui aménage le conflit psychique.

D'après Sternis (80), trace, pointage « proto-déclaratif » et langage signifient une différenciation de l'autre. La trace permet de représenter, donc de symboliser un contenu (essentiellement humain) très investi et absent (au moins temporairement), dans un environnement suffisamment sécurisant (regard maternel, psychothérapie). Une part de ce contenu peut être perdue : la représentation nécessite une transformation où ce qui n'est pas représenté est abandonné. Le symbole révèle la perte de l'objet et prouve sa réalité, ainsi que le lien à lui, ce qui permet son absence et ouvre au développement psychique, au langage et à la trace, hors pensée magique.

Pour Annie Anzieu (69), la symbolisation, dans le dessin, a une fonction de communication, mais peut faire l'objet de réactions défensives. Il est en effet facile de mettre en valeur ces symboles selon la connaissance de l'histoire de l'enfant (défaillances de l'environnement, traumatismes) alors que leur compréhension nécessite qu'ils soient replacés dans la particularité d'un dessin et de la relation que celui-ci suppose. L'interprétation d'un symbole « en tant que tel » risque de générer chez l'enfant une résistance transférentielle, des défenses intellectuelles. Si l'enfant a accès à une défense narcissique, son sentiment d'incompréhension des affects recouverts par les symboles sera renforcé, et s'il n'y a pas accès, l'enfant peut se retirer de la relation pour éviter « la souffrance d'une absence d'écho chez l'analyste ».

i) Les identifications dans le dessin.

Greig (9) rapporte que Françoise Dolto demandait souvent à l'enfant « où il se situerait s'il était présent dans le dessin ? ». Les identifications s'opéreraient sur tout tracé et pas seulement sur les figures humaines. Les identifications aux animaux seraient en rapport avec l'affirmation pulsionnelle. L'identification à une fleur n'existerait que lors de contextes cliniques de régression orale et narcissique.

j) Utilisation du dessin en thérapie analytique

(1) Les circonstances qui déterminent l'utilisation du dessin

Annie Anzieu (69) présente les circonstances dans lesquelles le dessin est utilisé en thérapie analytique d'enfant :

- **L'âge** (et le développement psychomoteur) : le dessin est un mode d'expression symbolique dont le niveau est intermédiaire entre le jeu et la parole. En effet, l'activité de l'enfant en psychothérapie change avec l'âge. Le jeu et le modelage, qui sont des activités sensorielles tactiles et motrices, précèdent la trace graphique déposée sur une surface. Annie Anzieu précise : « Dès qu'il a conscience de laisser une trace par l'intermédiaire d'un instrument, l'enfant est capable d'utiliser ce moyen comme équivalent des associations libres utilisées dans l'analyse des adultes. » Les enfants issus d'un milieu acculturé manifesteraient l'intention de s'exprimer de cette manière vers 2 ans.
- **L'incapacité à s'exprimer oralement de manière satisfaisante :** elle peut s'expliquer par une inhibition symptomatique, une résistance au transfert ou par des capacités linguistiques insuffisantes. Sophie Morgenstern (11) a été confrontée à un cas de mutisme pour lequel le dessin a été, dans un premier temps, le seul moyen de communication.
- « **Le besoin et l'envie d'utiliser un support concert, des instruments médiateurs et le regard de l'analyste, donc un moment du transfert** » : le cadre de la relation thérapeutique devient le contenant des fantasmes régressifs. Supports (feuilles de papier, tableau, table) et instruments (crayon, craie, pinceau …) contribuent au sentiment d'étayage. Le dessin est investi comme « intermédiaire entre le contenu inconscient et la forme que va en prendre la trace ».

(2) La parole autour du dessin

Autour du dessin s'ouvre un espace de parole. Greig (9) précise que les psychanalystes invitent les enfants à verbaliser et « associer » autour de leur dessins, ils peuvent intervenir, parfois sous la forme d'interprétations. Il cite René Diatkine à ce sujet : « Nous faisons dessiner les enfants en les

écoutant parler et en leur parlant ». Il évoque également plusieurs grandes figures de la psychanalyse : Mélanie Klein interprétait systématiquement dans le but de décharger l'angoisse et de nourrir le processus analytique. F. Dolto et D. W. Winnicott font plutôt entrevoir à l'enfant ses propres interprétations spontanées, lui permettant de se surprendre lui-même. Dolto pose de nombreuses questions afin de solliciter l'imaginaire. Au sujet de sa propre pratique, Greig (9) indique qu'il incite l'enfant à « continuer l'histoire » après qu'il ait réalisé un premier dessin spontané, comme une bande dessinée qui serait à poursuivre. Cela favorise pour lui le jeu associatif et peut permettre un éclairage de la situation.

Pour Annie Anzieu (69), les interprétations ne sont pas nécessairement énoncées et ne doivent porter que sur la situation analytique, que sur le rapport entre l'enfant et le thérapeute. Les interprétations ne doivent pas porter sur l'histoire de l'enfant, les connaissances du thérapeute sur celle-ci devant être considérées comme faisait partie du contre-transfert et des identifications de l'analyste. Elles ne peuvent faire l'objet de rapprochement que si cela semble nécessaire et doivent rester rares et être exprimées avec réserve. Loïse Barbey (58) rejoint Annie Anzieu sur ce point : « l'interprétation du dessin dans sa symbolique, même fort exacte, est souvent uniquement effractante tandis qu'une « simple écoute » est ressentie comme contenante, narcissisante, élaborante (…) A l'interprétation directe du contenu symbolique nous préférons, le plus souvent, la qualité de l'interprétation de transfert, du lien transférentiel, lieu de mutation du conflit intrapsychique. »

Pour A. Anzieu (69), le thérapeute doit formuler des métaphores qui ont pour but de permettre à l'enfant de faire des liens entre les affects et les représentations évoquées par le dessin. Au cours de la thérapie, cela permet à la parole de prendre peu à peu la place du dessin.

(3) L'utilisation de consignes

Comme le rapporte Annie Anzieu (69), Françoise Dolto demandait aux enfants : « fais-moi un beau dessin : ce que tu veux, n'importe quoi ; pas un dessin d'école, un dessin qui te fait plaisir ». Pour elle, cette demande contient plusieurs injonctions, dont certaines paradoxales, l'enfant n'est alors pas dans les conditions pour réaliser un dessin « libre » ; on serait alors plus dans le cadre d'une consultation thérapeutique que d'une analyse. Dolto s'attache à la description du caractère psychologique plus qu'aux conflits intrapsychiques avec et entre les objets internes de l'enfant.

S. Morgenstern (11) demandait à Jacques, l'enfant mutique, de dessiner son chagrin.

(4) Les fonctions du dessin dans la thérapie analytique

- Le dessin peut être utilisé par l'enfant comme un mode *de communication, d'expression*.

Selon Winnicott (81), il permet à l'enfant de communiquer sans parler. Pour Annie Anzieu (69), l'expression de ses désirs lui permet d'être plus proche de son inconscient que dans son discours. Le dessin lui permet aussi de satisfaire les besoins de motricité idéalisée, en particulier par les figurations de mouvements qui permettent d'évoquer les sensations corporelles sans culpabilité.

Dans le traitement du jeune Jacques S. Morgenstern (11) utilisait les dessins afin de l'aider à exprimer ses conflits inconscients. Pour elle c'est le passage du conflit de la couche inconsciente à celle du conscient qui a permis la sédation de l'angoisse et la reprise de parole. Elle attribut le mutisme de l'enfant et son hostilité à son père au complexe d'œdipe et à celui de castration. L'enfant aurait « trouvé une solution à son problème en le réalisant dans des dessins symboliques ». Dans un second temps de la thérapie, l'enfant a donné ses interprétations des dessins.

Annie Anzieu (69) note que chez un enfant qui accède de façon discontinue à la thérapie, la réalisation d'un dessin non terminé peut être interprétée comme son envie de revenir.

Elle explique également que l'enfant peut se trouver incapable d'exprimer des émotions, notamment par la parole. Le dessin permet d'en fixer des traces visibles.

Le dessin permet, comme le rêve, le déplacement des affects sur les images. Selon Annie Anzieu (69), les couleurs utilisées, les éléments représentés, l'expression des visages et la dynamique des personnages en sont des manifestations. Les couleurs sont particulièrement le signe des mouvements affectifs et leur absence peut être le signe d'un refoulement des affects.

Selon Loïse Barvey (58), l'apparition du dessin a une fonction moïque et narcissique. Le dessin participe à « *l'organisation progressive du moi*, instance limitante et contenante », à la « *construction de l'objet* garant de la continuité psychique » et contribue à établir une « *assise narcissique suffisante* » qui permet à la trace de l'absence de devenir symbolisable :

- *La thérapie soutient l'organisation du moi en proposant un cadre contenant.*

  Selon Barbey (58), le dessin permet de figurer le mouvement qui soude le moi corporel au moi psychique, fondateur de l'identité. Après les « gribouillages », des traits-traces apparaissent, premières préfigurations, traces graphiques porteuses du soi. A ce stade, Moi et objets sont confondus dans la trace. Ce mouvement du soi participe à la construction de la base narcissique du moi. Ces traces « pré-figuratives » sont longues et sinueuses ; elles marqueraient « le passage du peau à peau originaire vers des sensations d'enveloppes, porteuses de continuité puis de contiguïté ».

  Elle précise que dans le langage, le « je » apparaît au moment de la fermeture du cercle. Le tracé d'un contour limite un espace intérieur, un contenu, perçu par l'extérieur de ce contour. Pour Annie Anzieu (69), le cadre analytique a lui aussi une fonction contenante de la relation patient-analyste. La forme délimitée est plus ou moins souple, l'espace contenu est plus ou moins ouvert. Cet espace peut lui même contenir des objets. Le trait peut masquer l'espace intérieur, le mettre à distance. Il peut être un symptôme en lui-même, une jolie ligne peut cacher le chaos ou le vide, sa netteté peut être le reflet de l'impossibilité d'établir une relation avec l'extérieur, d'une crainte persécutive, d'une restriction rigide du contact. Quand le transfert permet la diminution des résistances, on peut observer l'apparition de lacunes, le dessin devenir esthétiquement informe. Pour A. Anzieu (69), cela correspond à un moment de la cure où l'enfant peut accéder à un mouvement dépressif sans crainte de vidage et de persécution. Les défenses peuvent se réorganiser grâce à l'étayage du cadre thérapeutique. Dans d'autres cas, les contours peuvent se manifester avec plus d'insistance et être le signe d'une consolidation du contenant psychique. Le pare-excitation représenté par le thérapeute est intériorisé. Le contour linéaire constitue alors une continuité solide qui limite les impulsions moïques et leurs manifestations.

  Elle ajoute que le trait peut aussi « soutenir un déplacement sublimatoire par le geste qui maîtrise les formes affectives en les idéalisant ».

  Pour A. Anzieu (69), l'étalement de la couleur peut être le signe d'une « solidification des contenus, soutenue par une intensification des fantasmes de contenance ».

- *La thérapie amène de la continuité psychique et participe à la construction de l'objet.*

  Annie Anzieu (69) remarque que contrairement à la parole, le dessin persiste. Le dessin, dans la séance, prend le sens de la possibilité d'une continuité du moi et en permet la construction : un même dessin peut être complété et modifié pendant plusieurs séances.

  Les gestes du dessin, le cadre matériel et les représentations du tracé permettent à l'enfant de maîtriser les angoisses de la discontinuité (disparition, changements, séparation).

  Quand l'objet anal devient un objet mort, il n'est plus considéré comme une partie de soi, l'enfant peut s'en séparer, les angoisses de perte narcissique diminuent. L'enfant a intériorisé

la continuité de sa relation à ses objets d'amour. La discontinuité n'est plus vécue comme une disparition.

Annie Anzieu (69) nous dit : « La ligne continue marque la persistance de sensations intériorisées entre lesquelles le vide est possible ».

Le support représente la continuité psychique de l'enfant : la surface permet d'inscrire le geste (conduit par la réminiscence de traces mnésiques) et devient étayante en assurant la permanence.

- *Une des fonctions de la thérapie est d'asseoir le narcissisme et de permettre à l'enfant l'accès à la symbolisation.*

  Pour Annie Anzieu (69), l'enfant qui dessine a une construction narcissique suffisante pour lui permettre de mettre à distance l'objet, but de son désir et représenter sa relation à cet objet par un signe ou un ensemble de signes symboliques.

  Selon Reignier (77), l'analyste en prenant la fonction d'un objet d'étayage permet à l'enfant de disposer d'un support de projection de motions intimes. Le dessin lui permet de s'exposer au regard de l'analyste qui vient soutenir son narcissisme.

- *Fonction de décharge pulsionnelle*

Selon Annie Anzieu, le point est la concentration maximale des tensions affectives et musculaires. L'ensemble de points, lorsque les crayons sont réunis en faisceau, peuvent être considérés comme un équivalent de décharge pulsionnelle, dans laquelle libido phallique et agressivité ne seraient pas différenciées. Un trou peut se former ; l'enfant expérimente alors inconsciemment le contact entre l'objet perforant, qu'on peut dire phallique, et les parois de l'objet perforé. Cette expérience, sous tendue de libido sexuelle, délimite également un espace, un passage entre extérieur et intérieur. Annie Anzieu (69) propose de comprendre ce geste comme une réminiscence sensorielle du passage du corps de l'enfant par « l'issue maternelle » qui concentrerait l'origine des pulsions libidinales et létales. Dans cette expérience, féminin et masculin sont associés mais non différenciés. Cette différence sera la base de l'identité de l'individu. Quand l'enfant attaque et déchire la feuille/enveloppe jusqu'à la destruction, il est alors débordé par l'excitation. Pour Annie Anzieu (69) cette situation nécessite l'intervention interprétative de l'analyste, sans mise en valeur de l'agressivité, ni interdiction ou protestation qui seraient angoissantes pour l'enfant car vécues comme une défaillance de l'image parentale. En effet, ce trou imprévu est à l'origine d'une angoisse de perte de son identité et de vidage de soi. Cette situation montre comment devant la perte, l'angoisse dépressive produit des passages à l'acte. Le moi étant trop faible pour contenir les conflits objectaux, son impuissance est projetée sur le thérapeute et ses objets. Elle ajoute que la parole de l'analyste a également pu être ressentie comme intrusive et a perforé l'ébauche d'enveloppe que l'enfant tentait de réaliser par un tracé continu.

(5) L'enfant qui jette son dessin

Pour Annie Anzieu (69), quand l'enfant détruit un de ses dessins, l'analyste doit renoncer à conserver cet objet fini (malgré le regret ressenti). Cet objet fini est en effet image d'un achèvement qui peut signifier des parties ou des formes mortes de l'enfant. Ce sont les traces élaborées d'un passé douloureux, pas toujours utilisables. Le processus pulsionnel est alors en transformation dans l'appareil psychique de l'enfant. Le renoncement de l'enfant et du thérapeute fait partie du travail commun de séparation.

(6) Limites de l'utilisation du dessin dans la psychanalyse

D'après Annie Anzieu (69), le dessin de l'enfant met en jeu la sensibilité de l'analyste à la beauté artistique des représentations produites par le patient et fait courir à l'analyste le risque de la séduction. Sa neutralité est mise à l'épreuve, c'est pourquoi il est important qu'il puisse sublimer cette sensibilité à la beauté artistique des productions de l'enfant. En effet chez certains enfants, la réussite esthétique constitue une défense.

Pour Reignier (77), le dessin peut également être utilisé pour se dérober à la relation, quand l'enfant ressent le thérapeute comme un objet trop ou pas assez excitant. Sont ainsi évités l'engagement pulsionnel, mais aussi les sentiments de déception et d'abandon liés au sentiment d'un défaut de réponse adéquate du thérapeute. Le dessin peut aussi constituer une base de repli, de réconfort, chez des enfants assez solidement constitués et permet de ne pas être sidéré ni de se réfugier dans des défenses maniaques agies.

k) Le dessin en fonction de la pathologie

(1) Chez les enfants psychotiques et autistes

Selon Haag (72), les enfants autistes ne peuvent pas sortir du monde tactile, ne peuvent pas « décoller » les peaux. Ils manquent de cette attache interne et conçoivent l'espace entre les corps comme un « espace sidéral ». « Ils ne sont pas sûrs de franchir cet espace sans se retrouver en chute tourbillonnaire anéantissante ». Sternis (80) ajoute que le manque de sentiment d'enveloppe, lié à une difficulté à percevoir ses limites, est à l'origine d'un manque de sentiment de sécurité. La relation avec l'autre peut être recherchée de façon fusionnelle ou évitée. Les moyens d'expression communicationnels et symboliques (parole, jeu, dessin, écriture) sont peu investis. Le dessin les confronterait à leurs angoisses de perte de substance.

L'enfant très psychotique a, selon Annie Anzieu (69), peu accès à la représentation symbolique. Il a incorporé des sensations, dans son développement précoce, mais ce développement de son Moi ne s'est pas poursuivi de manière harmonieuse, soit en raison d'un traumatisme, soit d'un environnement insuffisamment soutenant. L'enfant ne peut pas faire de lien entre les sensations et les objets qui les ont déclenchées ni avec les affects qu'elles auraient provoqués. Ces sensations ne sont pas intériorisées.

Chez les enfants autistes, psychotiques et prépsychotiques, Haag (72) observe une inhibition massive ou au contraire compulsion répétitive et destructive. La trace déborde, perfore, envahit un support qui semble représenter un état de soi fissuré, perforé, envahi, débordé par un mouvement pulsionnel ou émotionnel. Le fond de soi et celui de l'autre, en résonance, ne sont pas construits, ne font pas miroir. Le soi s'écoule dans la trace. L'ébauche d'un sentiment d'enveloppe se retrouve en lambeaux dans sa projection sur la feuille.

Chez un enfant psychotique, Annie Anzieu (69) note que le dessin change peu et a tendance à garder la même structure. Par le dessin, l'enfant psychotique cherche une « forme » sensorielle qui aurait pour fonction de délimiter un espace où loger les émotions ressenties par le corps. Sternis (80) observe que les dessins de contours de mains semblent avoir une place importante. Annie Anzieu (69) explique que l'analyste, par la parole, pose des noms d'affects sur les formes. L'espace psychique prend forme et la représentation mentale des émotions, des affects devient possible.

D'après Daymas (82), le dessin chez l'enfant psychotique permet d'abord une décharge sensorimotrice, analogue au cri, sans contenu représentatif. Vue et ouïe s'opposent : on ne peut se soustraire à l'agression sonore, contrairement à ce qui se passe avec le regard. Cependant, le dessin permet de laisser une trace à laquelle le psychanalyste donne un sens pulsionnel ; il s'y nomme comme objet et organise une ébauche de représentation. Ce n'est possible que quand le dessin

devient « un trait d'union entre le patient et son analyste » : « la feuille de papier est le cadre sécurisant de la relation, le contenu, une complicité affective et la suite des dessins, une histoire qui peut être contée ».

Haag (72) observe que l'amélioration des autistes peut s'accompagner de l'investissement de la géographie et des recherches spatiales. Leurs dessins sont souvent obsessionnalisés et les formes radiaires y sont retrouvées sous forme de plan, de cartes de géographie avec rose des vents ou croisements de méridiens. (Annexes II : Figure 44)

Quand la trace dessinée survient au cours du traitement d'un enfant autiste, c'est le signe pour Sternis (80), que l'enfant accède à un début de différenciation. Le registre identificatoire change : de « adhésive », l'identification devient « projective », « schizo-paranoïde », voire « introjective ». L'objet est alors devenu total et sa distanciation est possible.

(2) L'enfant déprimé

Selon Annie Anzieu (69), dans le cadre d'une psychothérapie, le dessin peut permettre à l'enfant d'exprimer un état dépressif. L'analyste peut alors devenir le contenant de cette dépression et être utilisé comme pare-excitation contre la souffrance et la violence. L'observation du dessin permet la compréhension des affects non exprimés, et fournit un étayage à l'enfant. Au sujet de la psychothérapie d'un enfant de 7 ans et demi par V. Vichard, A. Anzieu (69) précise : « La thérapeute, en évoquant les affects sous-jacents au sens symbolique de l'image, desserre la contrainte affective inconsciente et procure une image maternelle capable de supporter la violence ». La psychothérapie permet la modification de l'expression de l'agressivité qui est projetée vers l'extérieur. La figuration est utilisée comme support direct du travail d'élaboration.

(3) L'utilisation du dessin en psychiatrie de liaison

Bossière (83) explique que dans le contexte d'une hospitalisation de l'enfant, les parents sont sidérés dans leur fonction parentale. L'hôpital devient un lieu contenant et l'hospitalisation devient l'équivalent d'une fonction grand-parentale. Le consultant en psychiatrie de liaison propose un contenant qui doit être aussi libre que possible. Le dessin peut être proposé après une première évaluation psychique, lors d'un premier échange, afin de ne pas forcer ses défenses.

Chez les enfants hospitalisés dans le cadre d'une affection aigüe ou d'une maladie chronique, le dessin aide à faire émerger des éléments du vécu traumatique, il est un élément de l'évaluation et peut avoir une fonction de sédation thérapeutique. Dans le trauma, le dessin permet un retour à un travail psychique (passage du moi corporel au moi psychique) et permet à l'enfant de se réapproprier son histoire.

La présence de l'adulte pendant le dessin de l'enfant est inhabituelle. Elle permet l'instauration d'un « jeu », il s'agit donc d'un objet de médiation dans le cadre d'une activité transitionnelle au sens Winnicottien.

l) Participation de l'analyste au dessin - Squiggle

L'analyste peut être sollicité par l'enfant pour participer au dessin, comme dans le jeu. Le contre-transfert est alors mis en jeu et pose, selon Annie Anzieu (69), la question de la limite de la participation active. Elle rapporte que Winnicott utilisait le squiggle comme un échange d'associations. Selon Greig (9), il prend la forme d'un dialogue graphique entre l'enfant et le thérapeute.

Winnicott (13) explique : « Dans le jeu du squiggle, je fais un tracé libre, et je demande à l'enfant que j'examine d'en faire quelque chose ; puis, à son tour, l'enfant fait un squiggle et c'est à moi d'en faire quelque chose ».

Meynaud (84) ajoute que cette activité est dans le registre du *play* (jeux en train de s'élaborer spontanément) et non du *game* (jeux organisé avec des règles précises). Winnicott (85) le présente comme un « jeu qui ne comporte aucune règle ». La capacité de jouer est pour Winnicott (13) la condition nécessaire à une psychothérapie ; les aires de jeu du patient et du thérapeute doivent se chevaucher. « Si le patient ne peut jouer, il faut faire quelque chose pour lui permettre de jouer. »

Ce type de médiation interactive peut être proposé, selon Meynaud (84), à des enfants en difficulté de mentalisation, d'expression verbale, chez les enfants de l'âge de latence, les préadolescents inhibés, qui ont du mal à se saisir du cadre de la psychothérapie.

Il ajoute que dans cet échange graphique intersubjectif, les rôles sont asymétriques. Le thérapeute a une place active, étayante et contenante. Il propose à l'enfant le choix d'une couleur et en prend une différente pour lui-même. Ces couleurs différentes sont conservées pendant la séance et permettent de différencier l'auteur du trait et de donner une continuité à la série.

Pour lui, ce jeu peut amener l'enfant à s'introduire dans l'espace du thérapeute en dessinant sur ses lignes. Certains enfants peuvent être en difficulté à prendre compte des traits de l'autre. Le gribouillage initial est une invitation du clinicien à l'enfant de l'imiter dans une attitude régressive et permet, en diminuant l'intentionnalité du trait, de se rapprocher de l'association libre. L'enfant peut s'appuyer sur le trait du clinicien.

La réalisation du dessin fait appel à la recherche de ressemblances. Les représentations internes et représentations de choses sont mobilisées. Un contenu latent peut transparaître, mais les interprétations doivent rester prudentes.

Meynaud (84) ajoute une consigne en demandant à la fin de la série de faire une histoire avec l'ensemble des dessins. Le squiggle devient alors un support pour un travail projectif.

m) Fin de l'utilisation du dessin chez l'enfant

Selon Barbey (58), l'enfant qui produit un dessin a investi la parole. Le dessin est « sous-tendu par des pensées latentes, très condensées, infiltrées de représentations verbales ou pré-verbales ». La perméabilité au processus primaire diminue à mesure que le fonctionnement psychique peut s'appuyer sur la pensée secondarisée. Le début de la puberté correspont à l'investissement de la pensée abstraite et au désinvestissement de la « pensée visuelle », du dessin. Les investissements sexuels de la puberté risqueraient alors de déborder la figuration graphique. L'image est trop directement investie de mouvements pulsionnels pour pouvoir exprimer le fantasme. La pensée peut s'exprimer par le symbole secondaire qu'est le mot.

3. Ecole Françoise Minkowska

Cette école a été fondée suite aux travaux de Françoise Minkowska et publie *les Cahiers du Groupe Françoise Minkowska*.

Elle a d'abord travaillé sur Van Gogh. Elle publie en 1949 le catalogue « De Van Gogh et Seurat aux dessins d'enfants », dans le cadre de l'exposition de dessins d'enfants qu'elle organise au Musée Pédagogique. Elle y oppose trait pour trait les styles des deux peintres (8).

Widlöcher (3) explique que son approche s'inspire d'une perspective phénoménologique et a pour but de développer une psychopathologie structurale qui s'intéresse à l'expression des troubles

psychiques dans l'œuvre et la vie de ces peintres. Elle souligne donc les rapports entre la personnalité du peintre et son écriture picturale.

Elle aborde le dessin par sa valeur projective et elle a caractérisé deux pôles dans les particularités formelles des dessins d'enfants : l'enfant sensoriel et l'enfant rationnel. Dans le test de Rorschach, elle retrouve cette opposition sensoriel-rationnel dans la personnalité normale :

- *Chez l'enfant sensoriel*, on retrouve une impression de richesse dans les dessins, un souci de réalisme, du détail. Les tons sont vifs et réalistes ; la couleur domine sur la forme et donne une impression de lumière et de vie. C'est un enfant qui s'intéresse aux objets familiers et qui aime les accumuler. L'espace est dominé par le mouvement, mais la forme est imprécise.
- *Chez l'enfant rationnel,* le dessin l'emporte sur la couleur. La construction du dessin est précise et équilibrée mais également statique et figée. Les traits sont nets, la symétrie domine, mais l'espace est incomplètement rempli et il existe des surfaces vides entre les objets. Chez le rationnel, il y a une tendance à l'immobilisation. Il gagne en précision ce qu'il perd en dynamisme.

La comparaison des tests du bonhomme et de la maison est concordante : chez le type rationnel on retrouve l'immobilité, la précision de la forme et l'absence de monde ambiant ; chez le type sensoriel, la maison n'a pas de forme précise mais est plongée dans le même monde ambiant que le bonhomme (comprenant soleil, ciel, oiseaux, arbres, fleurs …).

Cette typologie binaire permet une analyse formelle, méthode nécessaire mais insuffisante selon Widlöcher (3).

4. Apport des cognitivistes

En France, René Baldy (1) s'est attaché à décrire l'évolution du dessin des enfants et ses aspects cognitifs. C'est une approche qui s'intéresse principalement à l'aspect développementale du graphisme.

5. Approche transculturelle

Dans le dispositif psychothérapeutique transculturel, les enfants ont accès à du matériel de dessin (ainsi que des jeux).

a) Symbolique culturelle

Giraud (86) explique que chaque culture dispose de ses propres symboles. Ainsi la codification des couleurs dépend d'une signification culturelle. Par exemple, la couleur du deuil est le noir en occident et le blanc dans d'autres cultures. Le vert est la couleur de l'espoir, mais également la couleur de l'Islam. Dans le théâtre européen, cette couleur est de mauvais augures.

Le vocabulaire des symboles culturel n'est cependant pas univoque et doit être considéré avec prudence dans la relation clinique.

b) Inconscient culturel

Pour G. Devereux (87), en plus de l'inconscient individuel, il faut prendre en compte un inconscient culturel. Le contexte de l'individu lui fournit ses modalités d'expression, une langue. Le milieu culturel aurait un rôle important dans la détermination de l'actualisation des pulsions et

fantasmes ou leur refoulement. Giraud ajoute : « Il y a donc une opération de refoulement constitutive de cet inconscient culturel » (86).

c) Influence de la culture sur la production graphique

Giraud (86) explique que la culture impose ses contraintes à l'expression graphique. L'apparition d'une représentation interdite par la culture doit attirer l'attention.

Il est important de prendre en compte chez un sujet, la version qu'il propose de sa culture. Celle-ci est un reflet de la santé psychique. Ainsi, une attitude créative de la culture est préférable à une adaptation trop grande d'un sujet à sa culture (normopathie). Cette créativité nécessite de maîtriser les codes de sa culture (codes et langue graphiques). Elle correspond à une capacité à faire sa place au désir vital, contre la répétition mortifère.

La situation de « traumatisme migratoire » est à l'origine de cette répétition. Le sujet n'est plus capable de s'approprier d'autres codes, de s'acculturer ; il est figé dans un héritage culturel, proche du deuil pathologique.

L'approche du dessin de l'enfant ne doit cependant pas être purement « culturelle », car elle risquerait d'être réductrice. Les formes culturelles peuvent, en séduisant le thérapeute, mobiliser des éléments contre-transférentiels, avoir un rôle de dissimulation. Le risque est de ne plus considérer le migrant comme un sujet, de le chosifier.

Selon Devereux, la culture est ce qu'il y a de plus superficiel ; elle se modifie par contact, par acculturation (88).

Pour Giraud (86), la réalisation d'une trace graphique résulte d'un travail de sublimation, c'est-à-dire de création. Elle est l'expression d'un désir à partir de règles. La culture régie ces règles de mise en forme et favorise l'expression individuelle.

« Un dessin par conséquent, s'appuie sur des codes graphiques : leur maîtrise ouvre à l'expression de soi, mais au terme d'un processus ».

d) Chez les enfants

D'après Giraud (86), les enfants de migrants portent indirectement la culture de leurs parents. Ils sont plus influencés par l'environnement immédiat constitué par la télévision, les jeux vidéo, en particulier à l'âge de latence. Les représentations de la culture d'origine sont plutôt celles des parents, dont une partie est partagée dans le cadre familial.

L'enfant est entre deux codes iconiques : ceux issus de l'éducation de ses parents et ceux qu'il perçoit à travers l'école et les institutions du pays d'accueil. Des traits culturels très affirmés peuvent être le reflet d'un repli défensif, d'une rigidification parfois pathologique. Le clinicien doit privilégier une approche dynamique du sujet, qui est « autant producteur de culture qu'il y est soumis ».

Dans le dessin, imitation et pauvreté sont les signes de mécanismes de défenses bridant la créativité et reflètent une mauvaise santé psychique. Les parents peuvent interpréter la répétition de modèles comme le signe d'une bonne adaptation scolaire et le signe de la « réussite migratoire ».

Un enfant évoluant entre des codes culturels graphiques différents peut réagir par de l'inhibition. La combinaison de ces codes constitue un épisode créatif et est plutôt un bon signe.

Giraud explique : « La dynamique intrapsychique de l'enfant est l'écho de l'expérience de séparation qu'ont représenté la migration et le départ du pays. (…) D'où l'importance de la fonction

d'inscription qui se relie à la nécessité culturelle de l'affiliation et de l'implantation. »

Une difficulté dans l'écriture, le dessin, peut être mise en lien à la problématique de l'inscription. « La trace qu'il laisse sur le papier se relie à la problématique de l'installation. » Le moment d'arrivée dans le nouveau pays est réitéré quand l'enfant pose le crayon sur la feuille. Giraud (86) observe que le thème de l'avion et des moyens de transport est fréquent. Il a différents niveaux de significations, il peut symboliser la puissance sexuelle par sa forme, être le signe du lien au pays. Le refoulement du souvenir inconscient du traumatisme migratoire renvoie à une pulsion de vie. Le départ n'est pas juste une fuite, il permet aussi de « s'élever » socialement. L'enfant, à travers ses productions graphiques et langagières, manifeste les traces de son expérience : rupture de cadre liée à l'expérience d'arrachement de la migration et restitution d'un code par l'acculturation, l'apprentissage d'une nouvelle langue, la mise en œuvre de solutions inédites.

La communication verbale ou extra-verbale dépend d'un code lié à la culture. Du traducteur dépend la communication. Il relie et sépare en même temps. Le « mutisme électif » est assez typique de la migration.

Selon Giraud (86), « L'examen d'un dessin d'enfant en clinique transculturelle doit se défier de toute réduction culturaliste. Un dessin d'enfant d'origine migrante ou issu de culture « autre », du fait qu'il est un enfant et qu'il est marqué par une acculturation plus ou moins profonde, doit être envisagé d'abord pour lui-même en temps que sujet ».

B. Influence de la pathologie sur le dessin

Royer (2) nous dit : « Au cours de l'évolution d'un processus pathologique, les dessins se dégradent les premiers. Ils seront, par contre, les derniers à se modifier en cas d'amélioration ».

Plusieurs auteurs ont étudié le retentissement des états pathologiques sur la production graphique aussi bien chez les enfants que chez les adultes.

1. Dessin et retard mental

Le dessin chez les enfants atteints de retard mental a été étudié par de nombreux auteurs.

Le signe le plus caractéristique retrouvé dans le dessin de ces enfants est la présence de nombreuses stéréotypies, évoqué par Prudhommeau, (16) Vinay (17) et Philippe Wallon (5). Elles peuvent s'accompagner selon Philippe Wallon (5) de ruptures soudaines dans le tracé. Ces enfants auraient également tendance à déborder le cadre de l'épreuve et utiliser le « bourrage ». Vinay (17) ajoute que les détails sont en général de très petite taille. Ces enfants peuvent présenter des réactions pulsionnelles et le support peut être colorié jusqu'au déchirement de la feuille. Prudhommeau constate la persistance d'automatismes. Selon lui (16), ces enfants ne peuvent pas accéder au schématisme. Vinay (17) observe que dans le dessin de l'arbre, la ligne de sol est fréquemment absente (ce qui traduirait selon elle une difficulté de connexion à la réalité) ; le tronc et les branches sont souvent représentés par un trait unique (rendant la notion de contenance absente du dessin). L'arbre est en général disproportionné et rarement centré. Le tronc souvent représenté court et épais ou conique.

Chez ces enfants, Vinay (17) note une difficulté à répondre à une consigne. Pour Widlöcher (3), l'estimation du niveau mental par le dessin est difficile en raison de l'hétérogénéité des performances graphiques. Philippe Wallon (5) note qu'il faut tenir compte des comorbidités chez ces enfants et ne pas attribuer toutes les anomalies de leurs dessins au retard intellectuel.

2. Dessin et troubles neurologiques

Chez les enfants atteints d'infirmité motrice-cérébrale, Debienne (89) a observé que le dessin du bonhomme est identique à celui d'un enfant avec retard mental simple, lorsque l'atteinte est symétrique. En cas d'asymétrie motrice, on peut observer une ignorance de la moitié de l'espace graphique correspondant à la topographie de la lésion. Chez des enfants hémiplégiques avec une atteinte gauche, sans aphasie et avec une intelligence normale, il existe souvent une mauvaise structuration de l'espace avec troubles du schéma corporel.

Selon Philippe Wallon (5), Le dessin peut aider à repérer un trouble neuro-moteur ; par exemple, un syndrome cérébelleux se manifeste dans le dessin par des tremblements et des difficultés du contrôle moteur.

Chez les enfants présentant une lésion cérébrale, les difficultés du contrôle moteur entrainent des mouvements rapides et impulsifs. Vinay (17) note que les bonhommes dessinés sont disproportionnées et donnent une impression de déconstruction.

Les troubles des fonctions exécutives peuvent altérer le dessin. Selon Granier (32), un sujet dont l'attention est éparpillée est en difficulté pour achever son dessin. Quand l'attention est parasitée, il en résulte un morcellement de l'espace. L'absence de mémoire de travail se manifeste par des persévérations et de l'ornementation vide. La pauvreté de la mémoire d'évocation est à l'origine d'évocations stéréotypées, non associatives, impersonnelles.

3. Dessin et troubles sensoriels

a) Trouble de la vision

Les dessins des enfants mal voyants ont été peu étudiés. Selon Philippe Wallon (5) leur pauvreté et les déformations observées montrent l'importance de la vue, que le tact et la perception kinesthésique ne parviennent pas à remplacer.

b) Surdité

Thiel, cité par Widlöcher (3), a observé que le développement du dessin chez les enfants sourds était comparable à celui d'enfants normaux ; Wallon (5) note que son évolution est plus lente. Il a également observé que ces enfants perçoivent mieux les détails ; leur observation est plus précise et leurs dessins de mémoire sont bons. R. Stora (90) a constaté une difficulté à passer du détail à la généralisation dans le test de l'arbre. Selon Widlöcher (3), le retard qui a pu être observé serait en lien avec l'isolement social.

4. Dessin et troubles du langage

Selon Rouma (91), il existe une association entre troubles du langage et du dessin. Widlöcher (3) rapporte qu'en 1926, Head a constaté un rapport entre aphasie et anomalie du dessin. D'après Cromer (92), les enfants aphasiques rencontrent des difficultés d'organisation dans le dessin d'une figure complexe.

5. Autres maladies organiques

a) Le cancer

Selon Paine, Alves et Turbino (93), la comparaison entre les dessins d'enfants hospitalisés montre que les enfants cancéreux présentent de moins bonnes performances ; les personnages sont plus petits. Ce serait le signe d'une anxiété et d'une mauvaise estime de soi. Vinay (17) ajoute que l'image du corps est altérée et que dans les dessins, on peut observer une mise en scène monstrueuse de la maladie.

Graves (94) a étudié le dessin du combat contre le cancer comme un élément pronostique chez ces enfants.

b) Les troubles urinaires

Selon Lucio de Raggi (95), les enfants urémiques réalisent des dessins plus petits avec des altérations du tracé. Cela traduirait l'impact émotionnel de la maladie, et s'atténuerait en dehors des phases critiques comme l'ont montré Campbell (96), dans la cystite chronique et Leonhart (97) dans la fibrose urinaire.

« Les dessins expriment les réactions de sauvegarde de l'enfant à l'égard de ces affections graves, potentiellement létales » Wallon (5).

c) Enfants obèses

Nathan (98) a observé que les enfants obèses ne dessinent pas de personnages gros et leurs dessins reflèteraient l'opinion négative de leur entourage social à leur égard.

6. Dessin et instabilité psychomotrice

Cotte, Roux et Aureille (99) ont observé que l'instabilité s'exprime dans les dessins. Chez les enfants instables Michaux (100) observe dans le dessin du village, que les routes y sont représentées nombreuses, longues et curvilignes.

7. Dessin chez les enfants psychotiques

Selon Widlöcher (3), chez les enfants psychotiques, l'expression est discordante, stéréotypée et bizarre. D'après Granier (32), à l'âge adulte le dessin a une valeur diagnostique pour les psychoses infantiles. Il permet de déterminer l'âge du début de la maladie en fonction du stade de développement du dessin chez l'enfant.

Philippe Wallon (5) ajoute que des objets étranges peuvent également être incorporés au bonhomme. Un intérêt particulier est porté pour les organes génitaux. Il observe chez les enfants plus grands une absence de structure dans le dessin, une absence de dynamisme et la répétition de schèmes. Les personnages sont rares et raidis, asexués, parfois morcelés. L'espace et les couleurs sont utilisés de manière aberrante, l'ensemble est incohérent. Il observe également des « néomorphismes » qui sont des formes insolites ou incompréhensibles et des « paramorphismes » qui sont des formes compréhensibles, mais dont la signification a été détournée par l'enfant. Les hallucinations peuvent être utilisées comme thème.

Pour Wallon (5), chez ces enfants, l'humeur a une influence sur le dessin du bonhomme. L'excitation et le mauvais contrôle pulsionnel sont à l'origine de bonhommes grands et agressifs. On

note chez ces bonhommes une macrocéphalie, un corps pycnique, un tronc ovoïde et des membres raccourcis. Au contraire lors d'une phase dépressive, le personnage a une taille réduite, le tracé est flou, raturé. Il peut être microcéphalique et l'environnement est triste. Le dessin peut également remplir toute la feuille comme pour combler le vide. Selon Vinay (17), ces bonhommes d'enfants psychotiques peuvent être démantibulés, multiples, déshumanisés, fantastiques et en rupture avec la réalité et le monde environnant. Ils sont constitués d'objets sans caractère logique.

Elle (17) ajoute que dans leurs dessins, le refus ou la destruction du dessin peuvent être le signe de tendances paranoïaques. On peut également observer la réalisation d'arbres tortueux, complexes, éventrés. L'écorce repassée, noircie peut être le témoin d'une grande rigidité. La taille de l'arbre peut être le reflet d'un sentiment d'infériorité lorsqu'il est petit, ou au contraire, d'une exaltation lorsqu'il est exagérément grand.

8. Dessin et autisme

Les médias ont mis en valeur les compétences « extraordinaires » des autistes Asperger sur le plan de la mémoire ou du graphisme. Dans la réalité, les autistes avec de telles compétences graphiques sont rares.

Selfe (101) a publié l'étude du cas d'une jeune fille qui présentait une grande maturité artistique dès 3 ans ½, contrastant avec des acquisitions et des maturations sociales et psychologiques pauvres.

Le dessin des enfants autistes est abordé de façon plus détaillée dans le chapitre sur l'apport des psychanalystes dans l'étude du dessin.

9. Troubles obsessionnels compulsifs (TOC)

Selon Granier (32), on retrouve dans les TOC une lenteur d'exécution, une répétition thématique et une fixité du style.

10. Dépression et angoisse

D'après Vinay (17), des traits peu épais, flous, la petite taille des bonhommes peuvent être un signe d'une forte inhibition.

Elle ajoute que l'angoisse et l'agressivité peuvent s'exprimer par de nombreuses ratures, des éléments barrés. Dans les troubles anxieux et dépressif, elle observe que le dessin de l'arbre se caractérise souvent par sa petite dimension, l'absence de la ligne de sol, l'utilisation d'un trait unique pour le tronc, la pauvreté des éléments complémentaires et décoratifs, le feuillage tombant. L'angoisse peut aussi se traduire par des déformations de la structure de l'arbre. Les racines sont généralement visibles, souvent disproportionnées et plutôt allongées. Le noircissement et les traits repassés témoignent du niveau d'angoisse. Si le dessin est réalisé au cours d'un test, elle considère qu'il faut prendre en compte le fait que le test en lui-même peut être angoissant.

11. Anorexie mentale

Selon Granier (32), les anorexiques ont tendance à focaliser sur les détails et à travailler la surface au détriment de la perspective. Le style est visuo-tactile et les thèmes fréquemment retrouvés sont l'évanescence, l'alimentation. Ils sont enfantins et concrets. Le déficit d'imagination lié à l'alexithymie est compensé par le recours à l'instrumentation et au mimétisme.

12. Traumatismes et état de stress post-traumatique

Chez l'enfant, les jeux répétitifs sur le thème de l'événement à l'origine du stress, sont un critère diagnostique. Les dessins répétitifs sur le même thème peuvent être inclus dans ce critère.

Selon Vinay (17), dans les traumatismes émotionnels (carences affectives précoces, deuil …), le bonhomme deviendrait l'objet de la colère, d'agression et de vengeance.

13. Enfant victime

Royer (102) a étudié le dessin chez les enfants victimes d'abus sexuels. « A partir du dessin de famille, Koppitz (1968) avait établi une liste d'une trentaine d'indices émotionnels permettant de différencier les dessins d'enfants « normaux » de ceux des enfants « perturbés » d'une façon générale. Il s'est avéré que les enfants « sexuellement agressés » présentent un nombre particulièrement élevé de ces signes, démontrant ainsi l'intensité de ce type de stress »

Elle retrouve quatre tendances dans leurs dessins :

- Les dessins comportent la représentation directe ou symbolique d'attributs sexuels dans 50 % des cas. Le personnage est souvent représenté avec une emphase des caractères sexuels, mais aussi des yeux (souvent louchant) et des mains chez les filles ; des pieds, du nez, de la bouche et des dents chez les garçons.
- Le dessin a souvent un aspect agressif : la famille peut être représentée effrayante, les personnages monstrueux ; le rouge et l'orangé sont souvent utilisés et des scènes de combat et du sang peuvent être représentés.
- Quand l'enfant se représente, il est souvent petit, en retrait, isolé, signe du sentiment éprouvé de culpabilité. La représentation d'un personnage sans bouche peut être en lien avec des affects non exprimés.
- Le sentiment de peur et l'angoisse peuvent s'exprimer à travers la représentation d'un personnage identifiant aux caractéristiques géantes, tout puissant. Une impression de menace et d'insécurité règne sur l'harmonie globale du dessin.

Le niveau d'estime de soi est souvent faible. Vinay (17) constate que l'agression elle-même n'est jamais ou très rarement représentée telle quelle.

14. Trouble de l'attachement

Pour Granier (32), un trouble de l'attachement peut se manifester par un attachement excessif à la production. La séparation de l'œuvre n'est parfois pas possible.

15. Troubles des conduites

Selon Philippe Wallon (5), les enfants délinquants ont des résultats plus faibles au test du personnage que les enfants d'âge mental équivalent. Ces résultats sont améliorés lorsque l'adaptation sociale s'améliore.

16. Altération du dessin par des facteurs non pathologiques

Philippe Wallon (5) précise que la fatigue et la copie peuvent altérer le dessin de l'enfant.

17. Chez les adultes

Les adultes présentant des pathologies psychiatriques ont accès au dessin, notamment dans les ateliers d'art-thérapie.

a) Schizophrénie

Granier (32) observe que les patients schizophrènes présentent une difficulté de réalisation concrète et une tendance à la répétition. Dans leurs dessins, fond et forme sont indifférenciés. Chez eux également, l'anhédonie et la démotivation sont un frein à l'expression artistique. L'abstraction est fréquente. On observe également l'utilisation d'un symbolisme aberrant, la perte de la symbolique des couleurs et la perte du passage de la 2D à la 3D. L'inspiration est plutôt métonymique (copie) que métaphorique (décalage).

b) Trouble bipolaire

Granier (32) rapporte que les études épidémiologiques ont montré la fréquence de la bipolarité chez les sujets créateurs. Lors des épisodes maniaques il existe une hyper-réactivité aux stimuli, une hyper-sensorialité avec une exacerbation de la perception et de la mémoire pouvant « nourrir l'œuvre » tant en quantité qu'en qualité. On observe l'inverse lors des épisodes dépressifs. L'anhédonie, en réduisant la vie émotionnelle, ne favorise pas la création. Chez certains patients, on observe des auras maniaques créatives pendant lesquelles on retrouve les mêmes thèmes. L'expression artistique du conflit ordre/désordre se manifeste à travers le style qui oscille entre hyper-expressivité et géométrisation, instrumentalisation.

Vinay (17) observe que dans l'état mélancolique, le dessin de l'arbre serait plutôt caractérisé par la présence de nombreux traits ondulés et filandreux et par un tronc souvent composé de ruptures. Les appuis sur le sol sont plutôt faibles et l'arbre peut être déraciné. Les branches sont fréquemment tombantes. Dans l'état maniaque, l'arbre est fleuri. On observe parfois une disproportion entre le volume du feuillage et celui des fleurs qui peuvent être envahissantes. L'arbre peut également être chargé de nids d'oiseaux.

c) Dimension sociale

Selon Granier (32), chez les schizophrènes, le thème du portrait est plutôt rare. Lorsqu'il est réalisé, on observe sa robotisation et son inexpressivité. Au contraire, ce thème est fréquent chez les bipolaires avec une expressivité importante tant en phase maniaque que dépressive. Le portrait est absent de la production des alexithymiques qui privilégient des représentations concrètes. Ce thème a une dimension sociale ; en effet, les émotions y sont exprimées, et leur reconnaissance est une compétence cognitive importante pour la communication.

Alors que dans l'art classique, la création a une valeur et une fonction de dialogue symbolique, en pathologie, l'œuvre perd de sa dimension sociale. Chez les autistes et schizophrènes, elle n'a souvent pas de destinataire. Ces patients souvent indifférents à leur production, à la reconnaissance du public (créateurs d'Art Brut). Le bipolaire est dans le souci de l'expression immédiate de son émotion, plutôt que de l'émotion du spectateur.

d) Troubles de la personnalité chez l'adulte

Granier (32) observe que chez les patients présentant un trouble de la personnalité état limite, on retrouve des thèmes de grandiosité.

Widlöcher (3) note que dans les personnalités obsessionnelles, on retrouve des stéréotypies, une symétrie et une certaine froideur. P. Wallon (5) note également la présence de hachurage qui peut aller jusqu'à la formation d'un trou dans le papier et est à l'origine de bavures salissant le papier. Il constate aussi une lenteur d'exécution, une grande minutie. Les personnages sont plutôt petits avec des ratures et des détails. Pour Vinay (17), une grande minutie s'observe chez les obsessionnels. L'arbre est souvent de petite taille, tordu, sans racine et consciencieusement fermé en bas du tronc.

Selon Vinay (17), les personnalités histrioniques ont tendance à réaliser des arbres de grande taille avec un feuillage comportant des fleurs et des fruits.

e) Addictions

Chez les patients présentant une addiction, Granier (32) retrouve la répétition de l'objet d'addiction comme thème, alors que le style dépend plutôt des comorbidités.

f) Démences

Chez les patients déments, Granier (32) observe un appauvrissement thématique et formel avec une persistance de la coloration affective du dessin. Quand le déficit est focalisé, on peut observer un trouble de la construction de l'espace.

g) Iatrogénie

Granier (32) rapporte que chez certains patients parkinsoniens traités par L-DOPA des cas de créations imprévues ont été observés.

C. Valeur psychopathologique des caractéristiques du dessin

Comme nous venons de le voir, la pathologie a une influence sur la trace graphique. On peut se demander de quelle manière le dessin peut nous informer sur l'état psychologique d'un enfant. Plusieurs auteurs ont tenté de lier les caractéristiques graphiques à des traits psychologiques.

1. Limites relatives à l'interprétation des dessins

Vinay (17) insiste sur le fait que « l'interprétation » d'un dessin ne peut être objective que lorsque l'on a assisté à sa réalisation. Il est nécessaire également de réaliser un entretien comportant notamment le recueil des éléments d'anamnèse ; un dessin ne peut être interprété lorsqu'il est pris hors de son contexte. Elle incite à rester prudent et à ne pas généraliser les caractéristiques de l'activité graphique.

Philippe Wallon (5) ajoute que le dessin ne doit pas être interprété de manière trop rigide.

Annie Anzieu (69) nous met en garde ; des dessins agréables et « réussis » ne sont pas forcément le signe que l'enfant va bien. La séduction du thérapeute par la beauté linéaire d'un dessin peut influer sur sa neutralité.

Tous les auteurs s'accordent sur la prudence qu'il faut avoir lorsqu'on « interprète » les dessins des enfants. Les données que nous présentons dans cette partie ne peuvent être prises comme vérité absolue applicable à n'importe quel dessin d'enfant. Il s'agit plutôt de pistes, d'indices. La communication par le dessin ne peut en aucun cas être réduite à un « catalogue ».

2. Valeur projective du dessin

Philippe Wallon (5) nous explique que : « L'enfant projette à l'extérieur sur la feuille de papier, les sentiments qui l'occupent intérieurement ».

D'après Roger Muchielli, (cité par Widlöcher (3)) la projection, au sens psychométrique, est « l'acte perceptif lui-même ». Il précise que cet acte n'est pas absolument conscient. Il fait la distinction avec la projection au sens psychanalytique que Freud a décrit. Dans ce cas, elle consiste en l'attribution à autrui de ce que l'individu ne veut pas reconnaître en lui et utilise le mécanisme du déplacement.

Selon Widlöcher (3), l'expression des sentiments et du caractère par le dessin comprend plusieurs aspects. Les trois premiers concernent des dimensions de la personnalité de l'enfant :

- Le dessin a une *valeur expressive* : certains éléments de l'état émotionnel sont exprimés à travers le geste graphique, le traitement de la surface, le choix des formes et des couleurs. Dans cette dimension, l'étude du dessin peut être rapprochée de la graphologie dont l'intérêt est mince ; l'observation du comportement de l'enfant est suffisamment informative.
- Il a une *valeur projective proprement dite* : la vision du monde de l'enfant est révélée par le style général de la figuration.
- Le dessin a une *valeur narrative* : il est le produit de l'imagination de l'enfant et révèle ses centres d'intérêt, ses soucis, ses goûts.
- Un dernier aspect est *l'expression de sentiments et de pensées inconscientes* au sens psychanalytique. Il met en jeu plusieurs mécanismes de défense.

3. La valeur narrative du dessin

Widlöcher (3) explique que l'interprétation symbolique et l'interprétation psychanalytique du dessin ont des références topologiques différentes. L'aspect narratif du dessin fait référence au contexte (qui influence souvent le thème), mais a surtout une signification symbolique. Le dessin reflète le monde imaginaire de l'enfant. Dans l'observation du dessin, les séries de dessins et les commentaires de l'enfant sont importants. Le contenu manifeste du dessin montre également la personnalité et l'affectivité de l'enfant.

Pour Widlöcher (3), la lecture d'un dessin nécessite plusieurs étapes :

- Tout d'abord, il faut identifier les objets figurés et la scène représentée. L'histoire racontée par le dessin est révélatrice de l'activité imaginaire et peut être complétée par les explications de l'enfant.
- Puis, il faut étudier les particularités formelles (taille et forme) qui présentent également une valeur narrative.
- Les réactions affectives liées au travail d'identification et l'impression d'ensemble sont également importantes à prendre en compte.
- Les particularités du style reflètent la vision du monde. L'utilisation de l'espace, des formes, des couleurs reflète la manière d'être du sujet et sa sensibilité.

4. Les formes

a) Gribouillages

Selon Greig (9), la forte prédominance des ronds dans les gribouillages s'associerait souvent à des traits psychologiques régressifs, tandis que la prédominance des va-et-vient s'associerait habituellement à l'affirmation et l'opposition.

b) Style graphique et personnalité

Rose Alschuler et Berta Weiss Hattwick (103) ont comparé le style graphique d'enfants et leur vie affective. Chez ces enfants, une étude de personnalité a été réalisée. Leurs travaux ont permis de trouver des associations entre le type de formes souvent représentées et des aspects de la personnalité de ces enfants. Une partie de cette étude concerne le type de formes représentées :

- Les enfants qui ont pour prédilection les lignes droites et les angles, sont plus réalistes, souvent agressifs et opposants, leurs capacités d'organisation et d'initiative sont plutôt bonnes.
- Ceux qui préfèrent les lignes courbes sont plus sensibles et ont le souci de rechercher l'approbation des adultes. Ce sont des enfants imaginatifs mais qui manquent de confiance en eux.
- La prédominance de formes circulaires serait un signe d'immaturité et de féminité.
- L'équilibre entre formes circulaires et lignes verticales serait le reflet d'un bon équilibre et d'un contrôle de l'impulsivité.
- Les enfants qui ont recours aux verticales auraient un tempérament plutôt viril, actif, constructeur et seraient tournés vers l'extérieur.
- La prédominance des lignes horizontales est plus rare, et serait souvent l'indice de conflits psychologiques.

c) La forme rapportée

Quand le trait s'écarte et revient vers une figure, l'enfant a acquis la technique de la « forme rapportée ». Elle est utilisée dans la structuration du personnage et dans la représentation de la marguerite. Elle permet de s'approprier un peu de l'espace extérieur. Selon Grieg (9), elle serait le modèle d'une intériorisation en même temps que d'une expansion de soi. Ce mouvement d'aller et retour représente un progrès dans la relation : « je donne et je prends ».

5. L'espace

« L'élaboration progressive d'un espace clair et cohérent s'opère en même temps que la construction de la notion d'objet » De Meredieu (25).

Greig (9) observe chez les enfants de la maternelle au CE2, une « indifférence à l'équilibre dans l'espace graphique » (le bateau flotte au dessus de l'eau, le véhicule au dessus de la route, le personnage au dessus de son siège) qui traduirait le besoin de séparer pour mieux individualiser.

a) Les contours, la délimitation de l'espace

Selon Annie Anzieu (69), le tracé du dessin peut être un symptôme, une jolie ligne peut masquer le chaos ou le vide. Un tracé bien net peut être le reflet de l'impossibilité d'établir une relation avec l'extérieur, d'une crainte persécutive.

b) Utilisation de l'espace

Selon Greig (9), les productions très petites et décentrées, les débordements impulsifs doivent attirer l'attention des cliniciens.

Alschuler et Weiss Hattwick (103) ont observé que la tendance à dépasser le cadre est associée à un manque de contrôle et serait un signe d'immaturité ou une attitude d'opposition. Le fait que la partie de l'espace utilisée soit excentrique ou très petite serait un indice de déséquilibre. L'utilisation préférentielle de la partie supérieure de la feuille marquerait une propension à l'orgueil, alors que la préférence de la partie basse serait liée à la stabilité. L'usage du côté droit ou gauche de la feuille ne serait par contre pas significatif d'un trait de personnalité.

Pour Philippe Wallon (5), on peut considérer que la feuille de papier représente un espace « symbolique » reproduisant le périmètre de son activité. Les enfants inhibés n'osant pas explorer le monde, réalisent souvent de petits dessins. Un enfant qui n'accepte pas les limites réalise plutôt de grands dessins, jusqu'au bord de la feuille.

c) Remplissage et vide

Les formes ouvertes ou vides seraient selon Greig (9) l'œuvre d'enfants très abandonniques, en grand besoin affectif avec parfois une dégradation de leurs efficiences. Pour Annie Anzieu (69), le vide évoque souvent la dépression. Greig (9) ajoute que chez les auteurs de figures vides on retrouve souvent un repli, des angoisses de séparations et des mouvements régressifs. D'après Philippe Wallon (5), « Un dessin ramassé sur le bord inférieur de la feuille, laissant un grand espace libre, évoque inhibition, timidité ».

Pour Greig (9), lorsque les dessins présentent des remplissages fauves qui envahissent la production de l'enfant, cela peut désigner des cas de maltraitance ou de révolte, avec manifestations

agressives et caractérielles avec maintien d'un bon niveau des capacités. L'expression fauve est cependant présente dans l'évolution normale et témoigne de colère et d'agressivité qui peuvent être normales. Selon Alschuler et Weiss Hattwick (103) le remplissage systématique serait un signe d'immaturité. Selon Philippe Wallon (5) « une feuille couverte jusqu'à l'excès (bourrage) suggérerait des tendances phobiques ».

d) Disposition des traits dans l'espace

D'après Alschuler et Weiss Hattwick (103), la représentation de lignes avec des directions cohérentes serait associée à l'esprit de décision, alors que la représentation de traits dans toutes les directions serait le reflet d'une impulsivité. La prédominance de formes angulaires refléterait un maniérisme agressif. La disposition en zigzag et la représentation de lignes brisées seraient des signes d'instabilité.

e) Espace symbolique

Max Pulver a tenté de diviser la feuille de papier en plusieurs zones symboliques.

Pour lui, le haut de la feuille correspond à la zone de l'esprit et de l'épanouissement dans le monde ambiant, le bas exprimerait la zone des tendances érotiques, des pulsions biologiques et notre appartenance au monde collectif, la gauche figurerait le passé, l'introversion, les fixations infantiles et la droite symboliserait l'avenir, l'extraversion, l'autorité. Le centre serait la zone où se projette le Moi du sujet et les diagonales représenteraient des combinaisons des quadrants décrits.

Widlöcher (3) rapporte cette théorie qui est selon lui très discutable, comme semblent en témoigner les travaux d'Alschuler et Hattwick.

6. La représentation de personnages

a) Le rond et la figure-têtard

Pour Greig (9), la démarche de fermeture du rond et les procédés utilisés seraient les témoins de l'intensité du désir de l'enfant de ne pas laisser de « trou » et donc de son besoin de limite entre un intérieur et un extérieur. Quand l'enfant acquiert la technique de figuration fermée, le dessin du contour de la main se ferme également au niveau du poignet. La figure fermée, qui apparaît concomitamment au « je » dans le langage, serait un support d'identité.

Selon Greig (9), la figure rayonnante serait une expression d'extériorisation et d'affirmation, tandis que la figure contenante apparaît comme un modèle de l'attachement et de la sécurité. « Au « je suis » de la figure fermée répondent en écho un « je m'exprime et je m'affirme » de la figure rayonnante, et un « je garde et je me protège » de la figure contenante. La figure-têtard reprend l'ensemble à son compte : « je suis, je me protège et je m'affirme », comme une véritable enseigne de l'individualisation. »

Il ajoute : « L'accès à la figuration nécessite et exprime une synthèse psycho-affective des deux positions : l'attachement, lié au graphème de la figure contenante, et l'affirmation, liée à celui de la figure rayonnante » (9).

Pour Greig (9), les têtards « prolongés » traduiraient une certaine dysharmonie dans l'évolution de l'enfant. On les observe principalement chez des enfants avec un « retard graphique », presque toujours associé à un retard verbal et souvent à une certaine instabilité.

Les figures ouvertes ou éclatées (« bonhomme énuméré » de Liliane Lurçat), quant à elles, seraient normales jusqu'à l'âge de 3 ans et disparaissent peu après la fermeture du rond.

Après 3 ans, les personnages « ouverts » (ainsi que d'autres figures ouvertes, comme l'animal, la maison) seraient le signe d'une personnalité fragile. Chez ces enfants on retrouve souvent une histoire clinique lourde (carences parentales, dysharmonies graves avec détérioration fréquente des efficiences). Toutes les figures ouvertes ne sont pas à rattacher à cette situation, en particulier les dessins de dames en robe, d'arbres côté racine ... Comme l'ont constaté Samier et Philippe Wallon, la sollicitation trop précoce d'une structure tête/corps, lors de la copie d'un modèle trop élaboré peut être également à l'origine de figures ouvertes.

Figure 32 Bonhomme ouvert : représentation d'une princesse avec une robe. Fille de 5 ans

Figure 33 Bonhomme ouvert. Fille, 3 ans et 8 mois.

b) Les caractéristiques du personnage

Dans l'évolution du dessin du personnage, le blocage de l'organisation tête-corps à la figure-têtard ou au « corps impossible » témoigne selon Greig (9) d'un problème et d'un retard dans la conception graphique, habituellement associé à d'autres retards et à des difficultés socio-familiales.

Pour Aubin (104), le dessin d'un personnage incomplet peut être l'expression d'une anxiété.

D'après Philippe Wallon (5), l'agressivité peut s'exprimer par la représentation d'un personnage belliqueux. Le personnage peut prendre une taille excessive dans le dessin et évoque alors un manque de contrôle des pulsions.

7. Identifications sexuelles

Ada Abraham (51) a travaillé sur l'identification sexuelle de l'enfant à travers son dessin. Elle utilise le test de Machover, qui consiste à demander à l'enfant de dessiner un personnage, puis de faire un second dessin représentant un personnage de l'autre sexe. Machover (105) a fait l'hypothèse qu'il est normal pour l'enfant de dessiner d'abord un personnage de son propre sexe. On constate cependant que dans 20 % des cas, l'enfant dessine un personnage du sexe opposé, et un tiers des enfants change de choix lorsque le même test leur est proposé quelques jours plus tard. Pour les

enfants qui choisissent, lors des 2 passations du test, le sexe opposé en premier, on retrouve un peu plus de jeunes garçons et nettement plus d'adolescentes. Chez les jeunes garçons, l'hypothèse a été faite que ce choix serait fait en raison de l'attachement œdipien à leur mère. Chez les adolescentes, la rêverie amoureuse pourrait être la raison de ce choix.

Pour Grieg (9), cette étude du critère de Machover confirmerait le mélange de l'identification et du désir dans les projections effectuées.

8. Dessin de l'arbre

Pour Greig (9), dans le dessin de l'arbre, la prédilection pour le tronc serait liée à l'affirmation comme trait dominant, que le contexte soit celui d'une estime de soi tonique ou d'un débordement pulsionnel incontrôlé, impulsif et agressif. Lorsque la couronne est développée, on serait plutôt dans la problématique de l'attachement et du contact. L'enfant serait alors plutôt dans une quête affective, un désir de relations harmonieuses, sans conflits.

9. Les couleurs

L'utilisation de couleurs aberrantes ou non naturelles qui se prolonge anormalement doit faire évoquer un trouble de la perception des couleurs (daltonisme). Ce trouble est généralement détecté lors des dépistages scolaires.

Pour Widlöcher (3), la couleur a une la valeur expressive. Tons et combinaisons de couleurs permettent en effet d'exprimer des tonalités émotionnelles. Les combinaisons peuvent être harmonieuses ou non. La correspondance naturelle entre une couleur et un élément naturel (par exemple le sang et la couleur rouge) est également à prendre en compte.

L'étude d'Alschuler et Weiss Hattwick (103) explore la dimension expressive des couleurs. Widlöcher (3) précise que le choix expressif de la couleur est à séparer de son usage symbolique :

- Les enfants ouverts, bien adaptés au groupe ont tendance à utiliser les couleurs chaudes.
- Les couleurs neutres sont, elles, retrouvées chez des enfants renfermés, indépendants et le plus souvent agressifs.
- Le rouge est la couleur préférée des jeunes enfants, mais chez les enfants plus grands, elle exprimerait des mouvements d'hostilité et des dispositions agressives.
- Les enfants qui utilisent le bleu se conformeraient aux règles extérieures et se répartissent en groupes : ceux qui n'acceptent pas ces règles en profondeur et ceux qui les acceptent.
- L'utilisation du noir serait liée à la peur, l'anxiété et des comportements dépressifs.
- L'orange refléterait un état d'esprit heureux, détendu et le brun, le besoin de salir.
- Le vert serait utilisé en lien avec une réaction contre la discipline trop rigoureuse.
- Enfin, le violet serait témoin de tensions conflictuelles.
- La répartition des couleurs est également à prendre en compte. La superposition serait le reflet d'un conflit des tendances. L'isolement des couleurs refléterait rigidité et crainte. Le mélange sans discrimination serait lié à une immaturité et de l'impulsivité.

Les dessins monochromes, de couleur sombre marquent selon Barbey (58), des affects dépressifs, abandonniques ; les dessins multicolores, aux couleurs exubérantes sont un signe de défenses maniaques ; un dessin où la couleur est dosée, bien tempérée, moins criarde, montre une affectivité moins secouée de conflits.

10. Caractéristiques du trait

Un trait léger allant jusqu'au pointillé, serait selon Aubin (104) le signe d'une inhibition et un estompage flou pourrait refléter la difficulté à se vivre comme une personne, voire un sentiment de dépersonnalisation.

Pour Philippe Wallon (5), un enfant irréfléchi, qui va trop vite, a tendance à raturer son dessin. Il ajoute que des traits repassés seraient révélateurs d'angoisse.

Fernandez (54) propose huit « caractéristiques physiologiques » du trait. Les quatre premiers sont des éléments actifs : l'appui et l'épaisseur du trait, la netteté, la droiture et la rapidité. Les quatre autres éléments sont passifs : la légèreté, le caractère pâteux, le caractère courbé et la lenteur du trait.

Vinay (17) précise qu'un trait épais correspondrait à la capacité à être dans l'action, la recherche de l'affirmation de soi ou une attitude physique d'opposition. Un trait très net témoignerait d'une importante capacité d'indépendance, de l'équilibre psychique et de solidité. Il semble associé à une froideur dans les échanges sociaux. La droiture du trait serait caractéristique de la capacité à prendre des décisions. La rapidité d'exécution du trait serait un signe de l'énergie motrice. Un trait léger évoquerait la timidité, la fragilité, le manque de confiance en soi. Un trait pâteux serait lié à une charge affective importante. La lenteur du trait témoignerait d'obstacles psychiques.

Pour Crotti et Magni (106), La circularité et l'arrondi du trait seraient témoins d'un désir de protection.

11. L'absence de trace

Bosse Demirdjian (107) évoque les situations où l'enfant est en difficulté pour laisser des traces. Parfois l'absence de possibilité de laisser une trace est liée à un interdit de se salir, posé par les parents. Elle note que dans ce contexte, elle retrouve souvent associée une énurésie tardive chez les petites filles. Le manque d'estime de soi peut être à l'origine d'une insatisfaction lors de l'activité de dessin et d'un manque de motivation. Certains enfants sont sensibles à la réussite et à l'échec ; le fait d'avoir reçu un jugement négatif sur leur production a pu entraver leur plaisir à dessiner. D'autres enfants ne sont simplement pas intéressés par cette activité.

Un développement dysharmonique peut également être retrouvé. Une maladresse psychomotrice globale ou un inconfort dans la motricité fine peuvent affecter l'estime de soi, surtout quand l'environnement donne un retour négatif sur la production de l'enfant.

L'absence de trace a été observée chez des enfants autistes, notamment par Geneviève Haag (72) et Annie Anzieu (69).

D. Tests et épreuves utilisant le dessin

Les tests et épreuves liées au dessin sont rarement utilisés par les pédopsychiatres, mais le sont largement par les psychologues et psychomotriciens. Leur intérêt est important dans le cadre d'une évaluation multidisciplinaire qui peut être réalisée aussi bien par une équipe hospitalière (Centre médico-psychologique, Hôpital de jour …) que par un réseau de professionnels libéraux. Il semble donc important pour les pédopsychiatres d'avoir quelques notions sur ces tests.

Philippe Wallon (5) nous explique que les recherches autour du dessin et l'élaboration de tests a suivi trois grandes étapes :

- Le mode « psychométrique » (premier quart du XXème siècle) étudie le niveau psychologique (de « QI »).
- Le mode « projectif » (après la dernière guerre) repose sur l'analyse des symboles au sens psychanalytique.
- L'analyse développementale du dessin (dès les années 1970).

1. Tests évaluant la grapho-motricité

- *Epreuve de Santucci et Pêcheux* (108)

- *Test de L. Bender* (109) : ce test d'usage répandu consiste en la reproduction de 9 formes géométriques simples. Un étalonnage a été réalisé chez 800 enfants New-Yorkais entre 3 et 11 ans. A 11 ans, les enfants doivent reproduire les 9 formes. Une étude de Lebovici, Angoulvent et Heuyer (110) a montré une corrélation entre les résultats de cette épreuve et d'autres tests de performance.

2. Latéralité manuelle

L'acquisition de la dominance d'un côté sur l'autre se fait vers 6 ou 7 ans.

L'épreuve de latéralité usuelle d'Auzias (111) permet le calcul d'un Quotient de Latéralité usuelle.

3. Evaluation de l'intelligence

L'enquête de Guez citée par Widlöcher (3), réalisée en 1906 et publiée en 1908 par Ivanoff a montré que la proportion d'enfants doués intellectuellement est plus importante chez les bons dessinateurs que chez les mauvais. Mais, les aptitudes intellectuelles et graphiques ont été jugées par des instituteurs sans définir de critères préalablement.

Selon Widlöcher (3), d'autres facteurs que l'âge et la maturité intellectuelle peuvent influer sur l'évolution du dessin, en particulier un retard de maturation psychomotrice, un trouble du schéma corporel ou une perturbation affective.

Philippe Wallon (5) précise que même si le dessin permet une évaluation simple et rapide, il ne donne pas de résultats aussi précis que les tests classiques de QI (WISC ...).

a) Echelles incluant le dessin

- *Echelle d'évaluation de l'intelligence des tous petits de Terman et Merrill* : Greig (9) rapporte que l'acquisition du rond ou de la figure fermée fait partie des critères retenus.

- *Les tests de Buysse-Decroly et de Borrel-Maisonny* sont des tests d'intelligence utilisant des épreuves non verbales. Widlöcher (3) précise que les dessins y tiennent une place importante.

b) Tests de dessin figuratif

- *Le Test du bonhomme de Goodenough* (112)

  Widlöcher (3) explique que la consigne de départ est « dessinez un bonhomme de face le mieux que vous pouvez », si l'enfant pose des questions, il faut lui répondre : « Faites comme cela vous semblera le mieux ». L'épreuve n'est pas limitée dans le temps. La cotation dépend des détails et des éléments figurés par l'enfant selon 52 rubriques et le score obtenu se situe entre 0 et 52. Le score moyen à 3 ans est de 2, à 7 ans : 18 et à 13 ans 42.

  Baldy (1) rapporte qu'une corrélation a été retrouvée entre les résultats obtenus au dessin du bonhomme et le niveau scolaire et entre le QI évalué avec le dessin du bonhomme et avec le test Stanford-Binet. Le test du bonhomme s'applique de façon simple et rapide, indépendamment des influences socio-culturelles. Ce test explore l'aspect figuratif de l'intelligence (représentation de l'espace, vocabulaire de formes graphiques). Selon Royer (2), le test du bonhomme permet de discriminer les enfants normaux des enfants déficients intellectuels mais pas les enfants normaux entre eux. Wallon (5) ajoute qu'au delà de 10 ans le test ne fournirait plus de résultats vraiment pertinents.

- Harris (113) a tenté d'améliorer cet outil grâce à une grille précise et une analyse statistique. Il demande le dessin d'un bonhomme puis d'un personnage féminin et un autoportrait. Ce test est beaucoup moins simple que celui de Goodenough et sa précision a suscité de nombreuses critiques. Pour Ph. Wallon (5), l'exactitude de la représentation n'est pas un critère pertinent.

- Le test du bonhomme peut également être côté selon *l'échelle de Wintsch*. Widlöcher (3) rapporte qu'elle est plus simple que celle de Goodenough, plus rapide mais également moins sensible.

- *Le test de Fay* permet de mesurer le développement des aptitudes graphiques en corrélation avec le développement intellectuel et consiste à proposer la consigne : « dessine : une femme se promène et il pleut. » Widlöcher (3) rapporte que Fay a étalonné son test auprès de 6000 enfants de 6 à 14 ans et a retrouvé une concordance avec le test de Binet-Simon.

Widlöcher (3) émet une réserve pour les échelles de Goodenough, Wintsch et Fay. Les aptitudes graphiques mesurées par ses tests pourraient ne pas être seulement liées à l'intelligence de l'enfant. Conflits affectifs, trouble du schéma corporel, difficultés motrices et trouble du caractère peuvent également influencer la représentation du bonhomme. Par ailleurs les échelles de Goodenough et de Fay en tenant compte des détails, favorisent les enfants minutieux et handicapent les enfants timides, anxieux et maladroits. Leur principal avantage est la rapidité de passation et l'attrait du dessin pour les enfants. Osterrieth et Cambier (114) soulignent que les tests de Goodenough et Harris utilisent le dessin de personnage sans décrire son évolution.

- André Rey a proposé *un test de dessin d'après nature* qui consiste à demander à l'enfant de représenter 6 cubes disposés en escaliers de face puis de profil. Selon Widlöcher (3), les résultats de cette épreuve concorderaient avec ceux du test de Fay.

c) Tests de dessin géométrique

- *Le test de Binet et Simon* étudie la copie de formes géométriques. Widlöcher (3) explique que la réussite est fonction de la compréhension des données fondamentales de la figure plus que de l'aspect général. Prudhommeau (16) nous dit que selon ce test, la réussite du rond correspond à un âge mental de 4 ans, celle du carré correspond à un âge mental de 5 ans et 6 ans pour le losange.

- *Le Test de Bender* (109) consiste à la déduction d'un niveau mental à partir de la copie de 9 figures géométriques. Il a été étalonné sur une cohorte de 800 enfants de 3 à 11 ans.

- *La Figure de Rey* (115): consiste en la copie d'un tracé géométrique compliqué, sans signification. L'épreuve de Rey comprend 2 figures. La figure A peut être utilisée à partir de 6 ans, et la figure B dès 3 ans. On propose à l'enfant de copier la figure sans limite de temps. Puis, il doit reproduire la même figure de mémoire. La cotation est double : en fonction du type et chiffrée selon la réalisation des éléments.

  Greig rapporte que 5 à 10 % des enfants parviennent dès 4 ans à utiliser l'armature centrale de la figure alors que 70 % des enfants jusqu'à 8 ans et 50 % jusqu'à 12 ans, organisent leur dessin à partir des détails reproduits de façon isolés ou juxtaposés (9).

  Philippe Wallon (5) rapporte que cette figure a été créée pour étudier les victimes de traumatismes crâniens, puis son utilisation a été étendue aux autres lésions cérébrales et aux troubles psychologiques.

  De nombreux auteurs ont étudié la figure de Rey, mais aucune cotation ne fait l'unanimité. Celle de Rey semble correspondre à des performances trop élevées. Cette épreuve permet d'évaluer l'orientation spatiale symbolique et les capacités mnésiques du sujet. Elle est perturbée en cas de troubles neurologiques et psychologiques mais elle permet également de repérer des perturbations liées à l'environnement (difficultés familiales, déménagement). Des variations liées à la culture ont également été rapportées. Ainsi les populations maghrébine et africaine, dont la culture est orientée vers l'oral, semblent désavantagées.

Widlöcher (3) précise que les tests de Bender et de Rey explorent le niveau de structuration de l'activité perceptive, le contrôle visuo-moteur, l'attention et la mémoire immédiate.

d) Epreuves mixtes d'intelligence de personnalité - la feuille d'examen de Prudhommeau (16)

Cette épreuve est utile chez les enfants d'âge scolaire et Prudhommeau la réalisait parfois par correspondance. Widlöcher (3) nous dit que l'interprétation se fait sur la base de l'appréciation clinique. Il s'agit en effet d'une épreuve clinique et non psychométrique.

Prudhommeau (16) explique qu'elle se base sur l'étude simultanée des deux formes essentielles du graphisme : dessin et écriture. Le but de cette feuille d'examen était de dépister les enfants scolairement inadaptés qui relevaient d'un enseignement spécialisé. L'épreuve pouvait être réalisée de manière collective et donc rapidement. Prudhommeau a étendu cette épreuve aux adultes dans le but de réaliser des recherches psychologiques et des recherches ethnologiques.

Cette épreuve comporte la copie de 18 figures de difficultés graduées : figures géométriques, bonhommes dans des positions dynamique ou statiques, et des dessins divers choisis pour leurs difficultés et permettant de provoquer des suggestions pouvant influer sur le comportement psychomoteur de l'enfant. L'homogénéité des résultats obtenus entre écriture et dessin est appréciée. Le temps et les conditions de réalisation de l'épreuve doivent être également notés.

Prudhommeau a comparé l'écriture d'enfants ayant fréquenté sa classe de perfectionnement au niveau mental apprécié par les tests Binet-Simon. Il est apparu une correspondance entre l'âge mental et l'acquisition de l'écriture : en dessous de 4 ans (d'âge mental, selon les tests de Binet-Simon), l'écriture est impossible. Entre 4 et 5 ans (d'âge mental), l'enfant peut écrire des lettres. Entre 5 et 6 ans : l'enfant parvient à écrire des mots. A partir de 6 ans, l'enfant peut écrire des phrases. Les résultats étaient les mêmes pour des enfants « normaux ».

Le test réalisé par des sujets Touaregs, puis d'autres groupes ethniques, n'ayant jamais manié de crayon et ne connaissant pas les caractères de l'écriture française, a donné des résultats concordants.

Cette épreuve réalisée en 1933 a été l'objet d'expérimentations dans plusieurs classes d'âge et cultures différentes, ainsi que chez les jumeaux (en particulier dans le Laboratoire de Psycho-biologie du Pr Henri Wallon en 1940).

4. Tests de personnalité

- *Les gribouillis* sont utilisés dans les tests d'exploration régressive de la personnalité. La technique de Corman (116) (adaptée de celle du graphologue R. Meurisse (117)) consiste à faire écrire au patient son nom au milieu de la page, puis de le laisser gribouiller. Greig (9) rapporte que les formes arrondies sont associées à un caractère doux et conciliant, la prédominance des traits, aux décharges agressives .

- *Le test de la maison* : De Meredieu (25) rapporte que F. Minkowska l'utilise sans notation ; la production est appréciée cliniquement. Wallon (5) explique que Minkowska voit dans la maison un « moi déguisé », son épreuve est essentiellement projective. Ce test repose sur la richesse des évocations symboliques liées à la maison. Pour étudier ce test, F. Minkowska (118) (119) a confronté les données formelles du dessin à la typologie « sensoriel-rationnel ». Le groupe ethnique a été pris en compte, en effet ce test a été étudié également auprès de collectivités d'enfants réfugiés en France pendant la guerre. Le dessin de la maison reflète l'appartenance socioculturelle de l'enfant. Widlöcher (3) ajoute qu'il faut également prendre en compte la valeur symbolique de la représentation anthropomorphique de la maison.

- *Le dessin de la famille* est une épreuve projective et représente une tache plutôt émotionnelle selon Baldy (1). De Meredieu (25) précise que souvent, les consignes de réaliser les dessins de la famille réelle et de la famille imaginaire sont données successivement. La nature et l'intensité des conflits peuvent être appréciées ainsi que leur correspondance à une phase évolutive normale ou leur caractère pathologique.
    - Le Pr Porot (120) a codifié cette situation d'examen : on donne à l'enfant une feuille de papier, un crayon noir et la consigne *« Dessine ta famille »*. L'examinateur doit noter l'ordre d'arrivée des personnages, les éventuels retours en arrière, les ratures, les hésitations, les commentaires de l'enfant (noms donnés aux personnages particulièrement), la composition de la famille (personnages manquants), la place, la taille et la forme des personnages, le premier personnage représenté (souvent en haut à gauche), la répartition de la famille, la taille des personnages, leur attributs, la place que l'enfant se donne et si un personnage est inachevé. Il faut préciser si c'est la

famille telle que l'enfant la voit, la souhaite ou la craint.

- Cain et Gomila (121) ont tenté de codifier l'interprétation du dessin de la famille. Leur étude a permis de préciser les critères de normalité et a confirmé que le dessin de la famille renseigne sur l'existence des conflits affectifs plus que sur leur nature.
- Corman (116) a modifié la consigne en *« dessine-moi une famille »*, afin que soit représentée la famille imaginaire, et a standardisé l'entretien après le dessin. On demande à l'enfant de raconter cette famille, de désigner les personnages, leur rôle, leur sexe, leur âge, de préciser quel personnage est le plus gentil, le moins gentil, le plus heureux, le moins heureux et d'expliquer les raisons. On lui demande quel est son personnage préféré et celui qu'il serait s'il faisait partie de cette famille. L'entretien porte sur une famille imaginaire, il s'agit d'une épreuve projective. L'interprétation porte sur 3 niveaux : le niveau graphique, le niveau des structures formelles et celui du contenu.
  Le travail de Corman est le plus utilisé et son étude a porté sur 1200 enfants de 6 à 14 ans. Il a un intérêt particulier à l'heure actuelle où beaucoup de cellules familiales sont dissociées ou recomposées (5).

Le test du dessin de la famille facilite l'investigation clinique mais ne la remplace pas. Il s'agirait plutôt d'une situation privilégiée favorisant l'expression des sentiments de l'enfant (3).

- Kos et Bierman ont proposé *l'épreuve de la famille enchantée*, suite à une étude portant sur 4000 enfants. Wallon (5) la décrit : la consigne est : « Imagine qu'une magicienne vienne et enchante une famille, toutes les personnes de cette famille, les grands et les petits … Voilà une feuille de papier et un crayon ; et maintenant dessine ce qui s'est passé. » Après le dessin on demande à l'enfant de raconter ce qui s'est passé. Le récit est noté mot à mot puis est analysé sur un mode qualitatif. Cette épreuve, dont l'interprétation est principalement clinique, permet l'analyse du rapport de l'enfant à son entourage.

- La feuille d'examen de Prudhommeau (16).

- *Le dessin du bonhomme* reflète selon Widlöcher (3) à la fois la maturité intellectuelle et l'équilibre affectif.
  - Karen Machover (105) utilise la représentation de la figure humaine comme un test projectif. Widlöcher (3) explique qu'il consiste à demander à l'enfant le dessin d'un personnage, puis dans un second temps, le dessin représentant le personnage de l'autre sexe. Machover (105) avait fait l'hypothèse qu'il était normal de dessiner d'abord un personnage de son propre sexe. Pendant le test, Widlöcher (3) explique que de nombreux éléments doivent être notés : le comportement de l'enfant, la description du dessin, sa taille, sa disposition sur la feuille, la présentation générale, le mouvement, les parties omises ou raturées, le visage, l'habillement, le graphisme (force, continuité et direction du trait), le nombre des détails, l'équilibre et la précision de la forme, les hachures. Wallon (5) rapporte que l'interprétation du test tient compte des parties du corps, des aspects formel et structurel du dessin mais est en grande partie basée sur l'expérience du clinicien. Ce n'est donc pas une épreuve standardisée et elle ne peut pas vraiment être utilisée comme un test de personnalité. L'approche de Machover, même si elle décrit vraiment le dessin, aboutit selon Wallon (5) à une cotation complexe, difficile à utiliser en pratique.
  - Koppitz (122) propose une approche à la fois émotionnelle et cognitive évaluée sur près de 2000 enfants des deux sexes et utilisant 30 items développementaux. Le système de notation est simple et beaucoup utilisé dans les pays anglo-saxons selon Wallon (5).

- *Le test de l'arbre* permet d'après Widlöcher (3) une plus grande liberté d'expression que celui de la maison ou du bonhomme. Une assimilation anthropomorphique est possible, plutôt sur le plan moral que physique.
  Karl Koch (123) a réalisé une étude systématique du dessin de l'arbre. Il demande au sujet de dessiner « un arbre mais pas un sapin » ou un arbre fruitier. L'interprétation s'appuie sur les données graphologiques, utilise l'analyse formelle des traits et nécessite de préciser les particularités graphiques qui dépendent du degré de maturité de l'enfant. Koch a réalisé une enquête sur 2641 dessins (255 élèves de 6 à 7 ans et 592 garçons et filles de 6 à 16 ans) et a observé les dessins de groupes pathologiques, sociaux ou ethniques différents. Selon Koch, l'arbre et l'écriture se projettent significativement dans l'espace symbolique tel que déterminé par Max Pulver. Il interprète symboliquement l'arbre : le tronc représenterait le moi stable de l'individu, la zone des idées ; les racines sont considérées comme le signe de l'appartenance au monde collectif et le branchage comme expression de la manière dont l'individu exploite ses possibilités et dont il s'adapte à l'univers ambiant tout en prenant son autonomie. Widlöcher (3) rapporte que Koch a aussi réalisé des expériences de dessins sous hypnose avec suggestion d'émotions afin de justifier son interprétation, mais cette méthode est peu objective. L'analyse des détails est plus intéressante mais n'a pas fait l'objet d'une validation numérique.

  Renée Stora (90) a proposé des modifications de consignes du test élaboré par Koch ainsi que sa propre méthode d'interprétation. Elle a mis au point une échelle de maturité affective qu'elle a étalonnée avec des enfants âgés de 4 à 15 ans et a ainsi isolé des traits caractéristiques. Des profils spécifiques ont été établis selon l'âge et le sexe. Elle a isolé des « significations psychologiques » et des constellations de tracés associés statistiquement à des émotions ou des troubles psychologiques. Le test qu'elle a élaboré fait réaliser aux enfants quatre dessins sur des feuilles de format identique. Pour les deux premiers dessins, la consigne est : « Dessinez un arbre, n'importe lequel, comme vous voulez, mais pas un sapin. », pour le troisième dessin : « Dessinez un arbre de rêve, un arbre d'imagination, un arbre qui n'est pas dans la réalité, dessinez-le comme vous voulez. » et pour le quatrième : « Dessinez un arbre, n'importe lequel, comme vous voulez, mais en fermant les yeux. L'interprétation de ce test permet d'aborder les rapports du sujet avec l'entourage, le poids de certaines expériences passées et leur vécu actuel, ainsi que les tendances insatisfaites. Widlöcher (3) indique qu'il s'agit d'une épreuve psychométrique complexe.

- *Le test HTP (House, Tree, Personnage)* créé par Buck (124) est complexe et sert de test de personnalité.

- Raven a tenté d'utiliser le *dessin libre* pour créer un test de projection contrôlé, mais son analyse est difficilement standardisable. Widlöcher (3) insiste sur le fait que dans l'examen clinique, le dessin libre a une place importante ainsi que le comportement et les commentaires de l'enfant. Il permet d'enrichir la sémiologie.

- Widlöcher (3) ajoute que d'autres tests ont été proposés utilisant *d'autres thèmes*, mais tous présentent la limite d'une validation objective et d'un système de mesure permettant une exploitation psychométrique.

- *Les tests utilisant les couleurs*
  Obonai et Matsuoka ont réalisé une épreuve où les sujets associent des mots évocateurs d'impressions affectives. Widlöcher (3) rapporte que cette épreuve est inspirée des travaux de Shaw sur le symbolisme des couleurs. Certains écarts aux normes établies par l'étalonnage sont significatifs pour certaines personnalités.
  Widlöcher (3) nous dit que le test du choix des couleurs de Luscher paraît révéler des variantes typologiques.

- Le psychodiagnostic de Mira y Lopez (125) explore les aptitudes motrice et certains traits de personnalité.

Widlöcher insiste sur les limites des tests projectifs basés sur le dessin : les critères choisis peuvent être peu significatifs ou basés sur des préjugés.

VIII. ETUDE SUR L'UTILISATION DU DESSIN DANS LES CONSULTATIONS DE PEDOPSYCHIATRIE

A. Objectif de l'étude

L'objectif de notre étude est de décrire les modalités d'utilisation du dessin dans les consultations des pédopsychiatres publics et libéraux exerçant en Haute-Garonne, en date du 31 janvier 2013. Cette description porte en particulier sur la formation des pédopsychiatres, le matériel dont ils disposent et la façon dont ils utilisent le dessin dans leur pratique.

B. Matériel et méthode

L'étude réalisée est transversale, descriptive. L'outil de recueil de données utilisé est un questionnaire.

1. Population de l'étude

L'étude a été réalisée auprès de la population des pédopsychiatres et psychiatres travaillant sur les trois secteurs de pédopsychiatrie du département de la Haute-Garonne, les pédopsychiatres travaillant en libéral dans ce même département.

Leur nombre étant relativement faible, aucun échantillonnage n'a été réalisé, afin d'obtenir des données statistiquement exploitables.

2. Le questionnaire

a) Conception

Un questionnaire sur l'utilisation du dessin par les pédopsychiatres lors des consultations a été élaboré avec l'aide du Pr. Raynaud et du Dr. Bensidoun.

b) Description

Il s'agit d'un questionnaire semi-ouvert, comprenant en partie des questions fermées permettant de réaliser une analyse statistique et des questions ouvertes.

Il comprend trois parties et 31 questions.

La première partie concerne le pédopsychiatre, son type d'exercice actuel et sa formation. Elle comprend 11 questions ; la seconde concerne le dispositif autour du dessin dans le bureau de consultation, elle comporte 6 questions ; enfin la dernière partie concerne l'utilisation du dessin dans la consultation et comprend 14 questions.

Le questionnaire complet est retranscrit à l'Annexe I.

c) Passation

Les pédopsychiatres travaillant dans les structures hospitalières ou médico-sociales avec mission sanitaire du département ont été contactés par e-mail, soit directement, soit indirectement

par l'intermédiaire du médecin responsable ou du secrétariat.

Les pédopsychiatres libéraux ont été contactés par téléphone. Leurs noms et coordonnées ont été recueillis par l'intermédiaire d'un annuaire téléphonique professionnel (Les Pages Jaunes).

Lors de cette première sollicitation étaient présentés l'objet de l'étude réalisée, les modalités de passation et mes coordonnées. Une seconde sollicitation a été effectuée par mail ou par téléphone.

La passation du questionnaire s'est faite lors d'un entretien téléphonique. Les réponses aux questions étaient retranscrites au cours de cet entretien.

3. Analyse statistique

Pout l'analyse descriptive, les variables qualitatives sont exprimées en effectif et en fréquence, les variables quantitatives en moyenne et écart-type.

Pour l'analyse bivariée nous avons utilisé le test du Chi 2 pour la comparaison de variables qualitatives quand l'effectif théorique était supérieur à 5 et le test de Fischer dans les autres cas. Nous avons pris comme seuil de significativité : 5%.

C. Résultats

1. Analyse descriptive

a) Population

Parmi les 76 pédopsychiatres recensés (travaillant au CHU, à l'hôpital Marchant, à la Guidance Infantile, au Collectif Saint-Simon, au CMPP Le Capitoul et les libéraux dont le nom figure dans l'annuaire téléphonique des pages jaunes). 43 d'entre eux ont répondu au questionnaire, soit 56,57 % de la population.

(1) Age et sexe

Les 43 pédopsychiatres interrogés avaient entre 30 et 62 ans au moment de l'étude. L'âge moyen de l'échantillon est de 45,2 ±10,5 ans. Le tableau 2 résume les caractéristiques de cette population. Les tranches d'âges ont été choisies par dizaines d'années afin d'obtenir des catégories avec un nombre suffisant de sujets pour l'analyse bivariée. On note que les femmes représentent quasiment les trois-quarts des personnes interrogées.

Tableau 2 Caractéristiques de la population interrogée

Caractéristiques		Effectif (%)
Tranche d'âge	30-39 ans	17 (39,53 %)
	40-49 ans	8 (18,60 %)
	50 ans et plus	18 (41,86 %)
Sexe	Féminin	31 (72,09 %)
	Masculin	12 (27,91 %)

(2) Date d'obtention de la thèse et date du début d'exercice en pédopsychiatrie

Les 43 pédopsychiatres interrogés ont soutenu leur thèse entre 1972 et 2012 pour les 2 plus jeunes. Dans le tableau 3 est reporté le délai entre l'année de la thèse et celle du début d'exercice en pédopsychiatrie. On constate que ce délai est inférieur à un an pour 74,42 % des pédopsychiatres et qu'il est inférieur à 5 ans pour 97,68 % d'entre eux.

Tableau 3 Répartition du délai entre l'année de la thèse et l'année du début de travail en pédopsychiatrie après l'internat

Délai entre la thèse et le début du travail en pédopsychiatrie (en années)	Effectif (%)
0	32 (74,42 %)
1	5 (11,63 %)
2	1 (2,33 %)
3	2 (4,65 %)
4	2 (4,65 %)
15	1 (2,33 %)

(3) Type d'exercice

Les différents types d'exercice retrouvés chez les 43 pédopsychiatres interrogés comprenaient l'activité libérale, l'exercice dans le secteur sanitaire (structures hospitalières ou médico-sociales avec une mission sanitaire), une activité dans le secteur médico-social et le travail sur une structure dépendant du Conseil général. La répartition est reportée sur le tableau 4.

Tableau 4 Répartition selon le type d'exercice

Type d'exercice	Effectif (%)
Libéral uniquement	2 (4,65 %)
Sanitaire uniquement	24 (55,81 %)
Sanitaire et médico-social	8 (18,60 %)
Libéral et sanitaire	5 (11,63 %)
Libéral, sanitaire et médico-social	1 (2,33 %)
Libéral et médico-social	2 (4,65 %)
Sanitaire et Conseil général	1 (2,33 %)

Ces catégories étant nombreuses et certaines regroupant un nombre très faible de personnes, 3 catégories plus pertinentes pour le traitement des données lors de l'analyse bivariée ont été différenciées. Leur répartition est reportée dans le tableau 5.

Tableau 5 Répartition selon le type d'exercice à l'exclusion du secteur médico-social et des structures dépendant du conseil général

Type d'activité	Effectif (%)
Libérale non sanitaire	4 (9.30 %)
Sanitaire non libérale	33 (76,74 %)
Libéral et sanitaire	6 (13,95 %)

La répartition sur les différents types de structures est récapitulée dans le tableau 6, chacun des 43 pédopsychiatres pouvant travailler dans plusieurs structures différentes.

Tableau 6 Structures d'exercice

Type de structure	Effectif (%)
CMP	23 (53.49 %)
Hôpital de jour	14 (32,56 %)
Consultation en cabinet libéral	11 (25,58 %)
CATTP	6 (13,95 %)
Liaison en maternité	5 (11,63 %)
IME	4 (9.30 %)
Hospitalisation temps plein	3 (6,98 %)
Liaison pédiatrique	3 (6,98 %)
ITEP	3 (6,98 %)
CDEF	1 (2,33 %)
Maison des adolescents	1 (2,33 %)
CESDA	1 (2,33 %)
CRE	1 (2,33 %)
Consultations adoption	1 (2,33 %)
Réseaux d'accès aux soins	1 (2,33 %)
Hospitalisation de semaine	1 (2,33 %)
Institut d'éducation motrice	1 (2,33 %)
Etablissement spécialisé d'enseignement secondaire	1 (2,33 %)

Pour chacun des 43 pédopsychiatres, l'âge minimum et maximum des enfants vus en consultation a été noté. L'âge minimum est compris entre 0 et 12 ans avec une moyenne de 2,5 ± 3,4 ans. L'âge maximum est compris entre 4 et 21 ans avec une moyenne de 16,6 ± 3,4 ans. Nous avons ensuite regroupé des catégories de pédopsychiatres en fonction de l'âge de leurs patients. La répartition en fonction de ces catégories est reportée sur tableau 7.

Tableau 7 Répartition des catégories d'âge des enfants vus en consultation

Age des enfants	Effectif (%)
Enfants de tous âges	32 (74,42 %)
Adolescents seulement	5 (11,63 %)
Jeunes enfants seulement	2 (4,65 %)
Pas d'adolescents	4 (9.30 %)

(4) Formation

Les 43 pédopsychiatres ont été interrogés sur leur formation et les orientations théoriques qu'ils utilisaient dans leur pratique psychothérapeutique. Le tableau 8 en donne la répartition. Plusieurs réponses étaient possibles.

Tableau 8 Formation des pédopsychiatres

Type de formation	Effectif (%)
Psychanalyse et psychodynamique	39 (90,70 %)
Thérapie cognitivo-comportementale	10 (23,26 %)
Systémique	6 (13,95 %)
Psychiatrie transculturelle	4 (9,30 %)
Thérapie familiale psychanalytique	3 (6,98 %)
Psychiatrie périnatale	1 (2,33 %)
Théorie de l'attachement	1 (2,33 %)
Thérapies médiatisées	1 (2,33 %)
Psychodrame	1 (2,33 %)
Troubles des comportements alimentaires	1 (2,33 %)

On note que sur les 43 pédopsychiatres interrogés, 39 ont une orientation psychanalytique ou psychodynamique.

Nous avons demandé aux 43 pédopsychiatres si, au sein de leur formation, ils avaient reçu une formation spécifique sur l'utilisation du dessin dans la consultation. Seulement 8, soit 18,60 % ont répondu oui. Nous leur avons également demandé s'ils s'étaient documentés sur le sujet en dehors de la formation qu'ils avaient reçue. 36 ont répondu oui, soit 83,72 %.

Pour ces 36 pédopsychiatres, le type de documentation a été précisé et est présenté dans le tableau 9.

Tableau 9 Documentation sur le dessin en dehors de la formation

Documentation	Effectif (%)
Lectures	36 (100 %)
Supervisions	9 (25 %)
Sur le terrain	2 (5,56 %)
Support vidéo	1 (2,78 %)
Autres types de documentation	5 (13,89 %)

b) Dispositif autour du dessin

(1) Matériel de dessin

42 des pédopsychiatres interrogés disposent de matériel de dessin dans leur bureau de consultation, soit 97,67 %. Nous avons également fait l'inventaire du type de matériel de dessin dont disposait chacun de ces 42 pédopsychiatres et nous l'avons retranscrit dans le tableau 10.

Tableau 10 Matériels de dessin présents dans les bureaux de consultation

Matériels de dessin	Effectif (%)
Feuilles	41 (97,62 %)
Feutres	40 (95,24 %)
Crayons de couleur	28 (66,67 %)
Tableau noir ou blanc (Velléda)	6 (14,29 %)
Crayons à papier	6 (14,29 %)
Gomme	6 (14,29 %)
Pastels / craies grasses	5 (11,90 %)
Stylos	4 (9,52 %)
Paper board	2 (4,76 %)
Peinture	1 (2,38 %)
Fusains	1 (2,38 %)

Chaque pédopsychiatre a un ou plusieurs type(s) de matériel de dessin différent(s). La répartition en fonction du nombre de matériels différents pour ces 42 pédopsychiatres est présentée dans le tableau 11.

Tableau 11 Répartition en fonction du nombre de matériels différents

Nombre de matériels différents	Effectif (%)
1	1 (2,38 %)
2	8 (19,05 %)
3	16 (38,10 %)
4	10 (23,81 %)
5	6 (14,29 %)
6	1 (2,38 %)

Ils disposent en moyenne 3,4 types de matériels de dessin différents.

Nous avons également demandé à ces 42 pédopsychiatres de préciser la disposition du matériel de dessin dans leur bureau. Le tableau 12 présente la répartition selon que le matériel de dessin est accessible directement à l'enfant ou non.

Tableau 12 Répartition en fonction de la disposition du matériel de dessin

Disposition	Effectif (%)
Accès direct	34 (80,95 %)
L'enfant doit demander	3 (7,14 %)
Matériel disposé différemment selon les enfants	5 (11,90 %)

(2) Autre type de matériel créatif

39 des psychiatres interrogés ont à disposition dans leur bureau de consultation d'autres matériels créatifs, soit 90,70 %. La répartition en fonction du type de matériel est présentée dans le tableau 13. Chaque pédopsychiatre pouvait donner plusieurs réponses différentes.

Tableau 13 Autres types de matériels créatifs

Type de matériel	Effectif (%)
Pâte à modeler	30 (76,92 %)
Jeux	18 (46,15 %)
Ciseaux	13 (33,33 %)
Ruban adhésif	4 (10,26 %)
Ficelle	1 (2,56 %)
« Bricolage »	1 (2,56 %)
Tableau aimanté avec formes géométriques	1 (2,56 %)
Personnages / marionnettes	2 (5,13 %)
Instruments de musique	1 (2,56 %)
Colle	2 (5,13 %)
Règle	1 (2,56 %)

c) Utilisation du dispositif de dessin

(1) Proposition de dessiner

Nous avons demandé aux 42 pédopsychiatres qui utilisent le dessin, quelle était la fréquence à laquelle ils proposaient aux enfants de dessiner au cours des consultations. La répartition en est donnée dans le tableau 14.

Tableau 14 Répartition en fonction de la fréquence de proposition du dessin

Fréquence	Effectif (%)
Toujours	10 (23,81 %)
Souvent	22 (52,38 %)
Parfois	5 (11,90 %)
Rarement	5 (11,90 %)
Jamais	0 (0 %)

Nous leur avons également demandé si des critères intervenaient dans leur choix de proposer ou non le dessin à un enfant lors d'une consultation. L'âge est un critère pour 76,19 % d'entre eux (soit 32 sur 42) et le type de symptomatologie ou de pathologie en est un pour 48,78 % d'entre eux (soit 20 sur 42). Aux 32 pédopsychiatres qui ont répondu que l'âge était un critère intervenant dans la proposition de dessiner, nous avons demandé de préciser ce critère. Leurs réponses sont présentées dans le tableau

Tableau 15 Précision concernant le critère "âge"

Ages pour lesquels les pédopsychiatres ont tendance à proposer plus facilement le dessin	Effectif (%)
Pas les enfants les plus jeunes	8 (25 %)
Pas les adolescents	16 (50 %)
Ni les plus jeunes, ni les adolescents	8 (25 %)

(2) Utilisation de tests

1 pédopsychiatre sur 43, soit 2,33 %, emploie des tests utilisant le dessin. Cependant cela n'entre pas dans le cadre des consultations classiques, mais dans le cadre d'un protocole de recherche.

(3) Utilisation du dessin dans les consultations

Nous avons demandé au 43 pédopsychiatre si le dessin représentait dans sa pratique un outil d'évaluation du développement de l'enfant, un outil diagnostique, un outil d'évaluation de l'évolution, un outil thérapeutique ou bien s'il avait une autre utilité. Les réponses sont reportées dans le tableau 16.

Tableau 16 Fonction du dessin

Utilisation du dessin dans les consultations	Effectif (%)
Outil d'évaluation du développement	42 (97,67 %)
Outil diagnostique	37 (86,05 %)
Outil d'évaluation de l'évolution	39 (90,70 %)
Outil thérapeutique	39 (90,70 %)
Autre	24 (55,81 %)

(4) Dessin interactif

34 pédopsychiatres sur 43 utilisent des dessins interactifs, soit 79,07 % d'entre eux.

(5) Utilisation de consignes

Nous avons demandé aux 43 pédopsychiatres s'ils proposaient des consignes aux enfants lorsqu'ils dessinaient ou s'ils utilisaient plutôt le dessin libre. Leurs réponses sont présentées dans le tableau 17.

Tableau 17 Répartition des réponses sur l'utilisation du dessin libre ou de consignes

Dessin libre ou consignes	Effectif (%)
Dessin libre uniquement	19 (44,19 %)
Consigne uniquement	0 (0%)
Dessin libre ou avec consigne	24 (55,81 %)

Nous avons ensuite demandé aux pédopsychiatres utilisant des consignes de préciser celles qu'ils demandaient, 20 ont répondu. Les réponses sont présentées dans le tableau 18.

Tableau 18 Types de consignes

Consignes	Effectif (%)
Famille	19 (95 %)
Bonhomme	8 (40 %)
Maison	5 (25 %)
Lui-même	3 (15 %)

(6) Commentaires

Nous avons demandé aux pédopsychiatres s'ils commentaient les dessins, 42 ont répondu. Leurs réponses sont présentées au tableau 19.

Tableau 19 Répartitions selon que les pédopsychiatres commentent ou non les dessins

Commentaires de la part du pédopsychiatre	Effectif (%)
Non	1 (2,38 %)
Oui	31 (73,81 %)
Selon le cas	10 (23,81 %)

Pour les 41 pédopsychiatres qui commentent les dessins, systématiquement ou non, nous leur avons demandé de préciser le moment où ils réalisaient les commentaires. Les réponses à cette question sont présentées dans le tableau 20.

Tableau 20 Répartition selon le moment où les pédopsychiatres commentent les dessins

Moment du commentaire	Effectif (%)
Pendant que l'enfant dessine	4 (9,76 %)
Quand le dessin est terminé	21 (51,22 %)
Ça dépend	16 (39,02 %)

(7) Dessin gardé

Nous avons enfin demandé aux pédopsychiatres s'ils gardaient les dessins réalisés pendant les consultations. 93,02 % d'entre eux (soit 40 sur 43) nous ont répondu qu'ils les gardaient. 6,98 % (soit 3) ont répondu que cela dépendait. Aucun des pédopsychiatres interrogés ne garde pas les dessins.

2. Analyse bivariée

Une analyse bivariée des données recueillies a été réalisée afin de déterminer si les pratiques étaient différentes selon l'âge du pédopsychiatre, son type d'exercice et enfin, selon l'âge des enfants rencontrés en consultation.

a) En fonction de l'âge du pédopsychiatre

Afin de comparer les pratiques en fonction de l'âge des pédopsychiatres, nous avons déterminé arbitrairement trois tranches d'âges : 30 à 39 ans, 40 à 49 ans et 50 ans et plus. Comme nous l'avons déjà vu, la première catégorie comprend 17 pédopsychiatres, la seconde 8 et la dernière 18.

(1) Type d'exercice

Nous avons distingué quelle était la répartition en fonction du type d'exercice pour chaque tranche d'âge.

Tableau 21 Type d'exercice en fonction de la tranche d'âge des pédopsychiatres

Type d'exercice	**30 -39 ans** n=17	**40-49 ans** n=8	**50 ans et plus** n=18
Libéral	0 (0 %)	1 (12,50 %)	1 (5,56 %)
Sanitaire	9 (52,94 %)	6 (75 %)	9 (50 %)
Sanitaire et médico-social	7 (41,18 %)	0 (0 %)	1 (5,56 %)
Libéral et sanitaire	0 (0 %)	1 (12,50 %)	4 (22,22 %)
Libéral, sanitaire et médico-social	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (5,56 %)
Libéral et médico-social	0 (0 %)	0 (0 %)	2 (11,11 %)
Sanitaire et Conseil général	1 (5,88 %)	0 (0 %)	0 (0 %)

Il existe une différence significative de type d'exercice en fonction des tranches d'âge (p=0.022).

On remarque qu'aucun des pédopsychiatres entre 30 et 39 ans interrogés n'a de pratique libérale. Ils sont 25 % (2 sur 8) chez les 40-49 ans à en avoir une et 44,44 % (8 sur 18) chez les 50 ans et plus. Cette proportion aurait donc tendance à augmenter avec l'âge des pédopsychiatres.

Pour chaque tranche d'âge nous avons ensuite déterminé si les âges des enfants vus en consultation différaient.

Tableau 22 Age des enfants en fonction de la tranche d'âge des pédopsychiatres.

Age des enfants	**30 -39 ans** n=17	**40-49 ans** n=8	**50 ans et plus** n=18
Enfants de tous âges	10 (58,82 %)	6 (75 %)	16 (88,89 %)
Adolescents seulement	4 (23,53 %)	1 (12,50 %)	0 (0%)
Jeunes enfants seulement	1 (5,88 %)	0 (0%)	1 (5,56 %)
Pas d'adolescent	2 (11,76 %)	1 (12,50 %)	1 (5,56 %)

Dans notre échantillon, il n'y a pas de différence significative dans l'âge des patients, en fonction de l'âge des pédopsychiatres (p>0.05).

(2) Formation

Nous comparé le type de formations reçues en fonction des tranches d'âge.

Tableau 23 Formation en fonction de la tranche d'âge des pédopsychiatres.

Type de formation	**30 -39 ans** n=17	**40-49 ans** pour n=8	**50 ans et plus** n=18	
Psychanalyse, psychodynamique	16 (94,12 %)	7 (87,50 %)	16 (88,89 %)	p>0,05 (Fisher)
TCC	5 (29,41 %)	1 (12,50 %)	4 (22,22 %)	p>0,05 (Fisher)
Systémique	1 (5,88 %)	1 (12,50 %)	4 (22,22 %)	p>0,05 (Chi 2)
Psychiatrie périnatale	1 (5,88 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	p>0,05 (Fisher)
Théorie de l'attachement	1 (5,88 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	p>0,05 (Fisher)
Psychiatrie transculturelle	1 (5,88 %)	1 (12,50 %)	2 (11,11 %)	p>0,05 (Fisher)
Thérapies médiatisées	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (5,56 %)	p > 0,05 (Fisher)
Thérapie familiale psychanalytique	0 (0 %)	0 (0 %)	3 (16,67 %)	p > 0,05 (Fisher)
Psychodrame	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (5,56 %)	p > 0,05 (Fisher)
Troubles du comportement alimentaire	0 (0 %)	1 (12,50 %)	0 (0 %)	p > 0,05 (Fisher)
Formation spécifique sur le dessin d'enfant	2 (11,76 %)	0 (0 %)	6 (33,33 %)	p > 0,05 (Fisher)

Il n'y a pas de différence significative en fonction des tranches d'âge, dans la formation théorique (p>0.05) ou la formation spécifique (p>0.05).

(3) Documentation sur le dessin

Parmi les pédopsychiatres qui se sont documentés sur l'utilisation du dessin d'enfant, nous avons tenté de distinguer si le type de documentation variait en fonction de l'âge.

Tous les pédopsychiatres qui se sont documentés sur l'utilisation du dessin l'ont fait par l'intermédiaire de lectures.

Tableau 24 Type de documentation en fonction de la tranche d'âge des pédopsychiatres.

Type de documentation	**30 -39 ans** n=14	**40-49 ans** n=7	**50 ans et plus** n=15	**p calculé selon le test de Fisher**
Supervision	1 (7,14 %)	3 (42,86 %)	5 (33,33 %)	p > 0,05
Formation sur le terrain	0 (0 %)	1 (14,29 %)	1 (6,67 %)	p > 0,05
Vidéos	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (6,67 %)	p > 0,05
Autres	1 (7,14 %)	0 (0 %)	4 (26,67 %)	p > 0,05

Aucune différence significative n'est retrouvée en fonction des tranches d'âge, dans le type de documentation (p>0.05).

(4) Matériel de dessin

Nous avons cherché à savoir si le nombre de matériels de dessin différents dont disposaient les pédopsychiatres variait en fonction de la tranche d'âge.

Tableau 25 Nombre de matériels en fonction de la tranche d'âge des pédopsychiatres.

Nombre de matériels différents	**30 -39 ans** n=16	**40-49 ans** n=8	**50 ans et plus** n=18
1	0 (0 %)	1 (12,50 %)	0 (0 %)
2	2 (12,50 %)	1 (12,50 %)	5 (27,78 %)
3	6 (37,50 %)	5 (62,50 %)	5 (27,78 %)
4	5 (31,25 %)	1 (12,50 %)	4 (22,22 %)
5	2 (12,50 %)	0 (0 %)	4 (22,22 %)
6	1 (6,25 %)	0 (0 %)	0 (0 %)

Dans notre échantillon, il n'existe pas de différence significative concernant le nombre de matériels de dessin, en fonction de l'âge des pédopsychiatres ($p>0.05$, test de Fisher).

Tableau 26 Accès du matériel de dessin en fonction de la tranche d'âge des pédopsychiatres.

Accès au matériel de dessin	**30 -39 ans** n=16	**40-49 ans** n=8	**50 ans et plus** n=18
Accès direct	11 (68,75 %)	8 (100 %)	15 (83,33 %)
L'enfant doit demander	1 (6,25 %)	0 (0 %)	2 (11,11 %)
Différent selon les enfants	4 (25 %)	0 (0 %)	1 (5,56 %)

Dans notre échantillon, il n'existe pas de différence significative concernant l'accès au matériel de dessin en fonction de l'âge des pédopsychiatres ($p>0.05$, test Fisher).

Concernant la proposition d'un autre type de matériel créatif : 88,24 % des 30-39 ans, 100% des 40-49 ans et 88,89 % des 50 ans et plus en proposent. Mais il n'existe pas de relation statistiquement significative au risque de 5% (p calculé avec le test de Fisher).

(5) Proposition de dessiner

Nous avons voulu savoir s'il existait une différence de fréquence de proposition à dessiner, ou dans les critères influant sur cette proposition en fonction de la tranche d'âge des pédopsychiatres.

Tableau 27 Fréquence de la proposition de dessiner en fonction de la tranche d'âge des pédopsychiatres.

Fréquence de la proposition de dessiner	30 -39 ans n=16	40-49 ans n=8	50 ans et plus n=18
Systématiquement	2 (12,50 %)	2 (25 %)	6 (33,33 %)
Souvent	9 (56,25 %)	4 (50 %)	9 (50 %)
Parfois	2 (12,50 %)	0 (0 %)	3 (16,67 %)
Rarement	3 (18,75 %)	2 (25 %)	0 (0 %)
Jamais	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)

Tableau 28 Critères influant sur la proposition de dessiner en fonction de la tranche d'âge des pédopsychiatres.

Critères influant sur la proposition de dessiner	30 -39 ans n=16	40-49 ans n=8	50 ans et plus n=18	p calculé selon le test de Fisher
Age	13 (81,25 %)	6 (75 %)	13 (72,22 %)	p > 0,05
Pathologie/symptomatologie	9 (56,25 %)	3 (37,50 %)	8 (47,06 %)	p > 0,05

Tableau 29 Précision sur l'influence de l'âge sur la proposition de dessiner en fonction de la tranche d'âge des pédopsychiatres.

Ages pour lesquels les pédopsychiatres ont tendance à proposer plus facilement le dessin	30 -39 ans n=13	40-49 ans n=6	50 ans et plus n=13
Pas les enfants les plus jeunes	4 (30,77 %)	2 (33,33 %)	2 (15,38 %)
Pas les adolescents	6 (46,15 %)	3 (50 %)	7 (53,85 %)
Ni les enfants les plus jeunes, ni les adolescents	3 (23,08 %)	1 (16,67 %)	4 (30,77 %)

Pour toutes ces variables, il n'existe pas de différence significative en fonction des tranches d'âge (p>0.05, test Fisher).

(6) Utilisation du dessin dans les consultations

Nous avons cherché s'il existait une relation entre l'utilisation du dessin et la tranche d'âge des pédopsychiatres.

Tableau 30 Relation entre utilisation du dessin et tranche d'âge.

Utilisation du dessin dans les consultations	30 -39 ans n=17	40-49 ans n=8	50 ans et plus n=18	p calculé selon le test de Fisher
Outil d'évaluation du développement	16 (94,12 %)	8 (100 %)	18 (100 %)	p > 0,05
Outil diagnostique	14 (82,35 %)	7 (87,50 %)	16 (88,89 %)	p > 0,05
Outil d'évaluation de l'évolution	16 (94,12 %)	6 (75 %)	17 (94,44 %)	p > 0,05
Outil thérapeutique	16 (94,12 %)	8 (100 %)	15 (83,33 %)	p > 0,05
Autre	12 (70,59 %)	3 (37,50 %)	8 (50 %)	p > 0,05

Pour toutes ces variables, il n'existe pas de différence en fonction des tranches d'âge (p>0.05).

(7) Dessin interactif

On retrouve une utilisation du dessin interactif chez 82,35 % des 30-39 ans (14 sur 17), 87,50 % des 40-49 ans (7 sur 8) et chez 72,22 % des plus de 50 ans (13 sur 18). Mais nous n'avons pas retrouvé de relation statistiquement significative au risque de 5% (p calculé avec le test de Fisher).

(8) Utilisation de consignes

Nous avons cherché s'il existait une relation entre l'utilisation de consignes ou non et l'âge des pédopsychiatres.

Tableau 31 Utilisation de consignes en fonction de la tranche d'âge des pédopsychiatres.

Dessin libre ou consignes dans la consultation	**30 -39 ans** n=17	**40-49 ans** n=8	**50 ans et plus** n=18
Dessin libre uniquement	7 (41,18 %)	4 (50 %)	8 (42,11 %)
Consigne uniquement	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Dessin libre ou avec consigne	10 (58,82 %)	4 (50 %)	10 (55,56 %)

Dans notre échantillon, il n'existe pas de différence significative concernant l'utilisation de consignes en fonction de l'âge des pédopsychiatres ($p>0.05$, test Fisher).

(9) Commentaires sur le dessin

Nous avons étudié s'il y avait une relation entre la verbalisation de commentaires sur les dessins des enfants en consultation chez les pédopsychiatres et leur âge. Nous avons également étudié le moment où étaient réalisés ces commentaires.

Tableau 32 Utilisation de commentaires en fonction de la tranche d'âge des pédopsychiatres.

Commentaires de la part du pédopsychiatre	**30 -39 ans** n=17	**40-49 ans** n=8	**50 ans et plus** n=17
Oui	13 (76,47 %)	6 (75 %)	12 (70,59 %)
Non	0 (0 %)	1 (12,50 %)	0 (0 %)
Ça dépend	4 (23,53 %)	1 (12,50 %)	5 (29,41 %)

Tableau 33 Moment du commentaire en fonction de la tranche d'âge des pédopsychiatres.

Moment du commentaire	**30 -39 ans** n=17	**40-49 ans** n=7	**50 ans et plus** n=17
Pendant la réalisation du dessin	0 (0 %)	1 (14,29 %)	3 (17,65 %)
Quand le dessin est terminé	9 (52,94 %)	4 (57,14 %)	8 (47,06 %)
Ça dépend	8 (47,06 %)	2 (28,57 %)	6 (35,29 %)

Dans notre échantillon, il n'existe pas de différence significative concernant ces deux variables en fonction de l'âge des pédopsychiatres ($p>0.05$, test Fisher).

(10) Dessin gardé

Enfin, nous avons cherché si l'âge des pédopsychiatres influait sur le fait de garder les dessins des enfants ou non.

Tableau 34 Pédopsychiatres qui gardent les dessins en fonction de leur tranche d'âge.

Dessin gardé par le pédopsychiatre	**30 -39 ans** n=17	**40-49 ans** n=8	**50 ans et plus** n=18
Oui	14 (82,35 %)	8 (100 %)	18 (100 %)
Non	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Ça dépend	3 (17,65 %)	0 (0 %)	0 (0 %)

Nous n'avons pas retrouvé de différence significative pour cette variable en fonction de l'âge des pédopsychiatres ($p>0.05$, test Fisher).

b) En fonction du type d'exercice

Pour distinguer les pratiques en fonction du type d'exercice des pédopsychiatres, nous avons différencié 3 catégories : les pédopsychiatres travaillant dans le libéral mais pas dans le secteur sanitaire, ceux travaillant dans le sanitaire, mais pas dans le libéral et enfin ceux qui ont à la fois une activité libérale et qui travaillent dans le secteur sanitaire.

(1) Âge des pédopsychiatres

Nous avons analysé comment se répartissaient les âges en fonction du type d'exercice. Cette fois, nous avons uniquement pris en compte le travail en libéral et dans le secteur sanitaire. Les résultats sont reportés au tableau 35.

Tableau 35 Répartition des tranches en fonction des types d'exercice.

Tranche d'âge des pédopsychiatres	**Libéral non sanitaire** n=4	**Sanitaire non libéral** n=33	**Libéral et sanitaire** n=6
30-39 ans	0 (0 %)	17 (51,52 %)	0 (0 %)
40-49 ans	1 (25 %)	6 (18,18 %)	1 (16,67 %)
50 ans et plus	3 (75 %)	10 (30,30 %)	5 (83,33 %)

Il existe une différence significative concernant l'âge des pédopsychiatres en fonction du type d'exercice ($p=0.015$, test de Fisher). Ce résultat est concordant avec ce que nous avons déjà observé précédemment.

(2) Formation

Nous avons ensuite voulu savoir s'il existait des différences dans la formation des pédopsychiatres en fonction de leur type d'exercice.

Tableau 36 Formation en fonction des types d'exercice.

Formation	Libéral non sanitaire n=4	Sanitaire non libéral n=33	Libéral et sanitaire n=6	p calculé selon le test de Fisher
Psychanalyse et psychodynamique	4 (100 %)	30 (90,91 %)	5 (83,33 %)	p > 0,05
TCC	0 (0 %)	9 (27,27%)	1 (16,67 %)	p > 0,05
Systémique	1 (25 %)	4 (12,12 %)	1 (16,67 %)	p > 0,05
Psychiatrie périnatale	0 (0 %)	1 (3,03 %)	0 (0 %)	p > 0,05
Théorie de l'attachement	0 (0 %)	1 (3,03 %)	0 (0 %)	p > 0,05
Psychiatrie transculturelle	0 (0 %)	4 (12,12 %)	0 (0 %)	p > 0,05
Thérapies médiatisées	0 (0 %)	1 (3,03 %)	0 (0 %)	p > 0,05
Thérapie familiale psychanalytique	0 (0 %)	2 (6,06 %)	1 (16,67 %)	p > 0,05
Psychodrame	0 (0 %)	1 (3,03 %)	0 (0 %)	p > 0,05
Troubles des comportements alimentaires	0 (0 %)	1 (3,03 %)	0 (0 %)	p > 0,05
Formation spécifique sur le dessin	2 (50 %)	4 (12,12 %)	2 (33,33 %)	p > 0,05

Il n'y a pas de différence significative en fonction du type d'exercice, dans la formation théorique (p>0.05) ou la formation spécifique (p>0.05).

(3) Matériel de dessin

100 % des pédopsychiatres ayant un exercice libéral sans exercice sanitaire (4 sur 4) et ceux ayant un exercice libéral et sanitaire (6 sur 6) ont du matériel de dessin.

96,97 % des pédopsychiatres ayant un exercice sanitaire sans exercice libéral (32 sur 33) ont du matériel de dessin dans leur bureau. Nous n'avons pas retrouvé de différence significative en fonction du type d'exercice (p>0.05).

Nous avons cherché s'il existait une relation entre le nombre de matériels de dessin proposé et le type d'exercice.

Tableau 37 Nombre de matériels de dessin selon le type d'exercice.

Nombre de matériels différents	Libéral non sanitaire n=4	Sanitaire non libéral n=32	Libéral et sanitaire n=6
1	0 (0 %)	1 (3,13 %)	0 (0 %)
2	1 (25 %)	6 (18,75 %)	1 (16,67 %)
3	2 (50 %)	12 (37,50 %)	2 (33,33 %)
4	0 (0 %)	9 (28,13 %)	1 (16,67 %)
5	1 (25 %)	3 (9,38 %)	2 (33,33 %)
6	0 (0 %)	1 (3,13 %)	0 (0 %)

Il n'y a pas de différence significative dans le nombre de matériel en fonction du type d'exercice ($p>0.05$).

Le tableau 38 présente les résultats concernant l'accès des enfants au matériel de dessin selon le type d'exercice.

Tableau 38 Accès des enfants au matériel de dessin en fonction du type d'exercice.

Accès au matériel	Libéral sans sanitaire n=4	Sanitaire sans libéral n=32	Libéral et Sanitaire n=6
Accès direct	4 (100 %)	25 (78,13 %)	5 (83,33 %)
Enfant doit demander	0 (0 %)	2 (6,25 %)	1 (16,67 %)
Disposition différente selon les enfants	0 (0 %)	5 (15,63 %)	0 (0 %)

Nous n'avons pas retrouvé de différence significative dans l'accès au matériel en fonction du type d'exercice ($p>0.05$).

Les pédopsychiatres qui travaillent dans le libéral mais pas dans le sanitaire sont 75 % (3 sur 4) à avoir un autre type de matériel créatif. Les pédopsychiatres travaillant dans le sanitaire mais pas dans le libéral sont eux 90,91 % (30 sur 33) à en avoir et ceux travaillant à la fois dans le libéral et dans le sanitaire sont 100 % (6 sur 6). Nous ne retrouvons cependant pas de différence significative ($p>0.05$).

(4) Proposition de dessiner

Nous avons voulu savoir si le type d'exercice avait une influence sur la fréquence de proposition de dessiner.

Tableau 39 Fréquence de la proposition de dessiner en fonction du type d'exercice.

Fréquence de la proposition de dessiner	Libéral non sanitaire n=4	Sanitaire non libéral n=32	Libéral et sanitaire n=6
Systématiquement	1 (25 %)	6 (18,76 %)	3 (50 %)
Souvent	2 (50 %)	18 (56,25 %)	2 (33,33 %)
Parfois	1 (25 %)	4 (12,50 %)	0 (0 %)
Rarement	0 (0 %)	4 (12,50 %)	1 (16,67 %)
Jamais	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)

Nous n'avons pas retrouvé de différence significative (p>0.05).

Nous avons voulu savoir s'il existait un lien entre le type d'exercice et le fait que l'âge ou la symptomatologie influence ou non la proposition de dessiner.

Tableau 40 Critères influençant la proposition de dessiner selon le type d'exercice.

Critère pour proposer le dessin	Libéral non sanitaire n=4	Sanitaire non libéral n=32	Libéral et sanitaire n=6	p calculé selon le test de Fisher
Age	**1 (25 %)**	**27 (84,38 %)**	**4 (66,67 %)**	**p = 0,024**
Symptomatologie / pathologie	1 (25 %)	17 sur 31 (54,84 %)	6 (14,64 %)	p > 0,05

Concernant l'âge comme critère, une différence statistiquement significative est retrouvée (p=0,024 Test de Fisher). En effet, les pédopsychiatres travaillant en libéral, sans activité dans le secteur sanitaire associée ne sont que 25 % à affirmer prendre en compte l'âge lorsqu'ils proposent à un enfant de dessiner. Ceux ayant une activité mixte libérale et dans le secteur sanitaire sont 66,67 %. Ceux qui ont une activité dans le secteur sanitaire sans activité libérale associée sont 84,38 %.

Nous n'avons pas retrouvé de différence significative (p>0.05) concernant l'influence de la symptomatologie dans la proposition de dessiner.

(5) Utilisation du dessin dans les consultations

Nous nous sommes demandé si le type d'exercice pouvait avoir une influence sur la façon d'utiliser le dessin dans la consultation.

Tableau 41 Type d'utilisation en fonction du type d'exercice.

Utilisation du dessin dans les consultations	Libéral non sanitaire n=4	Sanitaire non libéral n=33	Libéral et sanitaire n=6	p calculé selon le test de Fisher
Outil d'évaluation du développement	4 (100 %)	32 (96,97 %)	6 (100 %)	p > 0,05
Outil diagnostique	3 (75 %)	28 (84,84%)	6 (100 %)	p > 0,05
Outil d'évaluation de l'évolution	3 (75 %)	30 (90,91 %)	6 (100 %)	p > 0,05
Outil thérapeutique	4 (100 %)	29 (87,88 %)	6 (100 %)	p > 0,05
Autre	1 (25 %)	21 (60,61 %)	2 (33,33 %)	p > 0,05

Nous n'avons pas retrouvé de différence significative (p>0.05).

(6) Dessin interactif

Le tableau 41 reproduit l'analyse de l'utilisation de dessins interactifs selon le type d'exercice.

Tableau 42 Utilisation de dessins interactifs en fonction du type d'exercice.

	Libéral non sanitaire n=4	**Sanitaire non libéral** n=33	**Libéral et sanitaire** n=6
Utilisation de dessins interactifs	4 (100 %)	25 (75,76 %)	5 (83,33 %)

Nous n'avons pas retrouvé de différence significative (p>0.05) concernant l'utilisation de dessins interactifs en fonction du type d'exercice.

(7) Utilisation de consignes

Nous nous sommes demandé si le type d'exercice pouvait influer sur la proposition de consignes.

Tableau 43 Utilisation de consignes ou dessin libre en fonction du type d'exercice.

Dessin libre ou consignes	**Libéral non sanitaire** n=4	**Sanitaire non libéral** n=33	**Libéral et sanitaire** n=6
Dessin libre uniquement	2 (50 %)	14 (42,42 %)	3 (50 %)
Consigne uniquement	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Dessin libre ou avec consigne	2 (50 %)	19 (57,58 %)	3 (50 %)

Nous n'avons pas retrouvé de différence significative concernant l'utilisation de consignes en fonction du type d'exercice (p>0.05).

(8) Commentaires

Nous nous sommes demandé si le fait de faire des commentaires changeait selon le type d'exercice des pédopsychiatres.

Tableau 44 Réalisation de commentaires sur les dessins en fonction du type d'exercice.

Commentaires de la part du pédopsychiatre	**Libéral non sanitaire** n=4	**Sanitaire non libéral** n=33	**Libéral et sanitaire** n=6
Oui	4 (100 %)	23 (71,88 %)	4 (66,67 %)
Non	0 (0 %)	1 (3,13 %)	0 (0 %)
Ça dépend	0 (0 %)	8 (24,24 %)	2 (33,33 %)

Nous n'avons pas retrouvé de différence significative concernant les commentaires sur les dessins en fonction du type d'exercice (p>0.05).

(9) Dessin gardé

100 % des pédopsychiatres travaillant en libéral mais pas dans le sanitaire (4 sur 4) et de ceux travaillent à la fois dans le libéral et le sanitaire (6 sur 6) gardent les dessins des enfants. Chez les pédopsychiatres travaillant dans le sanitaire mais pas dans le libéral, 90,91 % (30 sur 33) gardent les dessins et 9,09 % (3 sur 33) les gardent ou non en fonction des situations. Nous n'avons pas retrouvé de différence significative (p>0.05).

c) En fonction de l'âge des enfants vus en consultation

Nous supposons que l'âge des enfants peut influer sur la façon d'utiliser le dessin dans la consultation. Nous avons donc distingué quatre catégories en fonction des populations d'enfants rencontrés par les pédopsychiatres. En effet, certains pédopsychiatres nous ont dit qu'ils rencontraient des enfants de tout âge, d'autres des adolescents seulement, d'autres encore ne rencontraient que des jeunes enfants (moins de 4 ans) et enfin, certains ne rencontrent pas d'adolescents.

(1) Matériel de dessin

Nous avons essayé de déterminer s'il existait un lien entre la présence d'un matériel de dessin dans le bureau du pédopsychiatre et l'âge des enfants qu'il recevait en consultation.

Tableau 45 présence d'un matériel de dessin en fonction de l'âge des enfants.

	Enfants de tous âges n=32	**Adolescents seulement** n=5	**Jeunes enfants seulement** n=2	**Pas d'adolescents** n=4
Matériel de dessin	32 (100 %)	4 (80 %)	2 (100 %)	4 (100 %)

On note que le seul pédopsychiatre interrogé qui n'a pas de matériel de dessin travaille avec des adolescents seulement. Hors c'est un âge où l'intérêt pour le dessin est moindre.

Nous n'avons pas retrouvé de différence significative concernant la présence de matériel de dessin en fonction de l'âge des enfants (p>0.05).

Par ailleurs, nous nous sommes demandé si le type de matériel de dessin était différent en fonction de l'âge des enfants reçus en consultation.

Tableau 46 Type de matériel de dessin en fonction de l'âge des enfants.

Type de matériel	Enfants de tous âges n=32	Adolescents seulement n=4	Jeunes enfants seulement n=2	Pas d'adolescents n=4	p calculé selon le test de Fisher
Feuilles	32 (100 %)	3 (75 %)	2 (100 %)	4 (100 %)	p > 0,05
Feutres	**32 (100 %)**	**2 (50 %)**	**2 (100 %)**	**4 (100 %)**	**p = 0.015**
Crayons de couleur	21 (65,63 %)	2 (50 %)	2 (100 %)	3 (75 %)	p > 0,05
Pastels / craies grasses	4 (12,50 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (25 %)	p > 0,05
Tableau noir ou blanc (Velléda)	**2 (6,25 %)**	**1 (25 %)**	**1 (50 %)**	**2 (50 %)**	**p = 0.037**
Paper board	2 (6,25 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	p > 0,05
Stylos	2 (6,25 %)	2 (50 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	p > 0,05
Crayons à papier	6 (18,75 %)	1 (25 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	p > 0,05
Gomme	5 (15,63 %)	1 (25 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	p > 0,05
Peinture	1 (3,13 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	p > 0,05
Fusains	1 (3,13 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	p > 0,05

Nous avons trouvé une différence significative concernant la présence de feutres en fonction de l'âge des patients, (p = 0,015). Les pédopsychiatres recevant soit tous les âges, soit uniquement des tous petits, soit aucun adolescent possèdent tous des feutres. Ceux qui ne reçoivent que des adolescents ne sont que 50 % à en avoir dans leur bureau.

Il existe également une différence significative concernant la présence d'un tableau noir ou blanc en fonction de l'âge des enfants (p = 0,037).

Nous avons voulu savoir s'il existait une relation entre le nombre de matériels de dessin différents proposés et l'âge des enfants reçus en consultation.

Tableau 47 Nombre de matériels de dessin en fonction de l'âge des enfants.

Nombre de matériel(s) différent(s)	Enfants de tous âges n=32	Adolescents seulement n=4	Jeunes enfants seulement n=2	Pas d'adolescents n=4
1	0 (0 %)	1 (25 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
2	6 (18,75 %)	1 (25 %)	0 (0 %)	1 (25 %)
3	13 (40,63 %)	1 (25 %)	1 (50 %)	1 (25 %)
4	8 (25 %)	0 (0 %)	1 (50 %)	1 (25 %)
5	5 (15,63 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (25 %)
6	0 (0 %)	1 (25 %)	0 (0 %)	0 (0 %)

Nous n'avons pas retrouvé de différence significative concernant le nombre de matériel de dessin en fonction de l'âge des enfants (p>0.05).

Nous avons également cherché si l'accès au matériel était différent en fonction de l'âge des enfants.

Tableau 48 Accès au matériel de dessin en fonction de l'âge des enfants.

Accès au matériel	**Enfants de tous âges** n=32	**Adolescents seulement** n=4	**Jeunes enfants seulement** n=2	**Pas d'adolescents** n=4
Direct	26 (81,25 %)	3 (75 %)	2 (100 %)	3 (75 %)
Enfant doit demander	3 (9,38 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Disposition différente en fonction des enfants	3 (9,38 %)	1 (25 %)	0 (0 %)	1 (25 %)

Nous n'avons pas retrouvé de différence significative concernant l'accès au matériel de dessin en fonction de l'âge des enfants ($p>0.05$).

(2) Autres types de matériel créatif

Nous avons voulu savoir s'il existait un lien entre la présence d'un autre type de matériel créatif et l'âge des enfants.

Tableau 49 Présence d'un autre type de matériel créatif en fonction de l'âge des enfants.

	Enfants de tous âges n=32	**Adolescents seulement** n=5	**Jeunes enfants seulement** n=2	**Pas d'adolescents** n=4
Présence d'un autre type de matériel créatif	30 (93,75 %)	3 (60 %)	2 (100 %)	4 (100 %)

Nous n'avons pas retrouvé de différence significative concernant la présence d'un autre type matériel créatif en fonction de l'âge des enfants ($p>0.05$).

Quand un autre type de matériel créatif était présent, nous avons voulu savoir s'il existait une relation entre le type de matériel et l'âge des enfants.

Tableau 50 Type de matériel créatif en fonction de l'âge des enfants.

Type de matériel	Enfants de tous âges n=30	Adolescents seulement n=3	Jeunes enfants seulement n=2	Pas d'adolescents n=4	p calculé selon le test de Fisher
Pâte à modeler	26 (86,67 %)	2 (66,67 %)	1 (50 %)	1 (25 %)	p = 0.023
Jeux	13 (43,33 %)	2 (66,67 %)	2 (100 %)	1 (25 %)	p > 0,05
Ciseaux	10 (33,33 %)	1 (33,33 %)	0 (0 %)	2 (50 %)	p > 0,05
Ruban adhésif	1 (3,33 %)	1 (33,33 %)	0 (0 %)	2 (50 %)	p = 0.029
Ficelle	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (25 %)	p > 0,05
« Bricolage »	0 (0 %)	1 (33,33 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	p > 0,05
Tableau aimanté	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (50 %)	0 (0 %)	p > 0,05
Personnages/marionnettes	2 (6,67 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	p > 0,05
Instruments de musique	1 (3,33 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	p > 0,05
Colle	2 (6,67 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	p > 0,05
Règle	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (25 %)	p > 0,05

Pour la pâte à modeler, il existe une différence statistiquement significative (p=0,023). On note que les pédopsychiatres qui ont plus fréquemment de la pâte à modeler sont ceux qui reçoivent des enfants de tout âge et ceux recevant uniquement des adolescents.

Pour le ruban adhésif, il existe une différence statistiquement significative (p=0,029). On constate que si les pédopsychiatres recevant uniquement des jeunes enfants n'en ont pas, ceux qui ne reçoivent pas d'adolescents sont 50 % à en avoir et ceux recevant uniquement des adolescents sont 33,33 %.

(3) Proposition de dessiner

Nous avons voulu savoir s'il existait un lien entre la fréquence de la proposition à dessiner et l'âge des enfants.

Tableau 51 Fréquence de la proposition à dessiner en fonction de l'âge des enfants.

Fréquence de la proposition de dessiner	Enfants de tous âges n=32	Adolescents seulement n=4	Jeunes enfants seulement n=2	Pas d'adolescents n=4
Systématiquement	9 (28,13 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	1 (25 %)
Souvent	19 (59,38 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	3 (75 %)
Parfois	3 (9,38 %)	0 (0 %)	2 (100 %)	0 (0 %)
Rarement	1 (3,13 %)	4 (100 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Jamais	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)

Nous avons retrouvé une différence statistiquement significative (**p=0,000)**. Tous les pédopsychiatres recevant uniquement des adolescents nous ont dit proposer rarement le dessin. Ceux ne recevant que de très jeunes enfants le proposent parfois. Ceux qui ne reçoivent pas d'adolescents le proposent soit systématiquement soit souvent. Ceux qui reçoivent des enfants de tous âges sont 59,38 % à le proposer souvent et 28,13 % à le proposer systématiquement.

Nous avons voulu savoir si le fait que les pédopsychiatres considèrent l'âge et la symptomatologie comme des critères influençant leur proposition à dessiner pouvait différer en fonction de l'âge des enfants.

Tableau 52 Critères influençant la proposition de dessiner en fonction de l'âge.

Critère influençant la proposition de dessiner	**Enfants de tous âges** n=32	**Adolescents seulement** n=4	**Jeunes enfants seulement** n=2	**Pas d'adolescents** n=4	**p calculé selon le test de Fisher**
Age	25 (78,13 %)	3 (75 %)	2 (100 %)	2 (50 %)	p > 0,05
Symptomatologie / pathologie	13 (41,94 %)	3 (75 %)	1 (50 %)	3 (75 %)	p > 0,05

Nous n'avons pas retrouvé de différence significative concernant les critères influençant la proposition de dessiner en fonction de l'âge des enfants (p>0.05).

Quand les pédopsychiatres considéraient que l'âge était un critère influençant la proposition de dessiner, nous avons cherché une relation entre la précision qu'ils donnaient et l'âge des enfants.

Tableau 53 Précision du critère âge en fonction de l'âge des enfants.

Préciser critère âge	**Enfants de tous âges** n=32	**Adolescents seulement** n=3	**Jeunes enfants seulement** n=2	**Pas d'adolescents** n=2
Pas les enfants les plus jeunes	4 (16 %)	0 (0 %)	2 (100 %)	2 (100 %)
Pas les adolescents	14 (56 %)	2 (66,67 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Ni les enfants les plus jeunes, ni les adolescents	7 (28 %)	1 (33,33 %)	0 (0 %)	0 (0 %)

Nous avons retrouvé une différence significative avec (p=0.027 Test de Fisher).

(4) Utilisation du dessin dans les consultations

Nous avons voulu savoir s'il existait un lien entre la façon d'utiliser le dessin et l'âge des enfants.

Tableau 54 Utilisation du dessin en fonction de l'âge des enfants.

Type d'outil	**Enfants de tous âges** n=32	**Adolescents seulement** n=5	**Jeunes enfants seulement** n=2	**Pas d'adolescents** n=4	**p calculé selon le test de Fisher**
Outil d'évaluation du développement	32 (100 %)	4 (80 %)	2 (100 %)	4 (100 %)	p > 0,05
Outil diagnostique	30 (93,75 %)	3 (60 %)	1 (50 %)	3 (75 %)	p = 0.004
Outil d'évaluation de l'évolution	30 (93,75 %)	4 (80 %)	2 (100 %)	3 (75 %)	p > 0,05
Outil thérapeutique	28 (87,50 %)	5 (100 %)	2 (100 %)	4 (100 %)	p > 0,05

Nous avons retrouvé une différence significative concernant le fait que les pédopsychiatres utilisent le dessin comme un outil diagnostique en fonction de l'âge des enfants (p=0.004). Pour les autres variables, nous n'avons pas retrouvé de différence significative (p>0.05)

(5) Dessin interactif

Nous avons voulu savoir si l'utilisation de dessins interactifs variait en fonction de l'âge des enfants vus en consultations.

Tableau 55 Utilisation de dessins interactifs en fonction de l'âge des enfants.

	Enfants de tous âges n=32	**Adolescents seulement** n=5	**Jeunes enfants seulement** n=2	**Pas d'adolescents** n=4
Utilisation de dessins interactifs	26 (81,25 %)	3 (60 %)	1 (50 %)	4 (100 %)

Nous n'avons pas retrouvé de différence significative concernant l'utilisation de dessins interactifs en fonction de l'âge des enfants (p>0.05).

(6) Utilisation de consignes

Nous avons voulu savoir si la proposition de dessin avec consigne ou de dessin libre variait en fonction de l'âge des enfants vus en consultation.

Tableau 56 Utilisation de consignes en fonction de l'âge des enfants.

Dessin libre ou consignes	Enfants de tous âges n=32	Adolescents seulement n=5	Jeunes enfants seulement n=2	Pas d'adolescents n=4
Dessin libre uniquement	12 (37,50 %)	4 (80 %)	1 (50 %)	2 (50 %)
Consigne uniquement	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Dessin libre ou avec consigne	20 (62,50 %)	1 (20 %)	1 (50 %)	2 (50 %)

Nous n'avons pas retrouvé de différence significative concernant l'utilisation de consignes en fonction de l'âge des enfants (p>0.05).

(7) Commentaires

Nous avons cherché s'il existait un lien entre le fait de commenter le dessin des enfants et l'âge des enfants.

Tableau 57 Commentaires en fonction de l'âge des enfants.

Commentaires de la part du pédopsychiatre	Enfants de tous âges n=31	Adolescents seulement n=5	Jeunes enfants seulement n=2	Pas d'adolescents n=4
Oui	22 (70,97 %)	4 (80 %)	1 (50 %)	4 (100 %)
Non	1 (3,23 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Ça dépend	8 (25,81 %)	1 (20 %)	1 (50 %)	0 (0 %)

Nous n'avons pas retrouvé de différence significative concernant les commentaires sur le dessin en fonction de l'âge des enfants (p>0.05).

(8) Dessin gardé

Nous avons cherché s'il existait un lien entre le fait de garder le dessin et l'âge des enfants.

Tableau 58 Pédopsychiatres qui gardent les dessins en fonction de l'âge des enfants.

Dessins des enfants gardés par le pédopsychiatre	Enfants de tous âges n=32	Adolescents seulement n=5	Jeunes enfants seulement n=2	Pas d'adolescents n=4
Non	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Oui	30 (93,75 %)	4 (80 %)	2 (100 %)	4 (100 %)
Ça dépend	2 (6,25 %)	1 (20 %)	0 (0 %)	0 (0 %)

Nous n'avons pas retrouvé de différence significative concernant le fait de garder les dessins en fonction de l'âge des enfants (p>0.05).

IX. DISCUSSION

L'objectif de notre étude est original, puisque nous n'avons retrouvé aucune autre étude descriptive de l'utilisation du dessin. Aucune comparaison n'a donc pu être réalisée avec d'éventuelles études antérieures. La recherche de thèses de psychiatrie sur le thème du dessin recouvrait un faible nombre de travaux. Par contre, à notre surprise, le dessin des enfants est un thème très fréquemment étudié dans les travaux de thèse d'odontologie.

A. Population de l'étude

1. Age et sexe

43 des pédopsychiatres de Haute-Garonne, soit 56, 57 %, ont répondu au questionnaire. On peut se demander si cette population est représentative de la population des pédopsychiatres en France.

L'Atlas national publié par l'Ordre national des médecins (126) recense 847 psychiatres de l'enfant et de l'adolescent en 2012.

Tableau 59 Modes d'exercice en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent selon l'Atlas National CNOM 2012

	Libéral	**Mixte**	**Salarié**	**Total**
Hommes	117	67	214	398
Femmes	121	38	280	449
Total	238	115	494	**847**

On constate que pour le département de Haute-Garonne seulement 8 hommes et 7 femmes sont recensés dans cette discipline. Ces chiffres ne concordent pas avec nos données. Cela peut s'expliquer par le fait que les pédopsychiatres s'enregistrent rarement au Conseil de l'ordre comme ayant un exercice exclusif de la pédopsychiatrie. Par ailleurs, le nombre de psychiatres libéraux recevant des enfants en consultation a probablement été sous-estimé. En effet nous nous sommes basés sur les données de l'annuaire téléphonique, mais il est probable que tous les psychiatres recevant des enfants n'y soient pas répertoriés.

Toujours selon le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM), 47 % des pédopsychiatres français sont des hommes, leur moyenne d'âge est de 60 ans et les deux plus jeunes appartiennent à la catégorie 40-44 ans. Les femmes représentent 53 % de cette population, leur moyenne d'âge est de 58 ans et les 13 plus jeunes appartiennent à la catégorie 35-39 ans.

Ces chiffres sont assez éloignés des caractéristiques de notre échantillon. Les femmes représentent 72,09 % de la population interrogée et les hommes 27,91 %. L'âge moyen de notre échantillon est de 45,2 ans.

Cette répartition est également très différente de celle des psychiatres français, en effet, le CNOM recense 12400 psychiatres dont 51% d'hommes et 49 % de femmes. La moyenne d'âge des hommes est de 54 ans et celle des femmes de 49 ans. La moyenne d'âge est supérieure à celle de notre échantillon et le sex-ratio beaucoup moins en faveur des femmes.

On peut supposer que les pédopsychiatres les plus jeunes sont plus sensibles au travail de thèse des internes et se portent donc plus facilement volontaires pour répondre à ce type de questionnaire. Cela pourrait expliquer que la moyenne d'âge de la population interrogée soit plus jeune que celle

de la population française. On peut également avancer l'hypothèse que le choix du département a pu influer sur la moyenne d'âge. En effet, la Haute-Garonne est un département comprenant une grande ville universitaire et plutôt attractive pour les jeunes médecins souhaitant s'installer après leur internat. La différence de répartition selon le sexe peut s'expliquer par le fait que la profession médicale en générale et la psychiatrie en particulier, se féminisent de plus en plus. La population interrogée étant plus jeune que la population française, il n'est pas étonnant de retrouver une plus forte proportion de femmes. Donc la différence avec les données nationales s'expliquerait par un biais de sélection.

2. Type d'exercice

Selon le CNOM (126) 28,10 % des psychiatres d'enfants et d'adolescents et 29,63 % des psychiatres travaillent en exercice libéral, 13,57 % des psychiatres d'enfants et d'adolescents et 13,59 % des psychiatres travaillent en exercice mixte et 58,32 % des psychiatres d'enfants et d'adolescents et 56,73 % des psychiatres travaillent en exercice salarié.

Dans notre étude, selon les résultats présentés au tableau 4, 4,65 % de la population interrogé a un exercice libéral seul. Les pédopsychiatres ayant un exercice salarié correspondent aux catégories « sanitaire uniquement », « sanitaire et médico-social » et « sanitaire et Conseil général » et représentent près de 76,74 % de la population interrogée. Les pédopsychiatres ayant un exercice mixte (libéral et salarié) correspondent aux catégories « libéral et sanitaire », « libéral, sanitaire et médico-social » et « libéral et médico-social » et représentent 18,61 % de la population interrogée.

Nous constatons donc que concernant l'exercice, notre échantillon est également assez éloigné de la population des psychiatres d'enfants et d'adolescents et des psychiatres en France.

Cependant, nous avons retrouvé une relation statistiquement significative entre l'âge des pédopsychiatres et le type d'exercice ; les plus âgés sembleraient avoir plus tendance que les jeunes à avoir un exercice libéral. Notre échantillon est plus jeune que la population française des pédopsychiatres ; cela pourrait expliquer pourquoi la répartition selon l'exercice de notre échantillon retrouve une plus faible proportion de pédopsychiatres travaillant en exercice libéral.

3. Formation

Concernant la formation, on note que plus de 90 % de la population interrogée affirme être formée à l'approche psychanalytique ou psychodynamique et presque un quart aux thérapies cognitivo-comportementales. Un des pédopsychiatres interrogés explique qu'il n'a pas suivi un « cursus psychanalytique » mais que sa formation est « infiltrée de psychodynamique ». On remarque que l'approche psychodynamique est largement abordée lors de la formation universitaire à Toulouse, au cours des nombreux diplômes universitaires notamment. Concernant l'approche cognitivo-comportementale, un pédopsychiatre nous explique qu'il y a été formé mais ne l'utilise pas dans sa pratique. Une formation existe à Toulouse, sous la forme d'un diplôme universitaire.

Nous n'avons pas comparé les pratiques en fonction de l'orientation psychothérapeutique des pédopsychiatres. En effet, l'approche psychanalytique ou psychodynamique concernait la plus grande part de la population, les autres catégories étant assez peu représentées. De plus, chaque pédopsychiatre a pu bénéficier de plusieurs formations différentes. Pour pouvoir établir une différence de pratique en fonction de cette variable, il aurait fallu interroger une population plus importante. Une étude multicentrique aurait paru plus adaptée, car elle aurait moins mis en évidence des particularités régionales.

Un peu de moins de 20 % des pédopsychiatres interrogés affirment avoir reçu une formation spécifique sur l'utilisation du dessin dans la consultation d'enfants durant leur cursus. Plusieurs d'entre eux évoquent avoir reçu cette formation au cours de séminaires s'intégrant au diplôme universitaire « L'enfant, l'adolescent, la famille : clinique et psychodynamique » proposé par le Pr. Raynaud à la faculté de Médecine de Toulouse. Un pédopsychiatre ayant soutenu sa thèse en 1989 a reçu une formation sur le dessin d'enfant dans le cadre d'une UV (unité de valeur) alors qu'il était inscrit au DES de psychiatrie dans une ville universitaire du Nord de la France. Un autre pédopsychiatre ayant soutenu sa thèse en 1984 a reçu une telle formation dans le cadre du CES des internes des hôpitaux périphériques. Un pédopsychiatre également psychanalyste a reçu une formation sur les dessins d'enfants dans le cadre de la formation d'analyste d'enfant. Enfin, un des pédopsychiatres interrogés explique s'être inscrit au séminaire sur le dessin de Françoise Dolto, mais n'a pas pu le suivre car cette dernière l'avait arrêté entre temps.

On constate que les pédopsychiatres ayant reçu une formation sur le dessin des enfants sont minoritaires et que les modalités de la formation sont assez variables, le plus souvent sous la forme de séminaires.

83,72 % des pédopsychiatres interrogés nous ont affirmé qu'ils s'étaient documentés sur le sujet. Tous l'avaient fait par l'intermédiaire de lectures. Il s'agissait de lectures d'articles et de livres. Ces lectures pouvaient être non spécifiques ; les auteurs cités étaient Donald Winnicott le plus souvent (« *La consultation thérapeutique* ») et Mélanie Klein. D'autres lectures ont été évoquées, plus spécifiquement sur le dessin d'enfant ou sur le « Squiggle ». L'auteur le plus souvent cité a été Daniel Widlöcher, mais ont également été cités : Françoise Dolto, Edwige Antier, Jacqueline Royer et Annie Anzieu. Un pédopsychiatre a évoqué des lectures sur le dessin de la famille et de la famille idéale. Les supervisions ont été citées par 25 % des pédopsychiatres interrogés. Il s'agissait de supervisions autour de cas cliniques ou de supervisions d'ateliers « peinture/dessin ». Un pédopsychiatre a précisé qu'il s'agissait de supervisions avec un psychanalyste d'enfants. 5,56 % des pédopsychiatres affirment s'être formés sur le terrain. Cette approche pouvait être informelle avec un psychologue travaillant dans le même service. Il pouvait également s'agir du suivi de consultations d'un pédopsychiatre en CMP. D'autres modes de documentation ont été cités : séminaires, congrès, colloques. Un pédopsychiatre ajoute qu'au cours d'une formation de criminologie appliquée pour l'expertise mentale, il a reçu une formation aux dessins dans le cadre des abus.

On constate donc que si moins de 20 % des pédopsychiatres sont effectivement formés, 80% sont autodidactes à l'aide de lecture d'auteurs de référence.

B. Dispositif

1. Matériel de dessin

a) Type de matériel

Un seul des pédopsychiatres nous a expliqué ne pas avoir de matériel de dessin. La raison est qu'il n'a temporairement pas de bureau de consultation attitré. Les bureaux qu'il utilise ne disposent pas tous de ce type de matériel. On note que ce pédopsychiatre travaille uniquement avec des adolescents et qu'il ne voit pas d'enfants plus jeunes. Il envisage cependant de travailler avec ce type de matériel quand il sera installé dans d'autres locaux.

La liste de ce matériel varie selon les pédopsychiatres : feuilles, feutres, crayons de couleur, tableau noir ou blanc, crayons à papier, gomme, pastels ou craies grasses, stylos, « paper board », peinture et fusains. On note que les feuilles et les feutres se retrouvent dans quasiment tous les

bureaux de consultation. Concernant les feutres, un pédopsychiatre précise qu'il en possède de différentes épaisseurs : fins et épais « en fonction de l'âge des enfants ». Un pédopsychiatre précise au sujet du tableau noir ou blanc qu'il est utile pour les enfants qui ne peuvent pas laisser de trace. Un autre note que les enfants utilisent peu les crayons de couleur qui sont cassants. Il remarque également que les enfants plus grands ont une préférence pour les crayons à papier et la gomme. Deux pédopsychiatres disent éviter gomme et règle. L'un d'eux explique qu'il préfère éviter le matériel qui amène une répétitivité ou qui peut éliminer ce que l'enfant a produit. Un pédopsychiatre ajoute qu'il a un classeur où il range tous les dessins.

L'analyse bivariée a révélé une relation statistiquement significative entre la présence de feutres et l'âge des enfants. Les psychiatres recevant seulement des adolescents ne sont que 50 % à en avoir dans leur bureau, alors que les autres en ont tous. On se rappelle l'observation de Greig (9), selon qui les couleurs sont moins utilisées dès le début de l'adolescence. On peut avancer l'hypothèse que les pédopsychiatres recevant des adolescents uniquement auraient moins tendance à avoir des feutres car ils seraient moins adaptés à leur âge. Cependant, ces résultats sont à prendre avec prudence dans la mesure où l'effectif de la population des pédopsychiatres recevant uniquement des adolescents est très faible.

Notre étude a également retrouvé une relation statistiquement significative entre l'âge des enfants et la présence d'un tableau noir ou blanc (de type « velleda »). On ne retrouve pas de cohérence de cette répartition en fonction des catégories d'âge des enfants. Il ne s'agit pas d'un résultat pertinent.

Nous avons vu que les pédopsychiatres avaient au minimum 1 et au maximum 6 types de matériels de dessin différents, soit une moyenne de 3,36. Nous n'avons retrouvé aucune relation statistiquement significative ni entre le nombre de matériels différents et l'âge des pédopsychiatres, ni entre le nombre de matériels différents et le type d'exercice, ni entre le nombre de matériels différents et l'âge des enfants. Le tableau 47 concernant la répartition du nombre de matériels de dessin en fonction de l'âge des enfants, indique que le pédopsychiatre qui possède le plus de types de matériels de dessin différents reçoit uniquement des adolescents. Les auteurs s'accordant sur le fait que le dessin est un moyen d'expression délaissé par les adolescents, nous ne nous attendions pas à un tel résultat. Mais une pratique individuelle ne peut en aucun cas refléter une tendance.

b) Accès au matériel de dessin

Le matériel de dessin est directement accessible à l'enfant chez 80 % des pédopsychiatres interrogés. Plus de 10 % d'entre eux le disposent différemment en fonction des enfants. Dans moins de 10 % des cas, l'accès au matériel n'est pas direct pour l'enfant.

Dans le cas où le matériel de dessin est directement accessible, il peut être disposé sur une petite table à la portée de l'enfant ou sur leur bureau du pédopsychiatre. Plusieurs d'entre eux précisent que bien que le matériel soit directement accessible, les enfants demandent souvent s'ils peuvent l'utiliser. Un pédopsychiatre explique que l'accès au matériel est libre lors de ses consultations car il trouve qu'il est compliqué pour un enfant de faire la demande de dessiner, l'accès direct permettant une spontanéité. Il ajoute que pour lui, il est important que les feutres soient en vrac, dans un pot ou un récipient qui puisse en contenir un certain nombre.

Un pédopsychiatre utilise une grande table à manger en verre transparent sur laquelle l'enfant peut dessiner. Elle est prévue pour que l'enfant puisse sortir du cadre, il n'y a pas de notion d'interdit du dépassement, de la salissure. Quand cela arrive, ce n'est pas une grosse transgression, la table peut être nettoyée.

Certains pédopsychiatres proposent une partie du matériel en accès direct, par exemple les feutres. Mais pour pouvoir dessiner, l'enfant doit demander les feuilles. Un d'entre eux précise que

les crayons à papier et la gomme ne sont pas accessibles et ne sont sortis que quand l'enfant en a besoin.

Un praticien qui reçoit uniquement des adolescents, indique que les feuilles et crayons sont plus souvent utilisés pour écrire que pour dessiner. Dans son bureau, le matériel est accessible, mais l'adolescent doit se lever pour le prendre. Parfois cela lui permet de mettre en scène qu'à certains moments il impose quelque chose.

Certains pédopsychiatres rencontrent plus particulièrement des enfants autistes. Avec ces enfants, le matériel n'est pas toujours directement accessible. L'un d'eux nous explique qu'il ne donne pas de feutres à un enfant autiste très agité ni aux tout petits. Un autre praticien met les feuilles à disposition de l'enfant selon qu'il est capable d'en faire la demande, « certains enfants, s'ils ne voient pas les feuilles, ne pensent pas qu'elles existent, je dois les disposer en évidence ».

2. Autres types de matériel créatif

Plus de 90 % des pédopsychiatres proposent au moins un autre type de matériel créatif.

Le matériel le plus souvent évoqué est, pour plus des trois-quarts d'entre eux, la pâte à modeler. Dans notre analyse bivariée, une relation statistiquement significative a été retrouvée entre la présence de pâte à modeler et l'âge des enfants, mais sans effet des catégories d'âge. Cette relation ne semble pas pertinente. De plus, les effectifs des catégories est très faible. Un pédopsychiatre précise que la pâte à modeler n'est pas à disposition mais plutôt proposée dans un 2ème temps. Un autre indique qu'il donne la possibilité aux enfants de mettre de côté leur production en pâte à modeler, afin de la retrouver lors des consultations suivantes. Un praticien explique que la pâte à modeler est utile avec les enfants en grande difficulté d'expression. Cependant certains pédopsychiatres précisent qu'ils utilisent peu la pâte à modeler car c'est un médium salissant et difficile à stocker.

On note que près de la moitié des pédopsychiatres interrogés ont cité les jeux parmi les matériels créatifs. Les jeux cités sont : les jeux de construction (type Légo®), les jeux de personnages (figurines de type Playmobil®, marionnettes), les maisons de poupées, les petits animaux (éventuellement avec une ferme), les jeux de dinette, une mallette de docteur.

Les ciseaux sont présents chez un tiers des pédopsychiatres possédant un autre type de matériel créatif. Pour un d'entre eux, les ciseaux font partie du dessin en permettant de les découper.

La relation statistiquement significative retrouvée entre la présence de ruban adhésif et l'âge des enfants vus en consultation ne semble pas non plus pertinente car sans cohérence particulière avec les catégories d'âges des enfants.

Un des pédopsychiatres interrogés indique orienter particulièrement son travail sur la créativité. Il propose aux enfants musiciens de venir aux consultations avec leurs instruments de musique.

Le dessin peut s'associer à d'autres types de créations : un des pédopsychiatres explique qu'un adolescent a construit avec un lui un bateau. Il est parti du dessin, puis l'a monté en volume. En parallèle, l'adolescent a écrit une histoire sur le Titanic.

C. Utilisation du dispositif

1. Proposition de dessiner

a) Fréquence de la proposition de dessiner

Tous les pédopsychiatres interrogés sont amenés à travailler avec le dessin et à le proposer aux enfants qu'ils rencontrent en consultation. Plus de la moitié des pédopsychiatres interrogés proposent souvent le dessin. Un peu moins d'un quart le proposent systématiquement. Le quart restant le propose soit parfois, soit rarement mais aucun pédopsychiatre ne le propose jamais. Nous n'avons pas retrouvé de relation ni entre la fréquence de la proposition de dessiner et l'âge des pédopsychiatres, ni entre la fréquence de la proposition de dessiner et le type d'exercice.

Par contre, la fréquence de la proposition de dessiner semble être liée à l'âge des enfants. En effet, les pédopsychiatres qui reçoivent uniquement des adolescents le proposent tous rarement ; ceux recevant uniquement des jeunes enfants le proposent parfois ; trois-quarts des pédopsychiatres ne recevant pas d'adolescents et plus de la moitié des pédopsychiatres recevant des enfants de tout âge le proposent souvent. Nous remarquons que ce résultat est cohérent avec les modes de communication des enfants en fonction de leur âge comme décrit par Marcelli (15). Selon lui, c'est un mode de communication particulièrement adapté aux enfants entre 3 et 11 ans et peu aux enfants de moins de 3 ans et de plus de 11 ans.

Certains pédopsychiatres proposent systématiquement le dessin dès l'accueil lors de la première consultation. Le dessin est alors compris dans l'ensemble des propositions dont l'enfant peut se saisir pour dire quelque chose de lui. Parfois, il fait partie de l'entretien d'évaluation « standardisé ». Cette proposition n'est pas forcément réitérée lorsque l'enfant est ensuite rencontré régulièrement en consultation.

b) Critères influençant la proposition de dessiner

L'âge des enfants influence la proposition de dessiner chez les trois-quarts des pédopsychiatres interrogés, alors que la pathologie, les symptômes présentés par l'enfant n'influence qu'un peu moins de la moitié d'entre eux.

(1) L'âge

Parmi les pédopsychiatres qui considèrent que l'âge de l'enfant influence leur proposition de dessiner, un quart d'entre eux ne proposent pas le dessin aux enfants les plus jeunes, la moitié ne le proposent pas aux adolescents et le quart restant ne le proposent ni aux plus jeunes, ni aux adolescents.

Une relation statistiquement significative a été retrouvée entre le fait que l'âge soit un critère et le type d'exercice. Les pédopsychiatres libéraux auraient une plus forte tendance à proposer le dessin sans tenir compte de l'âge, mais aucun élément ne nous permet d'avancer une hypothèse sur la raison de cette différence statistique. A nouveau, les effectifs des groupes étant faibles, il semblerait intéressant de vérifier si cette tendance est confirmée pour une population plus importante.

Certains pédopsychiatres considèrent que les jeux et la pâte à modeler sont plus adaptés aux très jeunes enfants, alors que d'autres leur proposent de dessiner dès le moment qu'ils peuvent tenir un crayon ou dès qu'ils tiennent assis ou allongés. Un pédopsychiatre estime qu'il est toujours intéressant pour un jeune enfant de laisser une trace, même fugace.

L'âge privilégié pour proposer le dessin correspondrait, pour de nombreux pédopsychiatres, à l'âge de latence. En expertise, un pédopsychiatre précise que le dessin du bonhomme, et éventuellement celui de la famille, est systématiquement demandé en dessous de 11 ou 12 ans.

Les grands enfants peuvent se sentir dévalorisés par cette proposition. Le dessin est rarement un moyen d'expression après 10 ou 12 ans. Un pédopsychiatre remarque que dans le quartier plutôt défavorisé où il travaille, le dessin semble très peu investi par les enfants, en particulier par les garçons. La proposition de dessiner pouvant parfois être vécu comme « maltraitante ». Un praticien qui reçoit surtout des adolescents explique que le dessin est souvent à l'initiative du jeune, en particulier ceux intéressés par les mangas. A cet âge le dessin est plutôt proposé comme médiation en thérapie.

Plusieurs pédopsychiatres proposent le dessin à tous les enfants, y compris les adolescents. Cette proposition peut servir à entrer en contact selon l'un d'eux. Un d'entre eux estime que l'enfant ne devient créatif qu'à certaines conditions et que le dessin peut être une découverte aussi bien scientifique que créative, dès un très jeune âge.

(2) Symptomatologie, pathologie

Le type de symptomatologie ou de pathologie influence la proposition de dessin pour moins de la moitié des pédopsychiatres interrogés.

Plusieurs pédopsychiatres proposent plus facilement le dessin aux enfants inhibés. Le dessin est une forme de communication intéressante quand l'accès à la parole est compliqué. Dans ce cas il permettrait d'établir un lien, de faciliter la rencontre, d'organiser, de raconter en étant un support à la pensée. Il parait moins utile chez les enfants à l'aise dans la relation verbale.

Le dessin permet de ramener les enfants dispersés, avec des difficultés de concentration ou des troubles du comportement, sur une activité plus canalisée. Selon un pédopsychiatre la pâte à modeler serait plus efficace que le dessin pour contenir les enfants agités.

Les pédopsychiatres interrogés trouvent également le dessin intéressant chez les enfants tristes et anxieux, chez les adolescents avec un fonctionnement immature ou avec un déficit intellectuel ou encore chez les anorexiques avec un ralentissement psychomoteur important. Un praticien observe qu'en cas de traumatisme, les enfants passent facilement par le dessin d'emblée.

Certains pédopsychiatres proposent moins le dessin aux enfants autistes, en particulier quand ils sont agités. Pour eux, le dessin serait angoissant ; ils ne pourraient rien en faire.

Plusieurs pédopsychiatres considèrent que la pathologie ne limite pas la possibilité du dessin pour le jeune. La préoccupation dans la consultation est d'établir un contact et d'avoir accès à quelque chose d'imaginaire chez l'enfant. Le dessin peut être défensif, très rigide. Il faut alors trouver autre chose.

(3) Autres critères

Les pédopsychiatres interrogés ont cité d'autres critères pouvant influencer leur proposition de dessiner.

Un pédopsychiatre précise que la proposition de dessiner dépend entre autres de l'âge de l'enfant, du contexte de la consultation et de son rapport à la demande. Il prend en compte la manière dont l'enfant se positionne en entrant dans le bureau. S'il va spontanément vers les jeux, le dessin est moins proposé que s'il s'assoit. La présence de la famille peut aussi influencer cette proposition en la rendant moins systématique. Un pédopsychiatre, au contraire, propose à l'enfant

de dessiner pendant que ses parents racontent l'histoire. Dans ce cas, la réalisation du dessin est peu interactive, il demande ensuite à l'enfant de raconter ce qu'il a dessiné.

Lorsque l'enfant s'est mis spontanément à dessiner lors du premier entretien, il est plus facile de le lui proposer lors des entretiens suivants. Les enfants qui ont été suivis jeunes, se mettent souvent à dessiner quand ils reviennent en consultation plus tard.

Un pédopsychiatre précise qu'il ne propose pas forcément le dessin lors d'une consultation, au cours d'une prise en charge quand il sait que l'enfant produit des dessins ailleurs, avec les autres membres de l'équipe.

2. Utilisation de tests

Dans la pratique clinique, les pédopsychiatres interrogés n'utilisent pas de tests. Ils peuvent en effet être trop rigides. Certains pédopsychiatres privilégient la spontanéité. Un pédopsychiatre les utilise dans le cadre d'un protocole de recherche. Certains s'en inspirent sans les coter. Un praticien précise qu'il se réfère cliniquement à des échelles d'évaluation quantitatives du dessin de la famille dans les expertises médico-légales, mais n'en a pas un usage métrique. Ce sont plus souvent les psychologues et psychomotriciens avec qui les pédopsychiatres travaillent qui les utilisent.

3. Utilisation du dessin dans les consultations

Les pédopsychiatres interrogés considèrent en grande majorité que le dessin peut être utilisé comme un outil d'évaluation du développement, un outil diagnostique, un outil d'évaluation de l'évolution ou un outil thérapeutique.

a) Outil d'évaluation du développement

Presque tous les pédopsychiatres interrogés utilisent le dessin comme outil d'évaluation du développement.

L'un d'eux nous dit que le retard éventuel d'un enfant ne peut pas passer inaperçu. Il se tourne vers un psychologue s'il souhaite une évaluation précise du retard d'un enfant.

b) Outil diagnostique

Plus de 90 % des pédopsychiatres interrogés utilisent le dessin comme outil diagnostique. Nous avons retrouvé une différence significative entre le fait d'utiliser le dessin comme outil diagnostique par les pédopsychiatres et l'âge des enfants reçus en consultation. En effet, les pédopsychiatres qui ne reçoivent que des adolescents et ceux qui ne reçoivent que des jeunes enfants, sont moins nombreux à considérer le dessin comme un outil diagnostique. On remarque que pour ces deux classes d'âge le dessin est moins souvent utilisé comme mode de communication.

La plupart des pédopsychiatres interrogés insistent sur le fait que le dessin aide au diagnostic mais n'en est pas l'outil principal. Il ne permet pas seul de faire un diagnostic. L'un d'eux précise qu'il « ne peut être qu'une touche complémentaire, un paramètre, qui vient renforcer une impression clinique, qui va venir appuyer certaines idées qu'on se fait du fonctionnement psychique de l'enfant ». Il ajoute qu'il « y a un bruit de fond dans les premiers dessins, qui permet de s'orienter vers une pathologie ». Un pédopsychiatre considère que le dessin peut être une aide au diagnostic

notamment pour les troubles de l'humeur. Chez les enfants avec des angoisses très archaïques des éléments sans lien sont souvent retrouvés. Les dessins d'enfants autistes seraient assez typiques et différents des dessins d'enfants psychotiques.

c) Outil d'évaluation de l'évolution

90,70 % des pédopsychiatres interrogés utilisent le dessin comme outil d'évaluation de l'évolution.

Pour plusieurs pédopsychiatres interrogés, le dessin fait partie des éléments cliniques pouvant montrer des indices de progrès au niveau psychique. Quand un enfant se structure, son dessin aussi se structure, il est plus harmonieux. Le thème peut également se modifier.

Un pédopsychiatre explique que le dessin permet aussi d'évaluer le développement et son évolution au cours de la thérapie, en particulier quand celui-ci s'était interrompu. Il cite l'exemple d'une petite fille de 4 ans qui ne dessinait que des ronds, des cercles concentriques et qui s'est remise à représenter. Il observe que quand les enfants vont mieux, ils se remettent à faire « des dessins qui sont des dessins ».

Un des pédopsychiatres considère que le dessin reflète l'évolution de la relation thérapeutique plus que l'évolution clinique.

d) Outil thérapeutique

90,70 % des pédopsychiatres interrogés utilisent le dessin comme outil thérapeutique.

Selon ces pédopsychiatres le dessin est thérapeutique dans le cadre de la relation thérapeutique, au même titre que le jeu. C'est un équivalent de l'association libre choisit par l'enfant. Le dessin permet le déploiement du fil associatif pendant la séance. Un pédopsychiatre précise : « l'outil thérapeutique c'est l'activité interprétative, médiatisée par le dessin, le jeu … » D'autres ajoutent que le dessin permet de créer un espace intermédiaire, intersubjectif entre l'enfant et le thérapeute.

Le dessin peut être utilisé comme médiation de la relation, en particulier chez les enfants petits ou en difficulté de verbalisation. Un des praticiens considère que chez les enfants autistes, il permet l'entrée en communication et le travail des interactions sociales. Il favorise l'expression des émotions. Pour un des pédopsychiatres, un dessin créatif peut générer un gain narcissique et être thérapeutique en ce sens. Un autre considère que c'est un outil majeur car il n'est jamais stéréotypé. Il peut également être utilisé lors d'ateliers et de groupes thérapeutiques autour de l'expression, de la peinture.

Pour un pédopsychiatre, dans le dessin, il y a un contenu et un contenant. On peut utiliser et valoriser le contenant (miroir de structuration de personnalité) et le contenu (contenu psychique en soi). Il peut être un support de projection et un outil thérapeutique.

Un autre rapporte qu'avec certains enfants il a travaillé uniquement sur le dessin et qu'à la fin de la thérapie, il a relié l'ensemble des dessins pour faire un livre.

e) Autre

55,81 % des pédopsychiatres interrogés considèrent que le dessin peut être utilisé comme un autre type d'outil.

Ils estiment que le dessin permet d'évaluer les capacités de concentration de l'enfant. Chez les tout petits, il permet d'évaluer la notion des limites de l'enfant, s'il a compris la différence entre la

feuille et la table. La notion des couleurs peut être évaluée. La façon dont l'enfant s'est saisi du dessin peut être repérée : s'il s'en est saisi d'emblée, s'il a demandé, s'il a commencé par interroger du regard ses parents, s'il a commencé à dessiner sur une injonction, s'il s'en est saisi petit à petit. Le dessin permet donc d'évaluer des choses assez vastes : les aspects cognitifs, l'intégration des codes sociaux, la réponse à la consigne, à la frustration.

Il peut être un outil de récit, il permet à l'enfant de mettre en histoire et de livrer des épisodes de sa vie. Il peut aussi permettre à l'enfant d'amener une version différente de celle des parents.

Plusieurs pédopsychiatres ont cité des fonctions du dessin que l'on peut rattacher à la fonction thérapeutique : il permet l'accès au monde interne ; dans sa dimension de plaisir, il permet de créer un lien et d'assurer le suivi ; il peut être valorisant et donner à l'enfant un gain de confiance en lui (les enfants sont sensibles au fait qu'on conserve, qu'on affiche leurs dessins) ; il permet une décharge tensionnelle et pulsionnelle ; il peut avoir une fonction cathartique dans une situation inhabituelle.

Pendant les temps informels dans les structures de soins de type hôpital de jour, le dessin, sur un tableau blanc par exemple, peut être un moyen d'entrer en relation avec les autres enfants du groupe.

4. Dessin interactif

Les dessins interactifs sont utilisés par 79,07 % des pédopsychiatres interrogés.

Les pédopsychiatres proposent des dessins interactifs dans plusieurs situations : avec des adolescents et préadolescents présentant une inhibition de la pensée, des difficultés d'élaboration, de verbalisation, de symbolisation ; avec des enfants présentant des troubles du comportement, quand il y a trop d'excitation ; lorsque des angoisses avec une tonalité persécutoire sont présentes ; avec des enfants présentant un déficit de la réciprocité socio-émotionnelle et avec les anorexiques. D'une manière générale, ils sont plus facilement proposés aux enfants avec un imaginaire pauvre. Ils sont peu proposés aux jeunes enfants. Les indications proposées par Meynaud (84) sont assez similaires à celles évoquées par les pédopsychiatres interrogés.

Le « Squiggle » a été décrit par Winnicott (85). Il permet de s'engager prudemment sur le terrain de la rencontre avec des enfants en difficulté relationnelle, d'instaurer une confiance, de créer rapidement un espace intersubjectif. C'est un outil de rencontre qui aide le jeune à se poser dans un espace difficile à investir. L'échange est à la fois verbal et infra-verbal. Il permet de récupérer quelque chose de « à toi, à moi », utile pour aider les enfants avec une pathologie du spectre autistique, à se rendre compte que l'autre a un état mental qui lui est propre. Le dessin à deux permet de travailler sur la capacité à poser des mots sur les angoisses, en particulier chez les enfants avec des TED. Il sert aussi de support de narration et d'interprétation. Il permet d'amorcer quelque chose du coté de l'imaginaire, du symbolique. Il est un soutien à la représentation. Avec le dessin à deux, on part de l'informel pour arriver au formel et au perçu. Il permet de repérer ce qui surgit spontanément chez l'enfant quand on utilise le non signifié.

Les analystes d'enfants l'utilisent volontiers. Il plait beaucoup aux enfants par son coté ludique, mais l'enjeu est surtout relationnel. Il est assez acceptable par les adolescents ; il ne s'agit pas juste de regarder leur production. Il permet également aux jeunes de critiquer ce que le thérapeute fait. Les gribouillis permettent une décharge motrice mais aussi la mise en difficulté du thérapeute. La consigne peut se modifier en un jeu de devinettes par exemple.

5. Utilisation de consignes

Tous les pédopsychiatres interrogés utilisent les dessins libres et un peu plus de la moitié d'entre eux utilisent également des consignes dans certains cas. Le dessin de la famille est proposé par 95 % d'entre eux. 40 % proposent le dessin du bonhomme, un quart la maison et 15 % demandent à l'enfant de se dessiner lui-même.

Pour certains pédopsychiatres une consigne peut être proposée quand l'enfant n'a pas d'idée, quand il est en difficulté pour se mettre à dessiner, s'il est inhibé, qu'il manque de spontanéité.

Les consignes peuvent faire partie de l'évaluation globale diagnostique, mais les pédopsychiatres préfèrent en général utiliser le dessin libre par la suite. Elles sont utiles quand ils ont besoin de savoir où l'enfant en est de sa construction et permettent le recueil d'éléments du développement psychomoteur, de l'image corporelle.

Le dessin de la famille permet de voir comment l'enfant se situe dans celle-ci. Le dessin du bonhomme est rarement demandé par certains pédopsychiatres car les enfants le font souvent à l'école et ils peuvent vite se sentir pris en défaut. Un des pédopsychiatres demande le dessin du bonhomme « le mieux qu'il puisse faire ». D'autres consignes sont proposées : « dessiner maman », « un très bon souvenir où tu t'es fait très plaisir » Un praticien ne donne pas de consigne précise mais dit à l'enfant : « Tu fais ce que tu veux, ce que tu as envie, ce qui te vient dans la tête. » Un autre explique qu'il ne propose pas de consigne car il a accès à des dessins de bonhommes, maisons et familles produits avec les autres professionnels de l'équipe avec laquelle il travaille.

Les pédopsychiatres qui n'utilisent pas de consignes donnent plusieurs raisons. Certains préfèrent éviter ce qui formate l'entretien. L'un d'eux, également analyste d'enfant, explique qu'il ne propose pas de consigne car cela équivaudrait à se remettre dans une situation d'évaluation. Pour lui, il est important de voir à quel moment la figure du bonhomme apparaît et à qui il est assigné. Un autre pédopsychiatre précise explique qu'il demande à l'enfant de dessiner dans la feuille ; certains enfants sont « capables de dessiner partout dans toute la pièce ».

6. Commentaires sur les dessins

Presque les trois-quarts des pédopsychiatres interrogés font des commentaires sur les dessins des enfants pendant la consultation. Moins d'un quart n'en font pas systématiquement. Un seul pédopsychiatre n'en fait jamais. La moitié d'entre eux commentent les dessins quand ils sont terminés et 10 % pendant que l'enfant dessine. Les autres ne les font pas à un moment particulier.

Pour les pédopsychiatres interrogés, les commentaires peuvent avoir plusieurs fonctions :

- Le plus souvent les commentaires servent à demander aux enfants d'expliquer leurs dessins. Un pédopsychiatre précise en effet que comme dans un rêve, le plus important c'est ce que l'enfant va en dire. Ils permettent alors d'étayer le discours de l'enfant, de soutenir les processus d'élaboration et de symbolisation. Le pédopsychiatre aide ainsi l'enfant à mettre en récit son dessin. Le but est thérapeutique, il s'agit d'aider l'enfant à faire des liens. La recherche de sens peut être en positif (la signification de quelque chose qui est dans le dessin) ou en manque (question sur l'absence de quelque chose). Un pédopsychiatre précise qu'il commente peu le dessin lors d'une première consultation, il verbalise des commentaires plutôt en psychothérapie.
- Ils permettent de soutenir et encourager l'enfant qui dessine quand il manque de confiance en lui. Il s'agit alors de renforcement positif.

- Le pédopsychiatre peut utiliser ses commentaires en mettant des mots, en particulier sur les émotions suscitées par les dessins. Il peut prêter ses affects au dessin.
- Les commentaires peuvent être des interprétations. Le but des commentaires est alors thérapeutique. Le commentaire « et moi je serais où ? » permet, comme dans tout processus psychothérapeutique, de s'inclure en auxiliaire du Moi de l'enfant. Il permet d'interpréter un mouvement dans la relation, d'y être activement.
- Les commentaires peuvent avoir valeur d'attention conjointe, ils permettent de parler de la même chose.
- Le commentaire peut être une reformulation. Il peut permettre de faire écho avec le thème de la consultation, l'histoire de l'enfant, sa réalité, son état interne.
- Le pédopsychiatre peut attirer le regard des parents sur un point singulier. Quand un parent est dans le déni, le dessin, en particulier celui de la famille, peut être un outil d'observation avec le parent. Il permet aussi de lui signaler un progrès.
- Le pédopsychiatre peut intervenir pour signaler une analogie entre plusieurs séances.

Le moment du commentaire est variable. Un pédopsychiatre explique qu'il laisse dessiner l'enfant sans l'interrompre y compris quand il a du retard dans sa consultation, sauf si l'enfant est particulièrement méticuleux. Il reste silencieux pendant le dessin et questionne l'enfant à la fin. Plusieurs pédopsychiatres ajoutent qu'ils attendent la fin, car un commentaire pendant la réalisation peut amener une réponse défensive de l'enfant : « J'ai pas fini ! ». C'est une façon de refuser ce que dit le pédopsychiatre. Certains pédopsychiatres ne commentent pas le dessin pendant sa réalisation pour éviter que l'enfant ne modifie ce qu'il fait, d'autres au contraire trouvent intéressant de voir comment le commentaire peut infléchir une activité graphique. Un pédopsychiatre pose la question : « à quel moment le dessin est-il terminé ? » Un commentaire peut en effet amener l'enfant à modifier son dessin alors qu'il l'avait terminé. Le fait de livrer en continu les pensées que l'on a à propos du dessin serait persécuteur et inhibant.

Certains pédopsychiatres écrivent au crayon les commentaires de l'enfant sur le bord ou au dos du dessin. L'histoire pourra être relue lors d'une consultation suivante.

7. Dessin gardé

Tous les pédopsychiatres interrogés gardent les dessins, mais quelques uns signalent qu'ils ne les gardent pas toujours.

Certains pédopsychiatres énoncent dès le début de la consultation que si l'enfant dessine, le dessin sera gardé dans son dossier. Un d'eux apporte une nuance ; en première consultation il n'impose rien, puis, quand l'enfant est en thérapie, la règle est posée : les dessins restent dans le dossier.

Parfois l'enfant ne peut pas se séparer de son dessin et il repart avec. Cette situation est assez rare et dans ce cas, les pédopsychiatres en gardent souvent une photocopie. Un des pédopsychiatres explique qu'il dit à l'enfant qu'il peut ramener le dessin chez lui car ça parait important pour lui, mais qu'il doit le ramener lors de la consultation suivante. Il constate que souvent, le dessin qui devait aller à la maison est resté sur le bureau. Un autre pédopsychiatre dit à l'enfant qu'il peut donner son dessin à la personne de son choix. Parfois le dessin est destiné aux parents.

Les enfants demandent parfois « quand ce sera fini qu'est-ce vous en faites des dessins ? » Un pédopsychiatre garde un dossier des dessins de chaque enfant, en dehors du dossier médical. Cela permet aux enfants de revoir les dessins qu'ils ont faits, d'en reparler et parfois de faire du nettoyage d'anciens dessins dont ils ne sont pas contents. Le dessin peut être complété lors des consultations suivantes. L'évolution du graphisme peut être appréciée. Un pédopsychiatre explique qu'il a un classeur où il range les dessins de tous les enfants. Un autre garde les dessins dans l'aire

de consultation, le temps que le problème soit traité. Après, les enfants qui le souhaitent peuvent les récupérer. Celui qui a été réalisé le jour où le problème a été posé est gardé symboliquement. Le nom de l'enfant et la date sont souvent consignés sur le dessin.

Parfois le dessin n'est pas gardé, par exemple quand l'enfant le déchire ou s'il ne souhaite pas qu'on en garde une trace. Quand il y a de très nombreux dessins identiques et en dehors du cadre d'un travail psychothérapeutique, certains pédopsychiatres ne les gardent pas tous. Un pédopsychiatre explique que quand il fait avec l'enfant un travail sur un cauchemar, à la fin, le dessin est détruit et jeté.

8. Enfants qui ne dessinent pas

Nous avons posé aux pédopsychiatres une question supplémentaire : « que pensez-vous des enfants qui ne dessinent pas ? »

Le dessin est plutôt une activité fréquente et attendue chez les enfants et les pédopsychiatres interrogés nous disent qu'un enfant qui ne dessine pas, c'est plutôt rare.

Un des pédopsychiatres considère que si l'enfant ne dessine pas lors de la première consultation, c'est plutôt de bon aloi. Cela montre que l'enfant est sur la réserve, qu'il ne livre pas tout de suite son monde interne. Quand un enfant ne dessine pas en consultation, plusieurs pédopsychiatres se demandent s'il le fait à la maison, dans un atelier ou ailleurs. L'enfant peut simplement ne pas avoir envie de dessiner. La valeur de l'absence de dessin dépend du contexte de la consultation. Il est également intéressant de savoir si l'enfant joue, s'il utilise d'autres moyens d'expression, de décharge des représentations. Un enfant qui ne joue pas, ne parle pas, ne dessine pas, est considérablement entravé dans sa créativité. Un pédopsychiatre considère qu'il n'est pas à une place d'enfant, ce qui est inquiétant.

La question de l'âge se pose. Jusqu'à 2 ans et demi, 3 ans, le support papier n'est pas le support privilégié. Les supports permettant des traces éphémères sont plutôt utilisés. Plusieurs pédopsychiatres considèrent que le fait de ne pas pouvoir laisser de trace à partir de 3 ans et jusqu'à 8-10 ans, est un signe inquiétant. A partir de 7 ou 8 ans, les enfants sont souvent passés à autre chose. Chez les adolescents le dessin est moins investi, ils s'y intéressent moins. La proposition du dessin peut être vécue comme infantilisante. Ceux qui dessinent, s'intéressent souvent aux mangas ; dans ce cas, ils l'amènent rarement en entretien ; c'est plutôt quelque chose de très contrôlé, chez eux.

La raison de l'absence de dessin peut être l'inhibition. Le fait de dessiner peut être angoissant pour un enfant anxieux, manquant de confiance en lui, d'assise narcissique. Le dessin peut également être angoissant pour les enfants dont l'imaginaire est inquiétant, confondu avec la réalité. Cela peut être le signe d'une entrée dans la schizophrénie. L'opposition au dessin peut refléter l'absence de confiance en l'adulte, soit quand l'enfant ne veut pas être là, ou quand la relation est vécue comme inquiétante. Le refus du dessin peut être lié à un trouble instrumental, l'enfant ne se sent pas compétent sur ce support en raison de sa maladresse. Le refus de dessiner peut être lié à des commentaires ou jugements négatifs sur ses dessins, en particulier chez les enfants qui présentent un trouble de la vision des couleurs. Certains pédopsychiatres jugent que l'école peut avoir un effet néfaste en imposant le dessin comme un exercice scolaire. Le refus du dessin peut se voir chez des enfants dans l'hyper-intellectualisation ou marquer leur envie d'être plus grands. Il peut s'agir d'un problème d'expression. L'état émotionnel de l'enfant peut être affecté pendant la consultation. Si c'est possible, la question peut être posée à l'enfant.

Un des pédopsychiatres insiste sur le fait que l'absence de dessin n'est pas un signe absolu de pathologie mentale ou de carence des représentations. En tant que signe clinique négatif, cela peut cependant orienter le tableau clinique. L'absence de dessin peut intégrer un tableau dépressif ; un

enfant psychotique peut ne pas vouloir laisser de trace ; cela peut refléter un fonctionnement opératoire. Les enfants atteints de troubles autistiques dessinent peu.

A l'opposé certains enfants dessinent des choses très lisses, auquel cas le dessin ne constitue pas un véritable support à l'expression. Un enfant qui dessine beaucoup peut également être inquiétant. L'arrêt de la production graphique chez un enfant peut aussi être inquiétant. Un pédopsychiatre ajoute qu'avec le développement des écrans, les enfants ont plus de mal à écrire et aiment moins dessiner qu'avant. Le dessin ne doit cependant pas être obligatoire, « il ne faut pas qu'il y ait une tyrannie du dessin ».

9. Autres commentaires

A la fin du questionnaire, les pédopsychiatres ont pu formuler librement des commentaires supplémentaires.

Tout d'abord, certains expliquent qu'ils se sont peu intéressés au dessin pendant l'internat. Ils ont développé cette technique à mesure de leur pratique. D'autres s'y intéressaient particulièrement en raison d'un intérêt personnel pour les arts et la création.

Le dessin est repéré comme un outil important pour beaucoup de pédopsychiatres, notamment dans les groupes thérapeutiques avec les autres média créatifs.

Les pédopsychiatres ont été nombreux à nous dire qu'ils pensaient qu'il fallait rester prudent et ne pas donner d'interprétations symboliques trop rigides et plaquées. Il faut laisser l'enfant faire ses propres associations. Il ne faut pas non plus sacraliser le dessin et chercher à un faire l'outil central de toute consultation.

Certains pédopsychiatres ont expliqué qu'il pouvait être eux-mêmes amenés à dessiner à la demande d'un enfant. Chez des enfants jeunes avec des troubles pré-psychotiques ou des symptômes autistiques, les difficultés de représentation sont importantes, ils ont du mal à accrocher avec la parole. Le fait de figurer des choses peut les aider dans la représentation.

Des pédopsychiatres ont évoqué le dessin à l'école. En maternelle, le dessin du bonhomme est considéré comme une acquisition que l'enfant doit faire et l'école peut exercer une pression.

Le dessin peut être utilisé par les enfants en dehors des soins comme un outil d'auto-apaisement.

Dans le dessin, comme dans le jeu, c'est au pédopsychiatre de retrouver une part de son enfance.

D. Intérêts et limites de l'étude

1. Le type d'étude et le mode de passation

Le remplissage du questionnaire par téléphone permet d'obtenir un meilleur taux de participation que l'envoi par courrier. La durée de la passation est relativement courte, d'une vingtaine de minutes.

Par téléphone, la retranscription des réponses peut faire l'objet d'erreurs et ne permet pas au pédopsychiatre de revenir éventuellement sur une de ses réponses. Les réponses et leur qualité vont dépendre du temps dont dispose le pédopsychiatre et du contexte dans lequel il se trouve.

2. La population de l'étude

Le recensement des médecins libéraux, réalisé à partir de l'annuaire téléphonique a probablement sous-évalué le nombre de psychiatres recevant des enfants en consultation. Le mot clé utilisé pour la recherche était : « pédopsychiatre ». Ce recensement n'était pas possible par l'intermédiaire du Conseil de l'ordre car de nombreux pédopsychiatres s'y enregistrent comme psychiatres.

Plusieurs biais de recrutement sont à évoquer. Les pédopsychiatres ayant travaillé avec l'investigateur principal et les plus jeunes, plus sensibles au travail de thèse se sont probablement portés volontaires plus facilement pour répondre au questionnaire. Deux pédopsychiatres n'ont pas répondu au questionnaire car ils n'utilisaient pas (ou très peu) le dessin dans leur pratique. Il est possible que cette étude ne reflète les pratiques que d'une partie de la population des pédopsychiatres plutôt intéressée par les dessins d'enfants. Ceux moins intéressés ou moins à l'aise avec ce média se sont probablement moins portés volontaires pour répondre à notre questionnaire.

3. Le questionnaire

Les faibles effectifs des différents types d'exercices et tranches d'âges des pédopsychiatres et des enfants les rendent difficilement comparables sur une population aussi faible. Une étude sur une population plus importante permettrait d'avoir pour ces catégories un plus grand nombre d'individus, mais elle nécessiterait des moyens plus importants.

Par ailleurs, plusieurs pédopsychiatres travaillent sur plusieurs structures ; il serait intéressant de distinguer leur pratique dans chaque structure, notamment lorsqu'ils y rencontrent des enfants d'âges différents. Dans ce cas, la passation des questionnaires par téléphone semble peu envisageable car nécessiterait un temps beaucoup plus long. La longueur du questionnaire dans ce cas pourrait en décourager plus d'un. Plutôt qu'un questionnaire portant sur l'ensemble de la pratique des pédopsychiatres, il serait plus judicieux de cibler leur pratique auprès d'une catégorie d'âge, ou de les interroger par exemple sur la façon dont ils utilisent le dessin lors d'une première consultation.

Certaines questions n'étaient pas assez précises. Le terme « enfants » a pu être interprété différemment en fonction des pédopsychiatres : certains ont considéré qu'il s'agissait des enfants avant l'adolescence, pour d'autres, les adolescents étaient compris dans ce terme. Pour les questions concernant l'utilisation du dessin, certains pédopsychiatres différenciaient leur pratique selon le contexte d'une première rencontre, centrée sur l'évaluation et d'une consultation de suivi thérapeutique.

X. CONCLUSION

La trace graphique accompagne l'homme depuis la nuit des temps, mais le dessin chez l'enfant ne semble intéresser les adultes que depuis un siècle. Les auteurs qui ont travaillé sur ce sujet insistent sur l'importance de cet outil dans les consultations de pédopsychiatrie.

Nous avons réalisé une étude sur l'utilisation du dessin par 43 pédopsychiatres de Haute-Garonne. La population interrogée est plus jeune et plus féminine que la population des pédopsychiatres français. La pratique libérale est également plus rare. L'orientation psychodynamique domine et la majorité des pédopsychiatres n'a pas reçu de formation spécifique sur l'utilisation du dessin d'enfant dans la consultation. C'est souvent un intérêt particulier pour les arts et la création ou leur pratique clinique qui les pousse à se documenter sur le sujet. Dans tous les cas, l'expérience auprès des enfants est une source d'expérience et d'apprentissage importante.

Tous les pédopsychiatres interrogés utilisent le dessin et du matériel de dessin est présent dans tous leurs bureaux de consultations. Il s'agit principalement de feuilles blanches et de feutres. D'autres matériels créatifs sont souvent présents.

La proposition de dessiner semble être surtout influencée par l'âge des enfants. C'est principalement entre 3 et 10 ans que le dessin est utilisé. Les jeunes enfants de moins de 3 ans et les adolescents peuvent toutefois s'en saisir. D'après le discours général des pédopsychiatres il semblerait que son utilisation soit particulièrement intéressante chez les enfants en difficultés d'élaboration. Les pédopsychiatres de notre population ont tendance à utiliser le dessin comme outil d'évaluation du développement de l'enfant, de diagnostic, d'évaluation de l'évolution clinique et thérapeutique. Ils insistent sur le fait que son utilisation est indissociable de la consultation et que le dessin ne fait pas à lui seul un diagnostic. L'évaluation que peut donner le dessin n'est pas précise. Une partie des pédopsychiatres propose d'ailleurs des consignes pour la compléter. Les tests utilisant le dessin peuvent être informatifs ; ils ne sont cependant pas pratiqués par les pédopsychiatres, mais par les psychomotriciens et les psychologues avec lesquels ils travaillent. Le dessin a un intérêt thérapeutique pour les pédopsychiatres. Son utilisation, en thérapie individuelle ou dans les groupes thérapeutiques, peut prendre des formes variables aussi nombreuses que le permettent l'imagination des thérapeutes et celle de leurs patients. Les pédopsychiatres insistent sur le fait que le dessin est avant tout un moyen de communication et de médiation. L'utilisation des dessins interactifs est répandue. Les dessins produits en consultation font partie du matériel clinique et à ce titre les pédopsychiatres les conservent autant que possible dans le dossier de leurs patients.

La rencontre avec un enfant qui ne dessine pas interroge les pédopsychiatres. C'est un point d'appel qui suscite une investigation globale. Les pédopsychiatres interrogés insistent sur l'importance du dessin dans la consultation. Ils le considèrent cependant comme un outil parmi d'autres, dont l'enfant peut se saisir ou non.

Il nous semble important que le dessin soit abordé dans la formation des pédopsychiatres. Cependant, il doit l'être au même titre que les autres médias dont disposent les praticiens, en particulier le jeu. Il s'agit surtout d'aviver un intérêt, de proposer quelques bases, que chacun pourra enrichir par son expérience clinique et la coloration de son orientation psychothérapeutique. En effet, l'utilisation du dessin ne semble en aucun cas standardisable ou protocolisable. Les pédopsychiatres doivent pouvoir se montrer créatifs dans l'utilisation de ce média. De très nombreuses sources de connaissance existent sur le sujet : lectures, séminaires, conférences, formations, etc. Les enfants pourraient être à ce sujet une source de connaissance riche, encore faut-il se mettre à leur portée. Quand on s'intéresse aux dessins des enfants, c'est au monde de l'enfance que l'on s'intéresse. Pour communiquer avec l'enfant, le plus important n'est-il pas de retrouver

notre part d'enfance ?

L'image n'est pas seulement présente dans les dessins des enfants, elle l'est tout particulièrement dans notre société occidentale. Sans la production industrielle du papier blanc, les progrès dans les technologies (entre autres, l'invention du feutre) et le développement d'une société de consommation, le dessin n'aurait probablement pas la place qu'il a actuellement dans l'univers enfantin. Mais l'image n'est plus seulement imprimée ou dessinée, elle est aussi virtuelle et animée sur les écrans de télévision et maintenant interactive sur les écrans d'ordinateurs, de téléphones portables et de tablettes tactiles. Lebugle et Josso-Faurite (127) estiment que les productions télévisuelles et multimédias auxquelles sont confrontés les enfants, amènent une confusion entre espaces imaginaire et réel. La distanciation à l'image n'est plus possible. Pour ces auteurs, l'enfant est mis dans une situation passive, où sa créativité n'est plus sollicitée, sa capacité à penser sa relation à soi et au monde est engourdie. Ce nouveau statut des images pose le problème de la distance, de la séparation, du tiers. Le symbolique s'abrase. Les identifications massives et en toute-puissance des jeux vidéos laissent peu de place au travail de représentation, de symbolisation.

Le changement du statut de l'image est une préoccupation actuelle des pédopsychiatres. L'image semble avoir une place centrale dans notre société. Cela n'est pas incompatible, bien au contraire, avec l'importance du graphisme et du dessin dans la vie et la construction de l'enfant. Dans ce contexte, à l'heure où en clinique pédopsychiatrique se développent l'usage de questionnaires, d'échelles d'évaluation, de protocoles de diagnostic et de soin, de médiations basées sur des technologies récentes, d'enregistrements vidéos, le dessin reste un élément important pour aborder le monde interne, la créativité et les capacités d'accès au symbolique de nos jeunes patients.

XI. ANNEXES

ANNEXE 1 : Questionnaire

Le pédopsychiatre :

1. Age, sexe

2. Année d'obtention de la thèse

3. En quelle année avez-vous commencé à travailler en pédopsychiatrie ?

4. Type d'exercice : libéral, hospitalier/sanitaire, médico-social, autre ?

5. Sur quelle(s) structure(s) travaillez-vous ?

6. Quel est l'âge des enfants que vous voyez en consultation ? (âge minimum et âge maximum)

7. Êtes-vous formé à l'une de ces approches ?
    - Psychanalyse/approche psychodynamique : oui / non
    - Thérapie cognitivo-comportementale : oui / non
    - Thérapie systémique : oui / non
    - Autre(s) :

8. Avez-vous reçu une formation concernant l'utilisation du dessin d'enfant en consultation ?

9. Si oui à la question 8, dans quel cadre ? (formation initiale, DU, DESC …)

10. Vous êtes vous documenté sur le sujet ?

11. Si oui à la question 10, de quelle façon vous êtes-vous documenté (lectures …) ?

Le dispositif

12. Dans votre bureau de consultation, avez-vous du matériel pour dessiner ?

13. Si oui à la question 12, quel est ce matériel ?

14. Si oui à la question 12, l'enfant y a t'il un accès direct ou doit-il demander ? La disposition est-elle différente en fonction des enfants ?

15. Si non à la question 12, pourquoi ?

16. Avez-vous un autre type de matériel créatif (pâte à modelé, …) ?

17. Si oui à la question 16, lequel ?

L'utilisation du dispositif :

18. Proposez-vous aux enfants de dessiner :

- systématiquement
- souvent
- parfois
- rarement
- jamais

19. Y a t'il des critères selon lesquels vous proposez aux enfants de dessiner (si oui, précisez les quels) ?

a. âge : oui / non

b. pathologie/symptomatologie : oui / non

20. Utilisez-vous des tests ou échelles d'évaluation utilisant le dessin ?

21. Si oui à la question 10, lesquels :

22. Dans votre pratique, le dessin est un outil :

- d'évaluation du développement de l'enfant : oui / non
- diagnostic : oui / non
- d'évaluation de l'évolution clinique : oui / non
- outil thérapeutique : oui / non
- autre :

23. Proposez-vous des dessins interactifs ? (inspirés par exemple du « Squiggle ») : oui / non

24. Si oui à la question 23, expliquez dans quel cadre :

25. Donnez-vous des consignes pour le dessin (exemples : dessin de la famille, du bonhomme, dessin d'un rêve …) ou au contraire laissez-vous l'enfant dessiner librement ?

26. Commentez-vous le dessin ?

27. Si oui à la question 26, à quel moment ? (pendant la réalisation, après)

28. Si oui à la question 26, quel est le but de vos interventions ?

29. Gardez-vous les dessins ?

30. Que pensez-vous d'un enfant qui ne dessine pas ?

31. Avez-vous d'autres commentaires ?

ANNEXE 2 : Dessins

Figure 34 - Dessin réalisé par un enfant de 10 ans. L'abeille est représentée de profil.

Figure 35 Dessin réalisé par un enfant de 4 ans.

Les personnages dessinés représentent la famille de l'enfant ; de gauche à droite : sa mère, lui-même, son père et ses 2 grands frères. Un ballon est représenté à côté de la famille. La différenciation sexuelle est marquée par les cheveux de la mère. Ce personnage est le plus abouti ; la tête et le corps sont différenciés, il s'agit d'un bonhomme de type additif, filiforme. Au niveau du visage, les yeux et la bouche sont représentés. Le corps est également représentant pour le petit garçon et un de ses frères. Un point, probablement ombilical est dessiné au milieu du corps de l'enfant. Le père et un des frères sont de type « figure-têtard ». Chez le frère, on note une deuxième paire de bras insérée sur les jambes. La structure tête-tronc est en train d'apparaitre, et des bonhommes de stades différents cohabitent sur le même dessin. La figure précédente a été dessinée par un de ses frères. Le choix du thème est influencé par le dessin de son frère. L'abeille et la libellule sont représentées de profil.

Figure 36 Dessin réalisé par un enfant de 4 ans. La figure bleue et verte est un robot ; au milieu il y a des grenades ; les traits horizontaux et parallèles sont des piques.

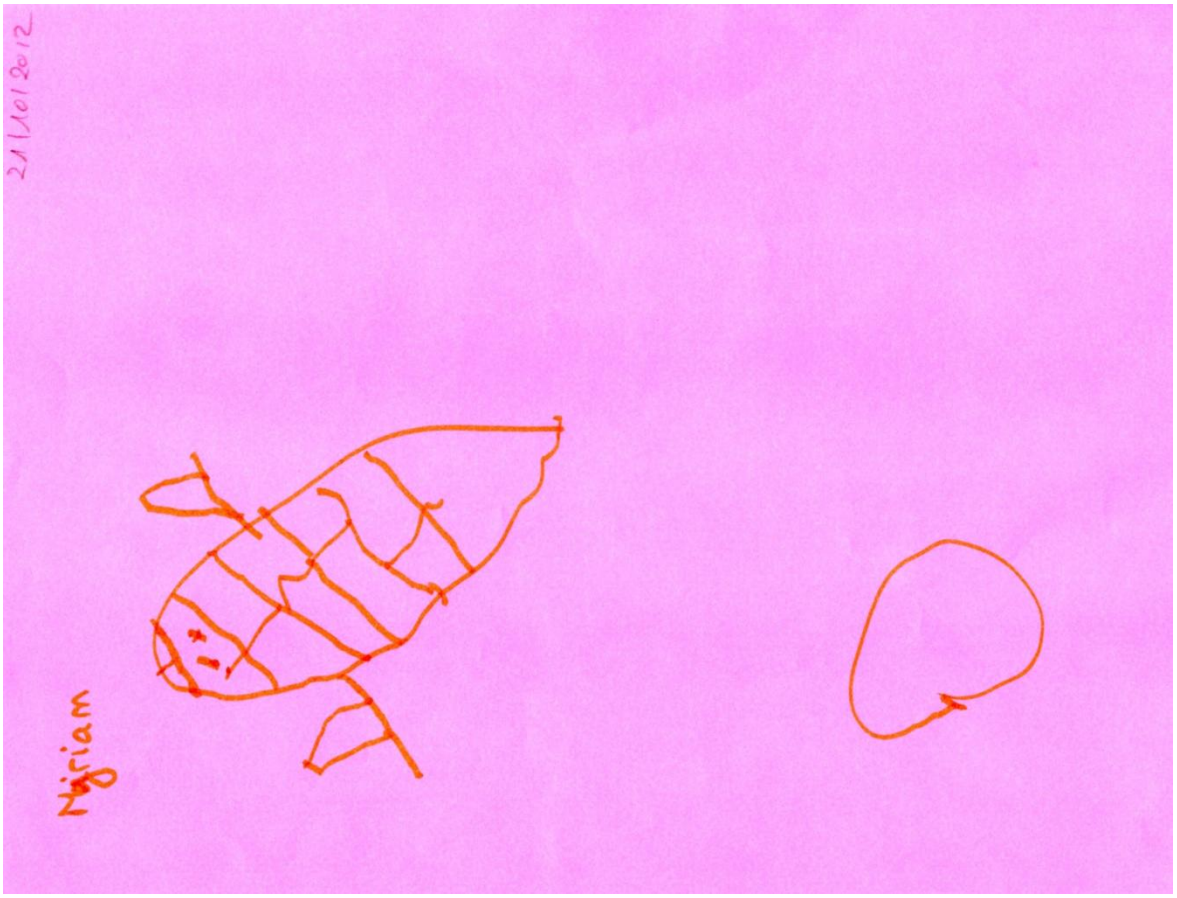

Figure 37. "Une baleine" Myriam, 4 ans et 1 mois. Le thème de ce dessin a été influencé par la visite d'une exposition.

Figure 38 : "cadeaux" Myriam, 4 ans et 3 mois. Le thème est influencé par le contexte (dessin réalisé quelques jours avant Noël.)

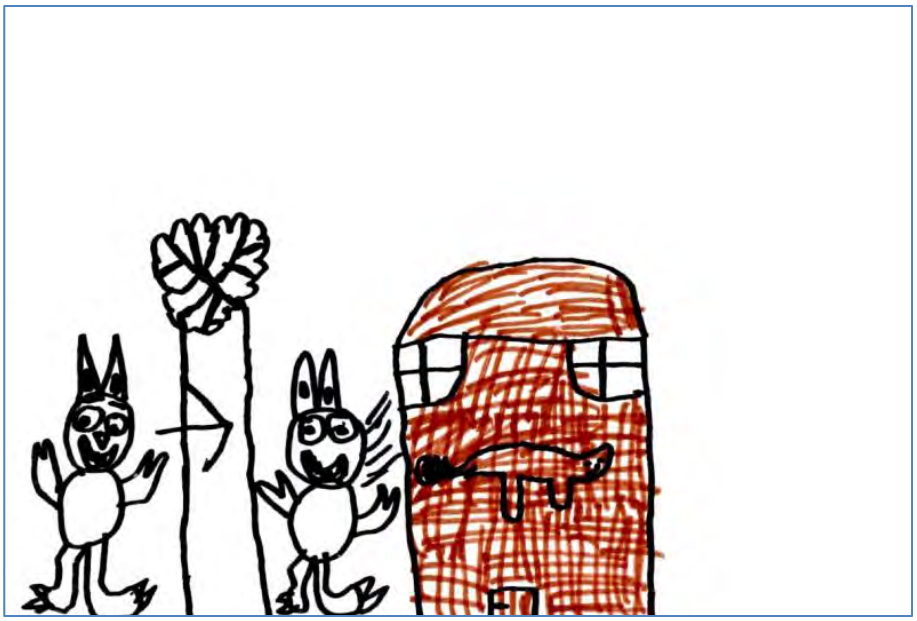

Figure 39 : Procédé de transparence. Figuration de l'action par une flèche.

Figure 40 Espace à 3 bandes et maison en perspective. Garçon de 7 ans, suivi en psychothérapie.

Figure 41 Garçon de 9 ans, vu en consultation dans le contexte de la séparation récente de ses parents. On constate une structure symétrique du dessin. L'espace est de chaque côté représenté en 3 bandes. Dans le ciel, des oiseaux sont représentés selon le procédé du "bourrage". Les voitures sont représentées de profil, les personnages sont de type « conventionnel filiforme ».

Figure 42 Enfant de 9 ans autiste.

Figure 43. Garçon de 6 ans consultant pour énurésie nocturne. Son frère ainé est agressif envers lui et sa mère. Il dessine une maison pleine de tuyaux, au milieu de la mer. Il finit son dessin par les grillages gris. « C'est pour protéger la maison des attaques des requins. »

Figure 44. Dessin-plan réalisé par un enfant autiste en 2 ans, au cours d'une psychothérapie.

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1 Papa et maman. Luce, 6 ans. 23
Figure 2 Luc, 8 ans. 23
Figure 3 Les deux îles reliées par un pont. Luc, 8 ans. 24
Figure 4 Les parents et 2 bébés. Luce, 6 ans. 24
Figure 5 Premier dessin en psychothérapie. Lucas, 9 ans. 26
Figure 6 La fusée de Tintin. Lucas, 9 ans. 26
Figure 7 Atelier bande-dessinée ; consigne : « dessiner un rêve ». M. 10 ans, fille. 31
Figure 8 Représentation schématique des voies visuelles.(21) 33
Figure 9. Lubin 10 mois 37
Figure 10. Lubin, 18 mois. Gribouillages en « giroulis » et quelques pointillages. 38
Figure 11. Lubin 15 mois – Gribouillages en va-et-vient et pointillage 38
Figure 12. Myriam, 3 ans et 6 mois. Sur la droite : figure contenante et rayonnante représentant un hérisson. 40
Figure 13. Bonhomme énuméré. Enfant de 3 ans et 4 mois 56
Figure 14. Bonhomme-têtard. Enfant de 3 ans et 9 mois. 56
Figure 15 : Myriam, 4 ans et 3 mois. Bonhomme de type "intermédiaire". 57
Figure 16 Bonhomme de type « conventionnel additif tube ». Fille, 5 ans. 58
Figure 17 Bonhomme conventionnel filiforme 58
Figure 18 Bonhomme de type « contour » 58
Figure 19. Organisation de la structure tête-corps par assemblage de formes tangentes. Le cou est représenté entre la tête et le corps. 4 ans, 2 mois. 59
Figure 20. Organisation de la structure tête-corps par assemblage de formes sécantes. Enfant de 4 ans, 3 mois. 59
Figure 21 Bonhomme de type « corps séparé ». Enfant de 4 ans et 3 mois 60
Figure 22. Organisation de la structure tête-corps : forme rapportée. Enfant de 4 ans et 3 mois. 61
Figure 23. Bonhomme représenté avec un sexe. Enfant de 4 ans, 2 mois. 62
Figure 24 Maison anthropomorphe. Fille, 5 ans et 8 mois. 64
Figure 25 Plusieurs maisons de type "maison-Dieu". Garçon, 7 ans. 64
Figure 26 Petits poneys dessinés de profil. Fille, 5 ans. 65
Figure 27 Evolution des thèmes de la maison, du bonhomme et de l'animal selon Greig, in Greig, 2000(9). 66
Figure 28 Paysage à 3 bandes. Fille, 5 ans et 3 mois. 67
Figure 29 Maison représentée en perspective par un enfant de 8 ans, de jour. 68
Figure 30 Maison représentée en perspective par un enfant de 8 ans, de nuit. Dessiné au verso de la figure précédente. 68
Figure 31 Evolution des relations de l'arbre avec l'espace d'après les trois caractéristiques de Muschoot et Demeyer in Greig, 2000 (9). 69
Figure 32 Bonhomme ouvert : représentation d'une princesse avec une robe. Fille de 5 ans 114
Figure 33 Bonhomme ouvert. Fille, 3 ans et 8 mois. 114
Figure 34 - Dessin réalisé par un enfant de 10 ans. L'abeille est représentée de profil. 170
Figure 35 Dessin réalisé par un enfant de 4 ans. 170
Figure 36 Dessin réalisé par un enfant de 4 ans. La figure bleue et verte est un robot ; au milieu il y a des grenades ; les traits horizontaux et parallèles sont des piques. 171
Figure 37. "Une baleine" Myriam, 4 ans et 1 mois. Le thème de ce dessin a été influencé par la visite d'une exposition. 171
Figure 38 : "cadeaux" Myriam, 4 ans et 3 mois. Le thème est influencé par le contexte (dessin réalisé quelques jours avant Noël.) 172
Figure 39 : Procédé de transparence. Figuration de l'action par une flèche. 172

Figure 40 Espace à 3 bandes et maison en perspective. Garçon de 7 ans, suivi en psychothérapie. 173
Figure 41 Garçon de 9 ans, vu en consultation dans le contexte de la séparation récente de ses parents. On constate une structure symétrique du dessin. L'espace est de chaque côté représenté en 3 bandes. Dans le ciel, des oiseaux sont représentés selon le procédé du "bourrage". Les voitures sont représentées de profil, les personnages sont de type « conventionnel filiforme ». 173
Figure 42 Enfant de 9 ans autiste. 174
Figure 43. Garçon de 6 ans consultant pour énurésie nocturne. Son frère ainé est agressif envers lui et sa mère. Il dessine une maison pleine de tuyaux, au milieu de la mer. Il finit son dessin par les grillages gris. « C'est pour protéger la maison des attaques des requins. »..... 174
Figure 44. Dessin-plan réalisé par un enfant autiste en 2 ans, au cours d'une psychothérapie. 175

XII. BIBLIOGRAPHIE

1. **Baldy, R.** *Dessine-moi un bonhomme. Dessins d'enfants et développement cognitif.* 2e édition. Paris : In press, 2008. p. 247.

2. **Royer, J.** *Que nous disent les dessins d'enfants ?* 2e édition. Revigny-sur-Ornain : Hommes et Perspectives, 2005. p. 316.

3. **Widlöcher, Daniel.** *L'interprétation des dessins d'enfants.* 15e édition. Sprimont : Mardaga, 2002. p. 176.

4. *Expression artistique et médiation thérapeutique.* **Chemama-Steiner, B.** 161, 2003, Annales Médico Psychologiques, pp. 87-92.

5. **Wallon, P.** *Le dessin d'enfant.* 5e édition. Paris : PUF, 2012.

6. **Goodenough, F.** *L'intelligence d'après le dessin.* Paris : PUF, 1956.

7. **Luquet, G. H.** *Le dessin enfantin.* 4e édition. Paris : Delachaux & Niestlé, 1984. p. 211.

8. **Minkowska, F.** *De Van Gogh et Seurat aux dessins d'enfant.* Paris : Presse du temps présent, 1949.

9. **Greig, P.** *L'enfant et son dessin. Naissance de l'art et de l'écriture.* Ramonville Saint-Agne : Erès, 2000. p. 301.

10. **Freud, S.** *Cinq psychanalyses.* Paris : Delanöel & Steele, 1935.

11. **Morgenstern, S.** Un Cas de Mutisme Psychogène. [éd.] G. Doin et Cie. *Revue Française de Psychanalyse.* 1927, 3, pp. 492-504.

12. **Klein, M.** *Psychanalyse d'un enfant.* Paris : Tchou, 1973 (1961).

13. **Winnicott, D. W.** *Jeu et Réalité.* [trad.] C. Monod et J.-B. Pontalis. Paris : Folio, 1975.

14. **Dolto, F.** *L'image inconsciente du corps.* Paris : Editions du Seuil, 1984.

15. **Marcelli, D.** *Enfance et psychopathologie.* 8e édition. Paris : Masson, 2009. p. 715 p. .

16. **Prudhommeau, M.** *Le dessin de l'enfant.* 2e édition. Paris : Presses Universitaires de France, 1951. p. 185.

17. **Vinay, A.** *Le dessin dans l'examen psychologique de l'enfant et de l'adolescent.* Paris : Dunod, 2007. p. 121.

18. **Jerret, M. D.** Children and their pain experience. *Children's health care.* 1985, 14, pp. 83-89.

19. **Angström-Brännström, C., Norberg, A. et Jansson, L.** Narratives of children with illness about being comforted. *International Pediatric Nursing.* 2008, pp. 310-316.

20. **Freeman, N. H.** Motricité de dessin et motricité d'écriture. [éd.] P.U.F. *Enfance.* 2005, Vol. 57, pp. 5-10.

21. **Collège des ophtalmologistes universitaires de France.** *Polycopié national du collège des ophtalmologistes universitaires de France.* 2006-2007.

22. **Bellaiche, M., et al.** *Pédiatrie.* Paris : Editions Vernazobres-Grego, 2006.

23. **Naville, P.** Note sur les origines de la fonction graphique – De la tache au trait. *Enfance.* Octobre 1950.

24. **Sternis, C.** Stades graphiques, stades de la représentation du personnage chez l'enfant et différences filles/garçons. [auteur du livre] C. Marcilhacy. *Le dessin et l'écriture dans l'acte clinique.* Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2011, p. 232.

25. **De Meredieu, F.** *Le dessin d'enfant.* 2e édition. Paris : Jean-Pierre Delarge éditions universitaires, 1974. p. 164.

26. **Wallon, H.** Préambule. *Enfance.* Octobre 1950.

27. **Yamagata, K.** A study of scribbles on pictures books by 1- and 2-yeard-old children. *Japonese Journal of Educational Psychology.* 1991, pp. 102-110.

28. **Lurçat, L.** *Le graphisme à l'école maternelle.* nouvelle édition. Paris : François-Xavier de Guibert, 2011. p. 149.

29. **Piaget, J.** *La formation du symbole chez l'enfant.* Neuchâtel : Delachaux & Niestlé, 1945.

30. **Doise-Fresard, M.-D.** Etude génétique de la représentation de l'éloignement. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence.* 1985, 4-5, pp. 179-182.

31. **Muschoot, F. et Demeyer, W.** *Test du dessin d'un arbre.* Bruxelles : Editest, 1974.

32. *Aspects cognitifs des comportements créatifs.* **Granier, F.** Paris : s.n., 2012. Communications Congrès Encéphale 18 au 20 janvier 2012.

33. **Merleau Ponty, M.** Bulletin du groupe d'études de psychologie de l'Université de Paris. 16 mai 1950, 9, p. 6.

34. **Meili.** Les perceptions des enfants et la psychologie de la Gestalt. *Archives françaises de psychologie.* 1931-1932.

35. **Passeron, R.** *L'oeuvre picturale et les fonctions de l'apparence.* s.l. : Vrin, 1950.

36. **Wallon, P. et Lang, K.** Dessin du bonhomme et schéma corporel. *Psychologie médicale.* 1989, 21, pp. 647-642.

37. **Bard, C. et Hay, L.** Etude ontogénétique de la coordination visuo-manuelle. *Revue canadienne de psychologie.* Septembre 1983, Vol. 37 (3), pp. 390-413.

38. **Laszlo, J.I. et Broderick, P.** The size illusion : visual and kinaesthetic information in size perception. *Perception.* 1985, Vol. 14 (3), pp. 285-291.

39. **Van Sommers, P.** *Drawing and Cognition.* Cambridge : Cambridge University Press, 1984.

40. **Gesell, A. et Almes, J.** The development of directionnality in drawings. *J. of Genetic Psychology.* 1946, 68, pp. 45-61.

41. **Blau, T.** Torque and schizophrenic vulnerability. *American psychologist.* 1977, pp. 997-1005.

42. **Bernbaum, M.** *Acuracy in children's copying : the role of different stroke sequences and school experience. Ph. D. Dissertation.* s.l. : Georges Washington Univ., 1974.

43. **Servais, H.** Etude séquentielle de la représentation de l'être humain chez les jeunes filles de sept, dix, treize et seize ans. [Mémoire de licence en psychologie]. Bruxelles, ULB : s.n., 1969.

44. **Goodnow, J. J. et Friedman, S.** Orientation in children's human figure drawings : an aspect of graphic langage. *Developmental Psychology.* 1972, 254, pp. 416-417.

45. **Wallon, P. et Jobert, M.** Analyse automatisée du dessin d'enfant en difficulté psychologique. Une approche exploratoire. *Prisme.* 1991, 2, pp. 202-215.

46. **Wallon, P.** *Dynamique du dessin de personnage et difficultés psychologiques chez l'enfant*

de scolarité primaire. s.l. : Prisme, 1994.

47. **Cox, M.V.** *Children's drawing of the human figure.* Hove (UK) : Lawrence Erlbaum Associates, publishers, 1993.

48. **Brauner, A. et Brauner, F.** *J'ai dessiné la guerre. Le dessin de l'enfant dans la guerre.* Paris : Expansion Scientifique Française, 1991.

49. **Ségers, J.E. et Liègeois, M.** Evolution du dessin du « bonhomme » chez des enfants de 3 à 5 ans. *Revue Belge de Psychologie et de Pédagogie.* 1976, 153, pp. 1-26.

50. **Wallon, H.** *Les origines de la pensée chez l'enfant.* Paris : PUF, 1945.

51. **Abraham, A.** Quelques réflexions sur la fidélité dans le test de Machover. *Bulletin de Psychologie.* 1972, 4, pp. 695-699.

52. **Dolto, F.** *Séminaire de psychanalyse des enfants.* Paris : Le seuil, 1982.

53. **Wallon, P.** *Le dessin spontané d'animaux chez l'enfant.* Bruxelle : Editest, 1987.

54. **Fernandez, L.** *Le test de l'arbre. Un dessin pour comprendre et interpréter.* Paris : In Press Editions, 2005.

55. **Piaget, J. et Inhelder, B.** *La représentation de l'espace chez l'enfant.* Paris : PUF, 1947.

56. **Rioux, G.** *Dessin et structure mentale – Contribution à l'étude psycho-sociale des milieux nord-africains.* Paris : PUf, 1951.

57. **de Saussure, F.** *Cours de linguistique générale.* s.l. : Payot, 1960.

58. **Barbey, L.** Perspectives métapsychologiques sur le dessin transférentiel de l'enfant. [auteur du livre] A. Anzieu, et al. *Le travail du dessin en psychothérapie de l'enfant.* s.l. : DUNOD, 2002, p. 230.

59. **Du Pasquier-Grall, M.-A.** L'écriture : une inscription qui noue le langage au corps. [auteur du livre] C. Marcilhacy. *Le dessin et l'écriture dans l'acte clinique. De la trace au code.* Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2011, pp. 115-126.

60. **Larousse.** Dessin. *Larousse.* [En ligne] http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/dessin/24654.

61. —. Dessiner. *Larousse.* [En ligne] http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/dessiner/24657.

62. **Gaffiot, F.** *Dictionnaire Latin Français.* Paris : Hachette, 1934.

63. **Anzieu, D.** *Le corps de l'oeuvre.* Mayenne : Gallimard, 1981.

64. **Winnicott, D. W.** Objets transitionnels et phénomènes transitionnels. [trad.] C. Monod et J.-B. Pontalis. *Jeu et réalité.* s.l. : Folio, 1975, pp. 27-64.

65. —. Jouer. Proposition théorique. [trad.] C. Monod et J.-B. Pontalis. *Jeu et réalité.* s.l. : Folio, 1975, pp. 84-107.

66. —. Jouer. L'activité créative et la quête du soi. [trad.] C. Monod et J.-B. Pontalis. *Jeu et réalité.* s.l. : Folio, 1975, pp. 108-126.

67. —. La créativité et ses origines. [trad.] C. Monod et J.-B. Pontalis. *Jeu et réalité.* s.l. : Folio, 1975, pp. 127-161.

68. **Boyer-Labrouche, A.** *Manuel d'art-thérapie.* . 2ème édition (1ère édition Privat, Toulouse. 1992). Paris : Dunod, 2000.

69. **Anzieu, A.** [auteur du livre] A. Anzieu, et al. *Le travail du dessin en psychothérapie de*

l'enfant. Paris : Dunod, 2002, p. 230.

70. **Tisseron, S.** Traces-contact, traces-mouvement et schèmes originaires de pensée. [auteur du livre] S. Decobert et F. Sacco. *Le dessin dans le travail psychanalytique avec l'enfant.* Paris : Erès, 1995, p. 217.

71. **Anzieu, D.** *Le moi-peau.* Paris : Dunod, 1985.

72. **Haag, G.** La constitution du fond dans l'expression plastique en psychanalyse. [auteur du livre] S. Decobert et F. Sacco. *Le dessin dans le travail psychanalytique avec l'enfant.* Paris : Erès, 1995, p. 217.

73. **Bick, E.** The experience of the skin in early object-relations. *International Journal of Psychoanalysis.* 1968, 49, pp. 484-486.

74. **Anzieu, D.** Les signifiants formels et le moi-peau. *Les enveloppes psychiques.* Paris : Dunod, 1987, pp. 1-22.

75. **Meltzer, D.** *Studies in extended metapsychology.* s.l. : Clunie Press, 1986.

76. **Kaës, R.** Introduction à l'analyse transitionnelle. [auteur du livre] R Kaës et coll. *Rupture et dépassement.* Paris : Dunod, 1979.

77. **Reignier, S.** L'enfant, le dessin et le transfert. [auteur du livre] C. Marcilhacy. *Le dessin et l'écriture dans l'acte clinique. De la trace au code.* Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2011, pp. 49-63.

78. **Winnicott, D.W.** *De la pédiatrie à la psychanalyse.* Paris : PBP, 1969.

79. **Tisseron, S.** Préface. [auteur du livre] C. Marcilhacy. *Le dessin et l'écriture dans l'acte clinique - De la trace au code.* Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2011.

80. **Sternis, C.** Mouvement/trace/dessin : le sillon de la symbolisation. [auteur du livre] C. Marcilhacy. *Le dessin et l'écriture dans l'acte clinique. De la trace au code.* Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2011, pp. 32-48.

81. **Winnicott, D.W.** *L'enfant et sa famille.* Paris : Payot, 1971.

82. **Daymas, S.** [auteur du livre] A. Anzieu, et al. *Le travail du dessin en psychothérapie de l'enfant.* Paris : Dunod, 2002.

83. **Bossière, M.-C.** Dessin d'enfant et pédopsychiatrie de liaison. [auteur du livre] C. Marcilhacy. *Le dessin et l'écriture dans l'acte clinique.* Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2011, pp. 80-95.

84. **Meynaud, M.** Un jeu de dessin et d'histoire. Une adaptation du squiggle. [auteur du livre] C. Marcilhacy. *Le dessin et l'écriture dans l'acte clinique. De la trace au code.* Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2011, pp. 64-79.

85. **Winnicott, D. W.** L'interrelation. *Jeu et réalité.* s.l. : Folio, 1975, pp. 215-246.

86. **Giraud, F.** L'approche transculturelle des dessins d'enfant : quelques considérations de méthode. [auteur du livre] C. Marcilhacy. *Le dessin et l'écriture dans l'acte clinique. De la trace au code.* Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2011, pp. 96-111.

87. **Devereux, G.** Culture et inconscient (1955). *Ethnopsychanalyse complémentariste.* Paris : Flammarion, 1985.

88. —. Normal et anormal (1956). *Essais d'ethnopsychiatrie générale.* Paris : Gallimard, 1977, pp. 1-83.

89. **Debienne, M.-C.** *Le dessin chez l'enfant.* Paris : PUF, 1973.

90. **Stora, R.** Le dessin de l'arbre. *Bulletin de psychologie.* 30 novembre 1963, 225, pp. 253-265.

91. **Rouma, G.** *Le langage graphique de l'enfant.* Bruxelles : s.n., 1912.

92. **Cromer, R. F.** Hierarchical planning disability in the drawings and constructions of a special group of severely aphasic children. *Brain and Cognition.* 1983, Vol. 2, 2, pp. 144-164.

93. **Paine, P., Alves, E. et Turbino, P.** Size of human figure drawing and Goodenough-Harris Scores of pediatric oncology patients : a pilot study. *Perceptual and Motor Skills.* 1965, 60, pp. 911-914.

94. **Graves, S. L.** Children's drawings as predictor of prognosis in cancer. *Dissertation Abstract International.* 1983, 44, p. 737.

95. **Lucio del Raggi, E., Huazo, V. et Maria, C.** Imagen corporal en el nino uremico. *Salud Menta.* 1984, 7, pp. 9-14.

96. **Campbell, W. A.** Psychometric testing with the human figure drawing in chronic cystisis. *J. of Urology.* 1970, 104, p. 6.

97. **Leonhart, M. D., Rothberg, P. M. et Seiden, D.** Art work in cystic fibrosis patients. *Arts Therapy.* 1984, Vol. 1, 2, pp. 68-74.

98. **Nathan, S.** Body image in chronically obese children as reflected in figure drawings. *School Psychology Digest.* 1976, Vol. 5, 2, pp. 13-17.

99. **Cotte, S., Roux, G. et Aureille, M.A.** *Utilisation du dessin comme test psychologique chez les enfants.* s.l. : Comité de l'Enfance déficience, 1951.

100. **Michaux, L., Gallot-Saulnier et Horinson, S.** Les routes dans les dessins des instables. *Revue de Neuropsychiatrie infantile.* Juillet-aoùt 1957, 7-8.

101. **Selfe, L.** *Nadia, a case of extraordinary drawing ability in an autistic child.* London : Academic Press, 1977.

102. **Royer, J.** Dessin et abus sexuel. *Le journal des professionnels de l'enfance.* septembre-octobre 2001, 13, pp. 60-63.

103. **Alschuler, R. H. et Weiss Hattwick, B.** *Painting and personnality.* Chicago : University of Chicago Press, 1947. Vol. 2.

104. **Aubin, H.** *Le dessin de l'enfant inadapté.* Toulouse : Privat, 1970.

105. **Machover, K.** *Personnality Projection in the Drawing of the Human Figure.* Springfield : C. Thomas, 1949.

106. **Crotti, E. et Magni, A.** Dessins et couleurs : des outils à mieux exploiter. *Le Journal des Professionnels de l'Enfance.* 2001, 13, pp. 53-54.

107. **Bosse Demirdjian, F.** La graphomotricité : tonus, traces, expression gestuelle graphiques. [auteur du livre] C. Marcilhacy. *Le dessin et l'écriture dans l'acte clinique. De la trace au code.* Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2011.

108. **Santucci, H. et Pêcheux, M.-G.** *Epreuve d'organisation grapho-perceptive : pour enfants de 6 à 14 ans (d'après le test de L. Bender).* Paris : Editions Delachaux et Niestlé, 1968. p. 116.

109. **Bender, L.** A visual motor gestalt test and its clinical use. Resch. Monogr. *Amer. Orthopsychiat. Ass.* 1938, 3.

110. **Heuyer, G., Lebovici, S. et Angoulvent, N.** Le test de Lauretta Bender. *Enfance.* Septembre-Octobre 1949, 4, pp. 289-305.

111. **Auzias, M.** Une épreuve de latéralité usuelle et rapports entre latéralité usuelle et latéralité graphique chez l'enfant de 5 à 11 ans. *Rev. Psychol. Appliquée.* 1975, 25, pp. 213-252.

112. **Goodenough, F.** *L'intelligence d'après le dessin, le test du bonhomme.* Paris : Presses Universitaires de France, 1926.

113. **Harris, D. B.** *Children's drawing as measure of intellectual maturity.* New York : Harcourt, Brace & World, 1963.

114. **Osterrieth, P. et Cambier, A.** *Les deux personnages.* Bruxelle-Paris : Editest, Puf, 1976.

115. **Rey, A.** *Test de copie d'une figure complexe de A. Rey.* Paris : Les éditions du centre de psychologie appliquée, 1959. p. 24.

116. **Corman, L.** *Le test du dessin de famille dans la pratique médico-pédagogique.* Paris : PUF, 1964.

117. **Meurisse, R.** Le test du gribouillage. *Conn. de l'Homme.* 1956, pp. 18-45.

118. *L'affinité entre le test de la maison et le test du bonhomme sur le plan ethnique de la typologie constitutionnelle et de la psychopathologie.* **Minkowska, F., Fusswerk et Horinson.** Niort : s.n., 1947. Congrès des médecins et aliénistes de langue française.

119. *Le test de la maison chez les enfants appartenant aux différents groupes ethniques.* **Minkowska, F.** Marseille : s.n., 1948. Congrès des médecins et aliénistes de langue française.

120. **Porot, H.** Le dessin de la famille. *Revue de psychologie appliquée.* 1965, pp. 179-192.

121. **Cain et Gomilla.** Le dessin de la famille chez l'enfant. Critères de classification. *Annales Méd. Psychol.* 1953, 4, pp. 502-506.

122. **Koppitz, E. M.** *Psychological Evaluation of Children's Human Figure Drawings.* New York : Grune & Stratton, 1968.

123. **Koch, K.** *Le test de l'arbre. Le diagnostic psychologique par le test de l'arbre.* Pars, Lyon : trad. franç. (Vitte), 1958.

124. **Buck, J.** The HTP Test. *Journal of Clinical Psychology.* 1948.

125. **Mira y Lopez.** Etude sur la validité du test psychodiagnostique myokinétique. *Année psychologique.* 1950, p. 575.

126. **Le breton-Lerouvillois, G.** *Atlas de démographie médicale en France. Situation au 1er Janvier 2012.* [éd.] Conseil National de l'Ordre des Médecins. Vol. Tome II.

127. **Lebugle, G. et Josso-Faurite, C.** Quand Calvin et Hobbes bousculent les enfants « dysharmoniques » . [auteur du livre] Marcilhacy. *Le dessin et l'écriture dans l'acte clinique. De la trace au code.* Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2011.

SCETBON Aurélia 2013 TOU3 1502

LE DESSIN D'ENFANT : ETUDE DE SON UTILISATION PAR 43 PEDOPSYCHIATRES DE HAUTE-GARONNE

RESUME EN FRANÇAIS :

Le dessin fait parti des activités des enfants. C'est un outil important de la consultation de pédopsychiatrie. Nous proposons une étude descriptive de l'utilisation du dessin par les pédopsychiatres de Haute-Garonne.

Il apparait que la formation sur le sujet se fait principalement après l'internat. Le dessin semble être un outil largement utilisé. L'âge des patients semble être le facteur qui influence le plus les modalités d'utilisation du dessin. Il semble intéressant dans plusieurs dimensions du soin : l'évaluation, le traitement et le suivi. Qu'il soit interactif, libre ou sur consigne, il fait parti des outils que les pédopsychiatres utilisent. Le dessin réalisé pendant la consultation est considéré par les pédopsychiatres comme une pièce du dossier médical.

Cette étude visait à décrire de manière globale les pratiques. Elle pourrait être complétée par une étude abordant des aspects plus spécifiques de l'utilisation du dessin. Une étude multicentrique pourrait en particulier mettre en évidence des différences de pratique en fonction de la formation théorique des pédopsychiatres.

TITRE EN ANGLAIS : Child's drawing : study on the use by 43 child psychiatrists of Haute-Garonne.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

MOTS-CLES : dessin, pédopsychiatrie, psychanalyse, création, médiations, graphomotricité, développement.

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier

Faculté de médecine Toulouse-Purpan, 35 Allées Jules Guesde BP 7202 31073 Toulouse Cedex 7

Directeur de thèse : Bernard BENSIDOUN