

UNIVERSITÉ DE SHERBOOKE

THÈSE PAR ARTICLES
PRÉSENTÉE À LA FACULTÉ
DES LETTRES ET SCIENCES HUMAINES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D.Ps.)

PAR
© VINCENT DOMON-ARCHAMBAULT

ÉLABORATION ET ÉTUDE PRÉLIMINAIRE D'EFFICACITÉ D'UN
GUIDE D'INTERVENTIONS AXÉES SUR LA MENTALISATION
POUR LES JEUNES HÉBERGÉS EN CENTRE JEUNESSE

AOÛT 2014

Sommaire

Cette étude propose d'utiliser la notion de mentalisation, soit la capacité qu'a un individu de percevoir et d'interpréter ses comportements et ceux d'autrui en fonction d'états mentaux (Allen & Fonagy, 2006), pour comprendre les difficultés que présentent les enfants hébergés en centre jeunesse et guider les interventions des éducateurs œuvrant auprès d'eux. De récents travaux documentent les liens existant entre les lacunes au sein de la capacité de mentalisation du parent et les traumatismes perpétrés dans la relation d'attachement avec son enfant (Allen, 2013; Slade, 2005; Slade, Grienenberger, Bernbach, Levy, & Locker, 2005). Ces traumatismes engendrent un développement altéré de la capacité de mentalisation chez l'enfant, lequel se lie à une autorégulation socioaffective déficitaire, marquée par l'agir et l'agressivité. Ces travaux suggèrent également qu'une intervention stimulant la reprise du développement de la capacité de mentalisation peut se traduire par une amélioration corollaire des mécanismes d'autorégulation, lesquels seraient alors opérés par la pensée plutôt que par l'agir (Gergely, 2003). En s'appuyant sur ces notions, un manuel d'interventions axées sur la notion de mentalisation destiné aux intervenants des centres jeunesse a été élaboré (Domon-Archambault & Terradas, 2012). Ce guide a été utilisé pour mener la formation des intervenants d'un centre jeunesse œuvrant auprès d'une clientèle d'enfants âgés de 6 à 12 ans. Le processus de théorisation et d'élaboration du manuel est décrit dans un premier article. Puis, l'évaluation préliminaire de l'efficacité de la formation s'appuyant sur ce manuel est abordée dans un deuxième article. Cette évaluation compare des mesures de la mentalisation prises chez les intervenants avant et après la formation. L'évaluation comprend également la

comparaison des mesures, prises avant et après la formation, des difficultés émotionnelles et comportementales manifestées par les enfants vivant dans les milieux d'hébergement des centres jeunesse dans lesquelles ces intervenants travaillent. Bien que les résultats ne démontrent pas d'effet statistiquement significatif de la formation sur la capacité de mentalisation des éducateurs ciblés par celle-ci, les analyses statistiques effectuées attestent d'une réduction significative des symptômes dépressifs, des problèmes sociaux, de la somatisation, des troubles attentionnels de même que des troubles intériorisés totaux, suite à la formation, chez les enfants auprès desquels les éducateurs interviennent. Ces résultats confirment la possibilité d'adapter la compréhension et les interventions axées sur la mentalisation, étudiées par plusieurs auteurs chez une population adulte, aux enfants hébergés en centre jeunesse. Malgré les limites inhérentes à la nature exploratoire de l'étude, la réponse positive des intervenants suite à la formation de même que les impacts de celle-ci sur les difficultés comportementales et émotionnelles des enfants laissent croire qu'un tel projet serait pertinent à implanter et à évaluer de façon plus poussée en centre jeunesse.

Mots-clés : mentalisation, intervention, centre jeunesse, trauma, agressivité, éducateurs, enfants

Table des matières

Remerciements.....	i
Avant-propos.....	1
Premier article – Les interventions fondées sur la notion de mentalisation auprès des enfants hébergés	10
Introduction au deuxième article.....	68
Deuxième article – Efficacité d’une formation fondée sur la notion de mentalisation auprès des intervenants en centre jeunesse : étude pilote.....	72
Conclusion.....	116
Références.....	122
Appendice A – Guide de formation aux interventions axées sur la mentalisation pour les intervenants du centre jeunesse.....	127
Appendice B – Version française de l’Empathy Quotient.....	194
Appendice C – Canevas d’entrevue inspiré de l’Entrevue sur le développement du parent.....	200
Appendice D - Liste de vérification du comportement des jeunes de 6 à 18 ans....	206

Remerciements

Je tiens d'abord à remercier mon directeur de thèse, monsieur Miguel M. Terradas, d'avoir contribué de moult façons à m'offrir les conditions optimales à la réalisation de ce projet. Par sa rigueur intellectuelle, son humour, sa passion, son professionnalisme et sa grande générosité, monsieur Terradas m'a permis de développer à la fois mes aptitudes en recherche et en intervention.

Je remercie ma famille pour son soutien inconditionnel face à mes projets et mes aspirations. Je suis reconnaissant envers monsieur Charbel Dammous, ami d'enfance, pour son intérêt authentique envers mon projet et sa capacité impressionnante à me changer les idées lors des moments ardu. Je remercie monsieur Christian Savard, ami et ancien superviseur au CLSC Samuel-de-Champlain, pour son influence indéniable dans ma façon de penser l'intervention et la recherche en psychologie. Je tiens à remercier mes collègues et amis du doctorat sans qui mon cheminement n'aurait certes été aussi agréable. Je dédie ce travail à tous les jeunes du centre jeunesse que j'ai côtoyés pendant les six dernières années et qui m'ont profondément marqué et inspiré.

Je remercie le Centre jeunesse de Laval (CJL), et plus spécialement madame Geneviève Barlow, d'avoir accueilli ce projet et mis en place les conditions nécessaires à sa réalisation. Je remercie Julie Achim, Claud Bisailon, Guylaine Lehoux et Daniel Breton pour leur révision du manuel de formation. Je remercie madame Maude De Carufel

Tougas pour la transcription des entrevues et monsieur Julien Leroux pour son aide dans la cotation du matériel.

Enfin, je remercie tout spécialement les éducateurs et le chef de service du CJL qui ont accepté de prendre part à l'étude et de partager généreusement leur vécu et leurs réflexions. Sans eux, ce projet n'aurait pu voir le jour.

Avant-propos

Cette thèse est constituée de deux articles portant sur le lien existant entre les lacunes sur le plan de la capacité de mentalisation (CM) et le développement de mécanismes d'autorégulation caractérisés par l'agir et l'agressivité chez les enfants hébergés en centre jeunesse. Ce faisant, ces articles proposent également une façon d'intégrer les interventions fondées sur la notion de mentalisation dans ce milieu afin de diminuer l'agir et l'agressivité au profit de la régulation par la pensée réflexive chez les enfants.

Pour l'année 2012-2013, près de 2800 jeunes ont été accueillis dans un foyer de groupe ou un centre de réadaptation suite à une prise en charge par les services de protection de la jeunesse (Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse/directeurs provinciaux, 2013). Que ce soit en raison de négligence, d'abus physique, de mauvais traitements psychologiques, de troubles de comportement sérieux de l'enfant, d'abus sexuel ou d'abandon, les situations sous-tendant ces placements ont un impact négatif important sur le développement des enfants qui en sont victimes. L'hyperactivité, l'agressivité, les problèmes de comportement, les troubles de personnalité en émergence, l'anxiété, la dépression, les comportements suicidaires, l'automutilation, les difficultés sociales, les problèmes de langage ainsi que les difficultés académiques sont des manifestations pouvant caractériser le fonctionnement au quotidien de ces jeunes (Allen, 2001; Frederico, Jackson, & Black, 2008).

Les éducateurs des centres jeunesse sont donc appelés à intervenir auprès d'une clientèle dont les symptômes s'approchent de ceux d'une population clinique (Fernandez, 2008; Lawrence, Carlson, & Egeland, 2006; Simmel, 2007; Stein, Evans, Mazumdar, & Rae-Grant, 1996). Les mesures de placement, la formation de nouveaux liens affectifs, la cohabitation avec d'autres jeunes en difficulté, les règles du milieu de vie, les défis des apprentissages scolaires et les contacts avec les parents à qui la garde a été retirée sont autant de sources de stress supplémentaires pour ces jeunes dont les capacités d'adaptation sont d'emblée diminuées. L'intervention en centre jeunesse s'avère conséquemment complexe et exigeante. Une particularité de cette population est sa forte propension à afficher des comportements agressifs et impulsifs. En effet, dans l'ensemble des centres jeunesse du Québec, plus de 50 % des éducateurs interrogés dans le cadre d'une étude sur le sujet auraient été victimes de violence physique au cours de la dernière année (Gagnon, 2010). De plus, 90 % de ces derniers se disaient également victimes de violence psychologique à une fréquence de quatre épisodes par semaine (p. ex., des menaces ou des insultes). Ces chiffres laissent supposer les impacts que cette situation peut avoir sur la vie professionnelle et personnelle des intervenants du centre jeunesse.

Les travaux d'Allen (2013) mettent en lumière les impacts néfastes des traumatismes vécus dans la relation d'attachement entre un enfant et ses parents. Ces traumatismes, comme la négligence et l'abus, ont marqué la vie affective de nombreux enfants hébergés en centre jeunesse et pourraient expliquer l'intensité de leur portrait clinique. En effet, une relation marquée par l'abus ou la négligence, en plus de faillir à prodiguer sécurité et soutien à

l'exploration comme elle le devrait, place le jeune face à un stress accru (Allen, 2013). Elle compromet à la fois le développement de sa capacité d'autorégulation et sa capacité à utiliser les relations interpersonnelles pour se réguler (Allen, 2013; Bateman & Fonagy, 2012).

Certaines études suggèrent qu'un des mécanismes par lequel se transmet la sécurité de l'attachement entre l'enfant et son parent est la CM, soit le processus par lequel l'individu perçoit et interprète ses actions et celles d'autrui comme étant porteuses d'un sens et fondées sur des états mentaux (p. ex., désirs, besoins, intentions, sentiments, pensées, croyances) (Fonagy & Target, 2005; Sharp & Fonagy, 2008; Slade, 2005; Slade, Grienenberger, Bernbach, Levy, & Locker, 2005). Mentaliser réfère à la façon dont l'individu cherche à donner un sens à son monde interne de même qu'au monde qui l'entoure en s'attribuant et en attribuant aux autres des états mentaux (Bateman, 2010). Cela permet ultimement de mieux comprendre et prédire son propre comportement et celui des autres (Allen & Fonagy, 2006).

La CM joue un rôle crucial dans le développement d'une série de saines adaptations permettant, entre autres, de se réguler émotionnellement ainsi que d'établir et de maintenir des relations interpersonnelles (Slade, 2006). C'est justement en utilisant sa CM que le parent arrive à tolérer et réguler les états internes que lui fait vivre son enfant tout en demeurant apte à réfléchir à ce qui peut habiter ce dernier. Le parent peut de la sorte s'adapter et demeurer sensible et réflexif face à son enfant dans différentes situations

problématiques. Il est ainsi plus aisé pour lui d'adopter un comportement rassurant et contingent à celui que l'enfant peut manifester (Allen, 2013; Allen & Fonagy, 2006 ; Allen, Fonagy, & Bateman., 2008; Sharp et al., 2009). C'est de cette façon que se développe, selon certains auteurs, la sécurité de l'attachement (Sharp & Fonagy, 2008).

Dans un parcours développemental optimal, la CM est bien acquise dès l'âge de cinq ou six ans, quoiqu'elle s'étaye et se raffine tout au long de la vie (Allen, 2013). La CM n'apparaît toutefois pas de façon invariable à cet âge et ne dépend pas uniquement d'un processus de maturation cognitive ou neurologique. Elle implique la réussite d'acquis développementaux et est profondément ancrée dans les premières relations de l'enfant (Fonagy & Allison, 2012). Dans un environnement de soins dysfonctionnel où les difficultés de mentalisation du parent nuisent à sa sensibilité aux besoins de l'enfant, le développement de la CM est inhibé chez ce dernier (Gergely, 2003). Le traumatisme dans le contexte de la relation d'attachement crée chez l'enfant une aversion à explorer ses états mentaux de même que ceux d'autrui et provoque un retrait du monde mental, lequel est perçu comme étant trop souffrant (Allen, 2001). Les états mentaux du parent et de l'enfant ne peuvent donc être représentés mentalement et conservent uniquement des caractéristiques physiques (p. ex., le comportement et les réactions physiologiques) (Verheugt-Pleiter, Zevalkink, & Schmeets, 2008). L'enfant en vient conséquemment à employer de façon prédominante un mode d'interprétation axé sur la réalité visible et concrète dans ses relations avec les autres, un trait caractéristique de certaines psychopathologies développementales, dont le trouble de personnalité limite (Gergely,

2003). Face à une émotion trop forte qu'il ne réussira pas à mentaliser, il adoptera différentes conduites pathologiques pour éviter la douleur émotionnelle : les comportements de retrait (fuite dans l'isolement, la dissociation ou la dépression), les conduites autodestructrices (l'abus de substances, les troubles alimentaires, l'automutilation, les tentatives de suicide) et les gestes d'agression envers les autres (la violence et la rage) (Allen, 2001). L'enfant fera passer par le corps ce qu'il n'arrive pas à se représenter au plan mental. Il n'est donc pas surprenant de constater qu'un développement altéré de la CM est associé à plusieurs difficultés intériorisées (notamment les troubles de l'humeur et l'anxiété) et extériorisées (l'opposition et la délinquance, entre autres) de même qu'à des troubles de la personnalité en émergence (Sharp et al., 2009; Sharp, Fonagy, & Goodyer, 2006).

Malgré la conceptualisation relativement récente de la théorie, différents programmes d'interventions axées sur la mentalisation ont déjà été proposés. Ceux-ci ont pour objectif de promouvoir une attitude positive envers la mentalisation et d'accroître la CM des participants (Allen & Fonagy, 2006). Le but ultime est d'apprendre à mentaliser dans des situations chargées émotionnellement, proches de celles de la vie réelle. De tels programmes d'intervention axés sur la mentalisation ont démontré des effets bénéfiques tant chez des populations à risque que chez des populations plus normatives (Slade, 2006). À titre d'exemple, une intervention fondée sur la mentalisation a mené à des résultats positifs pour réduire la violence et l'intimidation dans une école (Allen & Fonagy, 2006). Une approche psychoéducative axée sur la mentalisation réalisée auprès d'adultes est

aussi menée avec succès à la *Menninger Clinic* (Tobias, Haslam-Hopwood, Allen, Stein, & Bleiberg, 2006).

L'efficacité de ces différentes interventions laisse envisager la possibilité d'adapter cette théorie au contexte particulier des centres jeunesse afin de diminuer l'agressivité et l'agir chez les jeunes. C'est dans cette optique qu'a été développée la présente thèse doctorale. Plus précisément, cette thèse s'entame sur un processus de réflexion et de création d'une formation aux interventions axées sur la mentalisation pouvant être livrée aux éducateurs du centre jeunesse.

Contribution de l'auteur

Le premier article a pour but de décrire la théorie ayant sous-tendu la création du *Manuel de formation aux interventions axées sur la mentalisation destiné aux éducateurs des centres jeunesse* (Domon-Archambault & Terradas, 2012; Appendice A), lequel a été utilisé pour former les éducateurs dans le cadre de la recherche. Plus précisément, il fait un survol de la théorie de l'attachement et décrit le développement et les rôles de la capacité de mentalisation. Il met également ces concepts en lien avec le vécu affectif et les difficultés des enfants hébergés en centre jeunesse. En guise de conclusion, quelques éléments fondamentaux de l'intervention axée sur la mentalisation y sont brièvement abordés. L'article a été soumis pour publication en octobre 2013 à la *Revue québécoise de psychologie*. Il est ici présenté dans le format sous lequel il a été livré à cette revue. Voici la référence de l'article :

Domon-Archambault, V. & Terradas, M. M. (soumis). Les interventions fondées sur la notion de mentalisation auprès des enfants en situation d'hébergement. *Revue québécoise de psychologie*.

Ce premier article vise à expliquer la théorie et le processus de réflexion ayant mené à la création du *Manuel de formation aux interventions axées sur la mentalisation destiné aux éducateurs des centres jeunesse*. Ce manuel a pour objectif de familiariser les éducateurs des centres jeunesse à la notion de mentalisation et à la façon d'appliquer celle-ci à l'intervention dans leur milieu de travail. Il propose de présenter une définition de la mentalisation, d'en aborder le développement et les différents stades, de décrire les façons d'intervenir selon ce concept et de fournir différents moyens de stimuler cette capacité au quotidien chez les jeunes hébergés en centre jeunesse. Pour ce faire, le manuel s'appuie sur des présentations théoriques, des exemples concrets, des activités pratiques, des discussions de cas et des séances d'*interview* (supervision par les pairs, guidée par les formateurs). Avant d'entamer le déploiement de la formation, le contenu du manuel a été révisé par plusieurs experts. Julie Achim (expertise au niveau de la capacité de mentalisation), Claud Bisailon (expertise au niveau de l'attachement et des interventions en centre jeunesse), Daniel Breton (expertise au niveau de l'attachement et des interventions en centre jeunesse) et Guylaine Lehoux (expertise en élaboration et application de projets en centre jeunesse) ont participé à cette vérification dont le but était d'assurer la pertinence et la facilité d'application du contenu proposé.

Voici la référence du manuel :

Domon-Archambault, V., & Terradas, M. M. (2012). *Manuel de formation aux interventions axées sur la mentalisation destiné aux éducateurs des centres jeunesse*. Document inédit. Université de Sherbrooke, Canada.

Le deuxième article est une étude empirique exploratoire visant à sonder l'efficacité de la formation fondée sur le manuel, laquelle fut livrée à un groupe d'intervenants des centres jeunesse. Il dresse dans un premier temps un portrait des enfants hébergés en centre jeunesse et des défis inhérents à l'intervention auprès de cette population. Il définit de plus brièvement la mentalisation et la pertinence du concept dans la compréhension des difficultés de ces enfants ainsi qu'au sein de l'intervention à mener auprès d'eux. Les résultats sont ensuite présentés et discutés. L'article a été soumis pour publication en avril 2014 à la *Revue québécoise de psychologie*. Il est présenté dans le format sous lequel il a été livré à cette revue. Voici la référence du deuxième article :

Domon-Archambault, V. & Terradas, M. M. (soumis). Efficacité d'une formation fondée sur la notion de mentalisation auprès des intervenants en centre jeunesse : étude pilote. *Revue québécoise de psychologie*.

Premier article

**LES INTERVENTIONS FONDÉES SUR LA NOTION DE MENTALISATION
AUPRÈS DES ENFANTS EN HÉBERGEMENT**

Vincent DOMON-ARCHAMBAULT
Miguel M. TERRADAS
Université de Sherbrooke

**MENTALIZATION-BASED INTERVENTIONS FOR CHILDREN UNDER
THE CARE OF THE CHILD PROTECTION SERVICES**

Vincent DOMON-ARCHAMBAULT, B.Sc.
Doctorant en psychologie clinique, Intervention en enfance et en adolescence
Université de Sherbrooke - Campus de Longueuil

Miguel M. TERRADAS, Ph.D., psychologue
Professeur agrégé
Département de psychologie
Université de Sherbrooke - Campus de Longueuil

Résumé

Cet article propose une compréhension clinique novatrice des difficultés de comportement et de régulation socioaffective des enfants hébergés en centres jeunesse. Celle-ci s'appuie sur les liens existant entre l'attachement et la capacité de mentalisation, soit le processus par lequel l'individu perçoit et interprète ses actions et celles d'autrui comme étant porteuses d'un sens et fondées sur des états mentaux (désirs, besoins, intentions, sentiments et croyances). Les composantes générales d'une approche d'interventions fondées sur la notion de mentalisation auprès de cette clientèle sont aussi décrites. Les stratégies pouvant être utilisées par les éducateurs dans leur travail au quotidien auprès des enfants hébergés sont privilégiées.

Mots clés : mentalisation, attachement, trauma, interventions axées sur la mentalisation, centres jeunesse

Abstract

This article proposes a new clinical understanding of the behavioural and affective regulation difficulties of children living under the Child Protection Services care. It sets ground on the links existing between attachment and mentalization, the process by which one perceives and interprets his or her own actions and others' behaviours in terms of mental states (desires, needs, intentions, feelings and beliefs). The general components of a mentalization-based intervention with this population are described. The technics and strategies that can be used by educators in their daily work with children in foster care are also presented.

Key words: mentalization, attachment, trauma, mentalization-based interventions, Child Protection Services

Le nombre de signalements effectués au Directeur de la protection de la jeunesse a atteint un nouveau sommet de 77 000 cas pour l'ensemble du Québec en 2011-2012 (Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse/directeurs provinciaux, 2012). Pour plus de 11 000 de ces signalements, les enfants ont dû être retirés de leur milieu familial d'origine pour être confiés à un tiers significatif, une famille d'accueil ou encore être hébergés dans un centre de réadaptation, un foyer de groupe ou une ressource spécialisée. Les enfants retirés de leur milieu d'origine le sont souvent en raison d'une situation de maltraitance. En ce sens, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2014) définit la maltraitance comme étant toutes les formes de mauvais traitements physiques ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou d'exploitation commerciale, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité, qui ont lieu dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir. Les motifs de compromission répertoriés au Québec en 2011-2012 furent, en ordre décroissant de fréquence, la négligence, l'abus physique, les mauvais traitements psychologiques, le risque sérieux de négligence, les troubles de comportement sérieux, le risque sérieux d'abus physique, l'abus sexuel, le risque sérieux d'abus sexuel et l'abandon (Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse/directeurs provinciaux, 2012). Plusieurs de ces motifs se lient donc à la définition de la maltraitance selon l'OMS.

Un tel vécu de maltraitance engendre ou s'accompagne bien souvent de difficultés sur le plan de la santé mentale chez l'enfant qui en est victime. Ainsi, plusieurs études révèlent que les enfants placés dans un milieu d'accueil présentent déjà, au moment de leur placement, des symptômes cliniques (Fernandez, 2008; Lawrence, Carlson, & Egeland,

2006; Simmel, 2007; Stein, Evans, Mazumdar, & Rae-Grant, 1996). Ces symptômes peuvent prendre plusieurs formes et s'inscrire dans une diversité de troubles. Une revue de la documentation scientifique effectuée par Frederico, Jackson et Black (2008), relative aux effets de la maltraitance sur le développement de l'enfant, et une recension des écrits concernant les impacts de divers types de trauma réalisée par Allen (2001) relèvent plus précisément les effets délétères de l'abus sexuel, de l'abus physique, de la négligence et des mauvais traitements psychologiques sur le développement de l'enfant. Ces types de maltraitance, qui représentaient 79 % des signalements retenus au Québec en 2011-2012 (Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse/directeurs provinciaux, 2012), se lieraient notamment à l'hyperactivité, à l'agressivité, aux problèmes de comportement, aux troubles de personnalité en émergence, à l'anxiété, à la dépression, aux comportements suicidaires, à l'automutilation, aux difficultés sociales, aux problèmes de langage ainsi qu'aux difficultés académiques. Selon un recensement réalisé en 2007 à travers les centres jeunesse du Québec, 45 % des jeunes hébergés dans les centres de réadaptation, les ressources intermédiaires ou les foyers de groupe avaient au moins un diagnostic psychiatrique à leur dossier médical (Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec, 2007). Bref, il appert que les enfants hébergés en centres jeunesse représentent un défi en termes de compréhension clinique et d'intervention pour les personnes qui sont appelées à les héberger ou à intervenir auprès d'eux.

Cet article présente d'abord une compréhension des difficultés des enfants hébergés en centre jeunesse sous l'éclairage des théories de l'attachement et de la mentalisation. Ensuite, les grandes composantes d'une formation aux interventions axées sur la

mentalisation destinée aux éducateurs des centres jeunesse sont décrites. Cette formation concerne plus précisément la population des enfants de 6 à 12 ans hébergés dans des foyers de groupe et des centres de réadaptation.

LE TRAUMA AU SEIN DE LA RELATION D'ATTACHEMENT ET SES IMPACTS

Allen (2013) offre une interprétation intéressante pour expliquer l'intensité ainsi que la diversité des troubles et symptômes affligeant les enfants victimes de maltraitance, à l'instar de ceux hébergés en centres jeunesse. Selon l'auteur, ce lourd portrait s'explique par le fait que les traumatismes décrits s'inscrivent au sein de la relation d'attachement entre l'enfant et ses parents¹. Avant d'approfondir cette idée, il convient d'effectuer un survol très succinct des fonctions de la relation d'attachement entre un enfant et son parent. Le rôle premier du lien d'attachement est d'offrir à l'enfant une sécurité émotionnelle et une protection face au stress et au danger (Rutter & O'Connor, 1999). Tel que décrit par Bowlby (1958), lorsqu'un enfant est menacé, en danger, en détresse ou malade, il adopte des comportements favorisant le contact avec son parent afin qu'il puisse rétablir son sentiment de sécurité et de bien-être, ce qu'il réalise en adoptant des comportements de soins. Outre cette fonction de protection, le second rôle de la relation d'attachement est d'offrir une base de sécurité permettant à l'enfant d'explorer son environnement (Allen, 2013). L'importance de la relation d'attachement dans le développement de l'enfant ne fait nul doute de nos jours. L'étayage d'une capacité d'adaptation accrue face à l'adversité, la formation d'un équilibre plus judicieux entre les besoins d'autonomie et d'affiliation,

¹ Par souci de concision, le terme parent sera utilisé pour désigner les personnes prodiguant les soins à l'enfant.

l'épanouissement d'une capacité d'autorégulation socioaffective plus efficace ainsi que le développement de bonnes habiletés sociales et cognitives ne sont que quelques-uns des nombreux bienfaits chez l'enfant des expériences d'attachement répondant de façon adéquate à ses besoins de protection et d'exploration (Allen, 2013).

Dans le cas du trauma au sein de la relation parent-enfant, les grandes fonctions de l'attachement ne sont par contre pas bien assurées par le parent. En fait, une relation d'attachement marquée par de l'abus ou de la négligence échoue non seulement à prodiguer sécurité et protection ainsi qu'à permettre l'exploration; elle confronte l'enfant à un danger et à un stress accrus. Ce dernier se retrouve alors seul, à tout le moins psychologiquement, et impuissant face à des émotions qui génèrent chez lui de la détresse (Allen, 2013). Les traumas au sein de la relation d'attachement ont corollairement un effet négatif double : ils génèrent une angoisse significative chez l'enfant et ils compromettent le développement des capacités mentales et interpersonnelles requises pour se réguler et s'adapter (Allen, 2013; Bateman & Fonagy, 2012b). En outre, cette situation risque d'engendrer un cercle vicieux particulièrement problématique lorsque c'est le parent qui est la source de la peur ou des émotions négatives vécues par l'enfant. En effet, la détresse causée par le parent active alors le besoin de proximité de l'enfant qui se rapproche davantage de ce dernier, augmentant de la sorte ses affects négatifs. En d'autres termes, l'enfant en vient à avoir grand besoin d'une relation qui l'effraie. Ce patron caractérise notamment le type d'attachement désorganisé, lequel est engendré par l'abus physique ou psychologique, le manque de disponibilité psychologique et la négligence (Allen, 2013).

En considérant les motifs de compromission mentionnés précédemment, il est à croire que ce type d'attachement est prédominant au sein de la clientèle des centres jeunesse. À la lumière des ratées qu'elle cause dans les fonctions principales de la relation d'attachement, la maltraitance se lie à un jeu symbolique et dyadique moins développé, à des difficultés de traitement des expressions émotionnelles, à des déficits de cognition sociale de même qu'à un échec à démontrer une réponse empathique typique face à la détresse d'un autre enfant (Fonagy & Allison, 2012; Fonagy, Bateman, & Luyten, 2012). De plus, les enfants ayant été exposés à des conflits parentaux et dont la sécurité de l'attachement en a été conséquemment compromise en viennent à anticiper le rejet et à accepter plus difficilement l'aide d'autrui (Allen, Lemma, & Fonagy, 2012).

L'ARRIVÉE EN CENTRES JEUNESSE

Par la nature même des traumatismes qu'ils ont vécus, les enfants hébergés en centres jeunesse ont non seulement des difficultés multiples et complexes, mais peinent également à utiliser efficacement les relations interpersonnelles pour réguler leur détresse. En fait, les relations sont souvent tristement devenues l'objet de peur et de stress pour eux, les rendant particulièrement prompts à la coercition, la méfiance et l'agressivité (Allen, 2013). Cette situation rend délicate et éprouvante l'intervention à mener auprès de ces enfants. Les intervenants sont ainsi quotidiennement confrontés à des jeunes pouvant adopter des comportements dérangeants, voire problématiques, comme l'agressivité, l'automutilation, les crises de colère et autres manifestations d'une capacité de régulation socioaffective déficitaire et d'un manque de sécurité relationnelle. Ces différentes observations amènent à réfléchir aux façons d'intervenir auprès de ces enfants afin de

mitiger, voire de renverser les impacts développementaux délétères des traumatismes dans la relation d'attachement qu'ils ont vécus et, par le fait même, de réduire l'incidence de ces impacts sur les intervenants. En d'autres mots, il est à se demander comment aider ces enfants à renouer des liens d'attachement les sécurisant et comment soutenir le développement de leur capacité d'adaptation et de régulation socioaffective. Pour ce faire, il apparaît nécessaire de s'attarder aux mécanismes par lesquels se transmettent la sécurité de l'attachement et les capacités d'adaptation. Selon Sharp et Fonagy (2008), les études sur la sensibilité maternelle livrent une piste d'explication intéressante, mais incomplète de cette transmission. La sensibilité, concept faisant référence à des aspects positifs comme la coopération, l'acceptation, la contingence et les affects positifs, explique en effet une fraction de la transmission de la sécurité de l'attachement et de ses bienfaits. Une bonne partie du casse-tête demeure néanmoins à compléter (van IJzendoorn, 1995).

LA MENTALISATION ET L'ATTACHEMENT

Des études récentes suggèrent que le facteur manquant de la transmission intergénérationnelle de l'attachement pourrait bien être la capacité de mentalisation des parents (CMP), soit le processus par lequel l'individu perçoit et interprète ses actions et celles d'autrui comme étant porteuses d'un sens et fondées sur des états mentaux (désirs, besoins, intentions, sentiments, idées et croyances) (Fonagy & Target, 2005; Sharp & Fonagy, 2008; Slade, 2005; Slade, Grienenberger, Bernbach, Levy, & Locker, 2005). La mentalisation est le processus au sein duquel un individu tente de donner un sens à ce qui l'habite ou habite autrui, à son comportement et à celui des autres, à ses relations – bref, au monde qui l'entoure- en s'attribuant et en attribuant aux autres des états mentaux

(Bateman, 2010). Ceci oriente sa façon d'agir ou de réagir et, ultimement, de s'adapter. La mentalisation permet en ce sens de rendre son propre comportement, celui d'autrui ainsi que ses relations interpersonnelles compréhensibles, prédictibles et porteurs de sens (Allen & Fonagy, 2006). C'est un processus qui est à la fois cognitif et affectif (Jurist, 2005; Slade, 2005), et qui peut être centré sur soi ou sur les autres (Allen, Fonagy, & Bateman, 2008). La mentalisation peut aussi être implicite ou explicite (Allen et al., 2008). Lorsqu'elle est implicite, la mentalisation se fait de façon automatique, non verbale et non-réflexive. Elle fait davantage appel à un savoir-être ou un savoir-faire. Sans prendre le temps pour réfléchir et parler des états mentaux de façon explicite, l'individu mentalise de façon rapide, inconsciente et automatique pour guider son action. Ce genre de mentalisation est par exemple sollicité lorsque le parent tient son enfant en pleurs dans ses bras, avant même d'avoir réfléchi à la cause du mal-être de ce dernier. La mentalisation explicite est quant à elle consciente, délibérée et réflexive. Elle implique de mettre ses états mentaux en mots et de leur donner un sens de manière explicite. Ce type de mentalisation est donc utilisé lorsqu'il n'y a pas une demande de réponse immédiate. Par conséquent, la personne a le temps et peut se permettre de réfléchir à une situation. Ce type de mentalisation est fréquemment employé en psychothérapie.

La capacité de mentalisation se développe naturellement chez l'être humain, mais de façon plus ou moins efficace selon les individus et les contextes. Dans un parcours développemental optimal, elle est bien implantée dès l'âge de cinq ou six ans, quoiqu'elle s'étaye et se raffine tout au long de la vie (Allen, 2013). La capacité de mentalisation n'apparaît toutefois pas de façon invariable à cet âge, en raison de la maturation. Elle

implique la réussite d'acquis développementaux et est profondément ancrée dans les premières relations de l'enfant (Fonagy & Allison, 2012). Ainsi, la capacité de mentalisation se développe de façon optimale dans un lien d'attachement sécure (Allen, 2013; Allen et al., 2008; Allen & Fonagy, 2006; Sharp et al., 2009). En effet, une bonne capacité de mentalisation permet au parent de mieux tolérer et réguler ses émotions et celles de son enfant d'une façon non défensive et sans être débordé. Ce parent peut donc s'adapter et demeurer sensible et réflexif face à son enfant dans différentes situations problématiques et réussir à adopter un comportement rassurant et contingent à ce que ce dernier peut vivre. La mentalisation représente donc le mécanisme par lequel la relation parent-enfant influence, d'une part, la sécurité de l'attachement et, d'autre part, le développement socio-cognitif de l'enfant (Sharp & Fonagy, 2008).

Plusieurs études ont démontré le lien entre l'attachement et la mentalisation. Fonagy, Steele et Steele (1991) ont par exemple révélé que la sécurité d'attachement de l'enfant avec chacun des parents était fortement prédite non seulement par la propre sécurité d'attachement des parents durant la grossesse, mais encore davantage par l'habileté du parent à penser et à comprendre ses relations passées avec ses propres parents en termes d'états mentaux. Dans une étude subséquente, il fut au surplus démontré que les mères ayant un vécu difficile, mais ayant une bonne capacité de mentalisation, avaient toutes des enfants dont l'attachement était sécure. Inversement, les enfants d'autres mères ayant une histoire de vie similaire, mais une capacité de mentalisation altérée démontraient en majorité des liens insécures. (Fonagy, Steele, Steele, Higgitt, & Target, 1994). Le lien entre une bonne CMP et l'attachement sécure de l'enfant envers son parent fut noté dans

plusieurs autres recherches par la suite (Meins, Fernyhough, Fradley, & Tuckey, 2001; Oppenheim & Koren-Karie, 2002; Slade et al., 2005). En somme, mentalisation et attachement sont intimement liés. Ces deux aspects se doivent donc d'être considérés dans l'intervention auprès des enfants ayant vécu des traumatismes dans leur relation d'attachement.

La mentalisation : les facteurs privilégiant son développement

Un tel lien entre attachement et mentalisation amène certes à réfléchir aux raisons sous-tendant l'importance de cette dernière chez un individu et, plus largement, dans les relations interpersonnelles. Voici un exemple simple afin d'illustrer l'importance des interactions mentalisantes. Un jeune enfant, en visite au parc avec son parent, croise un gros chien qui lui fait peur et suscite chez lui une réaction de détresse (p. ex., cris, pleurs et appel du parent). D'emblée, le parent utilise sa capacité de mentalisation pour identifier ce qui se passe en lui (sa propre détresse) et se réguler (il sait que ce n'est pas une situation hors de contrôle, il connaît cette réaction de l'enfant et a confiance de pouvoir le rassurer). Ensuite, il émet des hypothèses sur ce qui peut habiter son enfant (p. ex., peur, surprise, besoin d'être rassuré rapidement). Il utilise ses hypothèses pour adopter une attitude et un comportement qu'il juge appropriés, en le prenant dans ses bras, en le consolant et en nommant ce qu'il vit, à titre d'illustration. Cette réponse est suffisamment rapprochée dans le temps pour que l'enfant comprenne le lien entre celle-ci et l'évènement. Elle témoigne aussi d'un accordage de la part du parent, soit d'un ajustement affectif et comportemental afin que la réponse choisie soit en lien avec le vécu de l'enfant et puisse ultimement moduler son état interne. Le parent ajoute finalement une dimension rassurante à cette réponse évitant que celle-ci ne soit une réplique exacte de sa détresse.

Dans le cas où la réponse ne calme pas l'enfant, le parent cherche d'autres hypothèses pour comprendre ce qui se passe (p. ex., peut-être a-t-il eu peur car il avait perdu de vue son parent?) et ajuste sa réponse en conséquence. Cette interaction sécurisera l'enfant qui pourra alors reprendre l'exploration de ce qui a suscité une détresse chez lui, avec l'aide du parent. Il aura appris qu'il peut réguler ce type de malaise en demandant de l'aide et pourra même s'approprier certaines des stratégies de son parent (voir Figure 1).

-----Insérer ici la Figure 1-----

Cet exemple illustre plusieurs des fonctions de la CMP. Premièrement, le fait d'être compris ou simplement d'avoir le sentiment qu'on cherche à comprendre génère d'emblée de la sécurité et diminue le stress vécu (Bateman, 2010). Deuxièmement, l'enfant apprend, grâce au parent, que les états internes qu'il vit peuvent être représentés dans son esprit, même lorsque ceux-ci sont intenses (Fonagy & Target, 1996b). Il en vient à découvrir qu'il y a une différence entre ce qu'il vit à l'intérieur de lui et la réalité comme telle. Ainsi, dans le cas de figure précédent, il saisit qu'il y a une distinction entre la menace réelle que représente le chien et la détresse intense qu'il a vécue. Troisièmement, l'identification du vécu de l'enfant par le parent favorise l'adoption de comportements qui réguleront la détresse de l'enfant. Le parent permet à ce dernier de saisir que ses états internes, en plus d'être représentables, sont modulables (Allen et al., 2008). Cela permettra à l'enfant d'expérimenter un certain contrôle fondé sur la régulation apportée par la personne lui prodiguant ses soins. En effet, cette corégulation lui permettra d'intérioriser graduellement un sentiment de pouvoir sur sa régulation, c'est-à-dire qu'il comprendra que lorsqu'il ressent de la détresse, il peut émettre un comportement (p. ex., pleurer d'une

certaine façon) qui suscitera une réponse régulatrice chez le parent ou, plus largement, de son environnement. Ainsi, de cette corégulation se formeront peu à peu les bases de son autorégulation. Finalement, la considération par le parent du vécu interne de l'enfant permet à ce dernier de saisir qu'il est habité d'états internes qui lui sont propres. Cela l'aide à mieux saisir ce qui lui appartient et à le différencier du vécu d'autrui (Fonagy & Target, 2000). Pour toutes ces raisons, la capacité de mentalisation joue un rôle crucial dans le développement d'une série de saines adaptations permettant, entre autres, de se réguler émotionnellement ainsi que d'établir et de maintenir des relations interpersonnelles satisfaisantes (Slade, 2006). Une bonne CMP prédit, chez l'enfant, l'étayage des habiletés d'adaptation sociocognitives, l'émergence d'un sentiment accru d'efficacité, le développement de structures cruciales pour le *self* et la régulation des affects de même que les habiletés de mentalisation (Nijssens, Luyten, & Bales, 2012).

La mentalisation : les facteurs nuisant à son développement

Que se passe-t-il lorsqu'il y a eu trauma au sein de la relation d'attachement parent-enfant? Dans un environnement de soins dysfonctionnel, le développement de la capacité de mentalisation est inhibé chez l'enfant (Gergely, 2003). Le trauma dans le contexte de la relation d'attachement crée une aversion à explorer ses états mentaux de même que ceux d'autrui et provoque un retrait du monde mental, lequel est perçu comme étant trop souffrant (Allen, 2001). Il serait en effet trop désorganisant pour un enfant de concevoir que son parent puisse lui vouloir ou lui causer intentionnellement du mal (Fonagy & Target, 2000). Les états mentaux de ce dernier ne peuvent donc être représentés mentalement et conservent uniquement des caractéristiques physiques (p. ex., le

comportement et les réactions physiologiques du parent) (Verheugt-Pleiter, Zevalkink, & Schmeets, 2008). Le manque de sensibilité, de réflexivité et de disponibilité parentales peut avoir un impact similaire. Lorsque la sensibilité du parent aux états internes de l'enfant devient secondaire au fait d'assurer sa survie physique, l'enfant en vient lui aussi à privilégier la réalité concrète et physique. Il comprend que ses ressources sont mieux utilisées dans la sphère physique, et non dans le monde mental (Fonagy et al., 2012). Il se met alors à employer de façon prédominante un mode d'interprétation axé sur la réalité visible, physique et concrète dans ses relations avec les autres, un trait caractéristique de certaines psychopathologies développementales (Gergely, 2003). Face à une émotion trop forte qu'il ne réussira pas à mentaliser, l'enfant adoptera différentes conduites pathologiques pour éviter la douleur émotionnelle : la fuite dans l'isolement, la dissociation ou la dépression, l'abus de substances, les problèmes alimentaires, l'automutilation, les tentatives de suicide et les comportements agressifs (Allen, 2001). En d'autres mots, il fera passer par le corps et l'agir ce qu'il n'arrive pas à se représenter au plan mental, une stratégie qui est lourde de conséquence et ne fait bien souvent qu'augmenter le stress vécu par celui-ci (Domon-Archambault & Terradas, 2012). Cette régulation par le corps ne concerne pas que les états mentaux négatifs. Ainsi, un moment de joie peut se transformer en agitation ou en surexcitation chez un enfant dont la régulation des émotions fortes ne se fait que par le corps. Dans un autre ordre d'idées, le manque de considération du monde mental de l'enfant par le parent fera en sorte qu'il ne pourra concevoir qu'il est possible de se comprendre ou de comprendre les autres en termes d'états mentaux. Il sera plutôt convaincu que c'est uniquement dans le domaine de

l'observable et du concret que se trouve les informations nécessaires à une telle compréhension (Domon-Archambault & Terradas, 2012).

Même si le développement de la capacité de mentalisation suit le cours de sa maturation, elle ne pourra être pleinement intégrée et étayée dans un contexte de trauma d'attachement. L'enfant demeurera à des stades prémentalisans caractérisés par des distorsions cognitives et des incompréhensions à son sujet, par rapport à autrui et en lien avec la relation (Allen et al., 2008). Il restera très vulnérable au stress et à la perte des capacités à penser et à se réguler déjà fragiles (Allen, 2013). Il a d'ailleurs été démontré que les enfants ayant vécu un trauma ont encore tendance, à l'âge adulte, à avoir des réactions affectives qui ne sont pas modulées par la pensée, c'est-à-dire que leurs impulsions mènent directement à une réponse (Philips, Kahn, & Bateman, 2012). Il n'est conséquemment pas surprenant de constater qu'un développement altéré de la capacité de mentalisation est associé à plusieurs difficultés intériorisées (notamment les troubles de l'humeur et l'anxiété) et extériorisées (l'opposition et la délinquance, entre autres) de même qu'à des troubles de la personnalité en émergence (Sharp et al., 2009; Sharp, Fonagy, & Goodyer, 2006).

En centre jeunesse, la mesure de placement, les règles du milieu de vie, la formation de nouveaux liens affectifs et la cohabitation avec d'autres jeunes en difficultés sont autant d'éléments pouvant susciter des états mentaux que l'enfant ayant des difficultés de mentalisation ne pourra bien réguler et qui se traduiront en comportements problématiques. Il n'est en corollaire pas surprenant de constater que, selon de récents résultats d'une étude commandée par le syndicat des travailleurs du centre jeunesse de la

Montréal (Gagnon, 2010), dans l'ensemble des centres jeunesse du Québec, plus de 50% des éducateurs sondés auraient été victimes de violence physique au cours de la dernière année. De plus, 90% de ces éducateurs seraient victimes de violence psychologique à une fréquence de quatre épisodes par semaine (p. ex., menaces ou insultes). Fait intéressant, ces agressions ne sont guère perpétrées que par les nouveaux arrivants dans une ressource, lesquels pourraient être réfractaires à la mesure de placement. Au contraire, il semblerait que les risques d'agression augmentent avec le temps, le tout culminant autour de 24 mois, selon Breton (2005). Une hypothèse expliquant cette augmentation pourrait se lier au fait que les stratégies d'attachement problématiques de l'enfant s'intensifient parallèlement à l'investissement émotionnel croissant qu'il développe envers les intervenants qui le côtoient et prennent soin de lui au quotidien. L'enfant doit de plus apprendre à utiliser des stratégies d'attachement qui lui sont méconnues puisque celles qu'il a développées auparavant avec ses parents, dans un contexte de négligence ou de maltraitance, ne sont probablement plus pertinentes ni nécessaires en centre jeunesse.

LA MENTALISATION : UNE APPROCHE D'INTERVENTION

Considérant les liens entre la mentalisation, l'attachement et la santé mentale, il est pertinent de tenter d'utiliser des interventions axées sur la notion de mentalisation pour diminuer les difficultés des jeunes placés en centre jeunesse, en particulier les agirs et l'agressivité. Une telle approche pourrait également diminuer l'adversité vécue par les intervenants. Les interventions axées sur la mentalisation visent à promouvoir une attitude positive envers cette capacité et à accroître la capacité de mentalisation (Allen & Fonagy,

2006) des enfants. Cette approche reproduit une relation d'attachement avec une figure significative, l'intervenant, qui régule par la mentalisation l'activation émotionnelle de l'enfant de telle sorte qu'elle sollicite ses ressources sans toutefois les submerger (Sharp et al., 2009). Ainsi, le jeune en vient peu à peu à apprendre à exprimer et réguler ses émotions sans débordement (Sharp et al., 2009). Le but ultime est d'apprendre à mentaliser dans des situations chargées émotionnellement, proches de celles de la vie réelle.

L'intervention axée sur la mentalisation a démontré son efficacité pour traiter une diversité de troubles mentaux (voir Bateman & Fonagy, 2012) et pour mitiger les séquelles du trauma (Fonagy et al., 2012). À notre connaissance, aucune intervention du genre n'avait cependant été menée jusqu'ici dans des milieux similaires à ceux des centres jeunesse. Les différents milieux d'hébergement et la clientèle des centres jeunesse nous apparaissent toutefois être propices à l'implantation d'interventions axées sur la mentalisation et ce, pour diverses raisons. En premier lieu, ce type d'intervention sied bien à la clientèle diverse des centres jeunesse. Des programmes d'intervention axés sur la mentalisation ont démontré des effets bénéfiques tant chez des populations à risque que chez des populations plus normatives (Slade, 2006). Une telle intervention peut donc s'appliquer à l'ensemble des enfants en hébergement, peu importe la sévérité de leur portrait clinique. En deuxième lieu, cette approche peut avoir un impact sur l'agir et l'agressivité des enfants, mitigeant leurs conséquences négatives sur les intervenants. À titre d'illustration, un programme fondé sur la mentalisation a mené à des résultats positifs pour réduire la violence et l'intimidation dans une école (Twemlow, Fonagy, & Sacco,

2012). En troisième lieu, les enfants en hébergement évoluent dans un contexte naturel suscitant des enjeux émotionnels et affectifs courants, conditions nécessaires à une approche axée sur la mentalisation. Ils ont également des contacts fréquents et significatifs avec divers intervenants. Les résultats encourageants de l'efficacité de la psychoéducation pour sensibiliser à la mentalisation (Allen & Fonagy, 2006) confirment également le choix de mettre sur pied une formation destinée aux éducateurs des centres jeunesse au sujet des stratégies d'intervention axées sur la mentalisation pouvant être utilisées dans le contexte du travail quotidien auprès des enfants en situation d'hébergement.

Élaboration d'un manuel d'interventions axées sur la mentalisation pour les intervenants des centres jeunesse

Pour l'élaboration du manuel, la clientèle des enfants de 6 à 12 ans fut ciblée. Les enfants de ce groupe d'âge sont les plus affectés par les troubles mentaux et ont une plus forte proportion de troubles mentaux graves, une plus grande fréquence de troubles mentaux combinés et sont médicamentés en plus grand nombre (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2007). C'est aussi la période où les demandes de services en santé mentale effectuées par les parents et les enseignants sont les plus nombreuses (Zevalkink, Verheugt-Pleiter, & Fonagy, 2012). Ces demandes sont facilitées par le fait que les enfants de cette tranche d'âge fréquentent davantage l'école et que les adultes se préoccupent davantage de leur absentéisme. Il n'est donc pas surprenant de constater que plus de 50 % des enfants hébergés en centre jeunesse ou résidant dans un milieu supervisé par le centre jeunesse ont moins de 12 ans (Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse/directeurs provinciaux, 2012). D'un point de vue positif, l'intervention s'avère

aussi la plus efficace avant 12 ans, cet âge étant vu par certains auteurs comme un point tournant dans l'évolution positive ou négative de la psychopathologie (Verheugt-Pleiter, Zevalkink, & Fonagy, 2012). Comme les modèles cliniques des interventions auprès des clientèles adultes ne se traduisent pas directement auprès des enfants et adolescents (Midgley & Vrouva, 2012), une nouvelle modalité d'intervention a été élaborée. Ce travail s'est inspiré des interventions axées sur la mentalisation déjà mises sur pied ou en voie de l'être (voir Allen et al., 2008; Bateman, 2010; Slade, 2006; Verheugt-Pleiter et al., 2008). Les auteurs se sont également appuyés sur leurs propres expériences de travail en centre jeunesse et auprès de clientèles vulnérables.

Le programme d'intervention prend la forme d'une approche manualisée pouvant être présentée aux éducateurs dans le cadre de rencontres de formation. Les interventions se devaient d'être interactives, ludiques et concrètes pour bien souligner que la mentalisation est un processus naturel et actif plutôt qu'une simple théorie ou une liste d'étapes à suivre. Ce travail devait également convier le fait que ce n'est pas une approche qui demande un apprentissage complètement nouveau, mais bien un examen de sa façon actuelle d'intervenir (Luyten, Fonagy, Lowyck, & Vermote, 2012). La ligne directrice qui guide les techniques et les stratégies d'intervention proposées vise à diminuer l'agir au profit de la régulation par la pensée réflexive chez l'enfant et à mieux gérer les réactions que provoque ce dernier chez l'intervenant afin qu'il offre l'intervention la plus près des besoins exprimés par l'enfant (Domon-Archambault & Terradas, 2012). Il peut sembler paradoxal, voire contraire à la définition même de la mentalisation, de proposer une formation axée sur une capacité, un processus naturel. Le but de la formation n'est pas

d'apprendre aux éducateurs à mentaliser, mais bien de les sensibiliser à l'importance de garder ce processus en tête au sein de leurs interventions et de les outiller pour recouvrer leur capacité de mentalisation lorsque certaines situations la mettent à l'épreuve. La dernière partie du présent article s'attardera aux grandes lignes caractérisant les interventions axées sur la mentalisation adaptées au contexte des centres jeunesse.

Lignes directrices des interventions axées sur la mentalisation pour les éducateurs en centres jeunesse

L'attachement à la base de l'intervention

L'esprit du jeune enfant se développe par la transformation graduelle d'un processus interpersonnel (social) en un processus intrapersonnel (individu) (Allen et al., 2008; Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2004). La relation d'attachement est donc le lieu par excellence où peut se développer l'esprit de l'enfant. L'intervention en centre jeunesse ne fait pas exception à cette règle, l'enfant ayant la chance de développer des liens significatifs avec un ou plusieurs éducateurs. Toutefois, dans ce cas précis, les intervenants font face à des enfants qui ont déjà vécu des expériences très difficiles. Plusieurs de ces enfants peinent à réguler un stress parfois même mineur, évoluent difficilement en relation et ont une aversion à explorer leur esprit et celui des autres, ce qui se traduit par une relation au monde et une régulation socioaffective fondées uniquement sur la réalité physique et observable. Il incombe donc de reprendre le développement de la capacité de mentalisation de l'enfant là où il s'est arrêté, ce qui arrive souvent à un stade très précoce de sa vie. Cette reprise s'effectuera en deux temps, lesquels correspondent aux grandes fonctions de l'attachement, soit la sécurité et l'exploration.

Dans un premier temps, autant dans l'intervention ponctuelle que dans le cours du placement, l'intervenant doit utiliser sa capacité de mentalisation pour sécuriser l'enfant. C'est aussi à cette étape que les stratégies fondées sur l'attachement ont une importance capitale. Avant de considérer les états mentaux, et donc d'explorer, le jeune doit se sentir en sécurité car le stress et la détresse inhibent la capacité de mentalisation.

Grâce aux stratégies d'intervention fondées sur la notion d'attachement, l'enfant découvrira peu à peu que son environnement physique et relationnel est prévisible, constant et sécuritaire (Verheugt-Pleiter et al., 2008), ce qui provoquera une ouverture à la considération des états mentaux. Les stratégies axées sur la mentalisation pourront alors être instaurées. Ceci ne veut bien évidemment pas dire que les intervenants ne mentaliseront pas déjà pour trouver des façons de sécuriser l'enfant, mais simplement qu'ils n'impliqueront pas directement ce dernier dans le processus lorsqu'il est stressé ou en détresse. L'éducateur devra apprendre à devenir le *baromètre* de l'activation émotionnelle de l'enfant (Allen et al., 2008; Allen & Fonagy, 2006; Bateman, 2010). Dans un second temps, il accompagnera, par l'intervention axée sur la mentalisation, l'exploration par l'enfant de son esprit et de celui d'autrui. Il devra apprendre à stabiliser la capacité de mentalisation dans un contexte de relation d'attachement tout en la rétablissant, en sécurisant l'enfant, lorsque ce dernier la perd (Allen et al., 2008). Toute intervention verbale en contexte de crise sera, dans le même ordre d'idées, à proscrire jusqu'au retour d'un apaisement suffisant de l'enfant. Plus le jeune développera sa capacité à mentaliser, et donc à se réguler, plus ce seuil de crise pourra être repoussé. Les deux grands volets d'intervention sont résumés dans la Figure 2.

-----Insérer ici la Figure 2-----

Pour guider les premières étapes du travail thérapeutique auprès d'un jeune, les interventions proposées s'attardent en outre aux processus favorisant la mentalisation à l'œuvre dans la relation d'attachement. Ceux-ci sont la contingence, la fonction contenante, la fonction miroir, le marquage de l'émotion et l'accordage (Fonagy et al., 2004). La contingence est caractérisée par l'émission d'une réponse par le parent de façon consécutive à un comportement ou un état chez l'enfant. Cette réponse se doit d'être livrée dans un délai suffisamment rapproché du comportement ou de l'état en question afin que l'enfant comprenne que les deux événements sont liés. La fonction contenante représente la capacité du parent à recevoir, tolérer et «digérer» l'état interne et le comportement de l'enfant sans être submergé et sans perdre sa capacité à mentaliser. La fonction miroir, quant à elle, constitue le reflet contingent, par le parent, de l'état affectif de l'enfant. Le marquage de l'émotion consiste, pour le parent, à livrer une version intentionnellement exagérée de sa réponse émotionnelle réaliste et normale face à l'état interne que présente l'enfant. Cette réponse, livrée au sein de la fonction miroir, permet à l'enfant de saisir que celui-ci est conscient de son état émotionnel et le lui reflète. Elle permet également à l'enfant de différencier sa réaction émotionnelle de celle du parent. L'inexactitude du reflet du parent permet à l'enfant de percevoir son expérience psychologique dans son visage et ses actions (Fonagy & Target, 1996b). Il en viendra à comprendre que cette émotion est en fait une représentation modulable de l'état interne qu'il ressent. Finalement, l'accordage est l'ajustement, chez le parent, de sa propre réponse affective et

comportementale pour moduler l'état interne de l'enfant. Il n'imité pas le comportement de l'enfant, mais s'ajuste à l'état mental qui le sous-tend.

Voici un exemple dépeignant la façon dont ces processus peuvent s'articuler entre eux en centre jeunesse. L'enfant émet d'abord des signaux de détresse ou d'activation (p. ex., cris, pleurs, appels) qui suscitent une réponse contingente de la part de l'intervenant (p. ex., le fait de se déplacer pour aller à la rencontre de l'enfant ou lui souligner verbalement qu'il arrive). Cette contingence positive aura d'emblée un effet régulateur sur le jeune. L'intervenant devra ensuite être apte à contenir la détresse de l'enfant, à y réfléchir sans être submergé. Il présentera alors, en miroir, une version exagérée et nuancée de l'émotion du jeune. Simultanément, il ajustera aussi son propre affect et son comportement de façon à s'accorder à ce qu'il perçoit comme étant l'état mental sous-tendant la détresse de l'enfant (p. ex., de la colère suite à un conflit avec un pair ou un besoin de réconfort après le départ des parents). Cette articulation des processus dans l'attachement permettra de réguler cette détresse tout en aidant l'enfant à comprendre que son état interne est une entité représentable et modulable. Cela permettra de plus à ce dernier d'expérimenter un certain contrôle sur la régulation apportée par l'intervenant, lequel jettera les bases de son autorégulation. En effet, il intériorisera graduellement ce pouvoir sur sa régulation, c'est-à-dire qu'il comprendra que lorsqu'il ressent cet état interne, il peut émettre un comportement (p. ex., d'appeler ou de parler de ce qu'il vit) qui suscitera une réponse régulatrice chez l'éducateur ou, plus largement, de son environnement. Par tous ces processus, l'enfant en vient à comprendre qu'il est habité par des états internes qui suscitent des réactions chez les autres. Il saisit que ce qu'il manifeste physiquement est

représenté mentalement chez l'autre. Aussi, il apprend peu à peu à se représenter lui-même ces états internes. Il réalise également qu'il peut avoir une influence sur ses états mentaux de même que sur ceux d'autrui. Ces processus, très présents dans la relation entre une mère et son bébé, sont toujours d'actualité pour reprendre le développement de la capacité de mentalisation des enfants hébergés en centres jeunesse. Il faut garder à l'esprit que ces enfants ont bien peu considéré le monde mental jusqu'à présent. Des états internes très simples et moins menaçants devront d'abord être considérés avant de cibler des émotions, des besoins ou des pensées plus complexes.

L'importance du cadre

Le cadre est une composante dont on sous-estime trop souvent la portée en intervention auprès des jeunes hébergés. Plus qu'une simple série de règles ou des conduites à respecter, il peut être un puissant levier de changement thérapeutique. Les deux grands principes relatifs au cadre reprennent en quelque sorte les fonctions de la relation d'attachement. La première ligne directrice, celle qui prime sur les autres, est que le cadre vise d'abord et avant tout à sécuriser les enfants et à rendre prévisible leur environnement (Domon-Archambault & Terradas, 2012). La sécurité physique vient bien évidemment très rapidement en tête lorsqu'on songe à ce principe. La sécurité relationnelle et psychologique est cependant tout aussi importante (Allen, 2013). Ainsi, les enfants avec un attachement de type désorganisé, en raison de leur difficulté à mentaliser, ne sont pas sensibles ou accordés aux signaux d'autrui concernant le niveau de contact acceptable (Fonagy & Target, 2000; Muller, Lidewij, & Siecker, 2012). Ceci s'explique d'une part par le fait qu'il tendent davantage à s'exprimer et se réguler dans le domaine du physique

et, d'autre part, parce que leur difficulté de mentalisation les rendent moins sensibles aux états mentaux négatifs qu'ils peuvent susciter chez l'autre (Muller et al., 2012). Un manque de considération de cet aspect peut être anxiogène autant pour l'enfant que pour les autres jeunes et les intervenants. Le développement d'une saine capacité de régulation demande de trouver un équilibre entre la trop grande proximité et la distance émotionnelle. Une trop grande proximité ou, à l'inverse, une distance prononcée a le potentiel de réactiver les patrons d'attachement déviants des enfants ayant vécu des traumatismes (Bateman & Fonagy, 2012a). Cette activation se lie à une perte de la capacité à penser et à de la détresse. Le second principe soutient que le cadre doit tenir compte des besoins d'autonomie et d'exploration des enfants, sans contrevenir au premier principe. Pour développer sa sécurité et sa capacité de mentalisation, le jeune doit sentir qu'il a l'espace pour explorer son esprit et celui des autres. Le cadre doit par ailleurs prévoir les mesures nécessaires pour accueillir l'enfant lorsque cette exploration lui cause de la détresse (Domon-Archambault & Terradas, 2012).

D'autres considérations de second plan sont ensuite proposées pour élaborer le cadre. Ainsi, il est plus facile et productif de fonder un cadre contenant quelques grandes règles et d'utiliser les deux grands principes pour guider les décisions ponctuelles. Multiplier les règles augmente non seulement les chances que les enfants les oublient ou s'y opposent, mais peut également causer de la confusion ou une pression dans l'équipe. En outre, à l'exception des grandes règles décidées en équipe, il est important de personnaliser le cadre selon l'intervenant ou même d'un enfant en particulier, d'y ajouter sa couleur. Le tout doit bien évidemment être fait en assurant le respect des grands principes directeurs.

Lorsqu'un enfant ne comprend pas le cadre ou s'oppose à une règle établie, cela peut aider d'expliquer à voix haute le rationnel derrière ceux-ci. Il est néanmoins préférable d'éviter de mettre l'accent sur les difficultés de l'enfant à comprendre ou appliquer une règle, mais d'insister sur les avantages et retombées positives de celle-ci pour lui (p. ex., sécurité, protection, égalité entre les jeunes) tout en imageant, si possible, les conséquences de l'absence de cette règle sur le fonctionnement du groupe (Domon-Archambault & Terradas, 2012).

Un point primordial, mais qui est souvent négligé dans le cadre d'intervention, consiste à permettre aux jeunes, voire les encourager à exprimer leur point de vue par rapport aux règles secondaires. Cela favorise la discussion, la responsabilisation et livre une bonne opportunité de mentaliser. Le fait que les auteurs ne donnent pas de règle concrète ni même d'exemple de règles dans le cadre des interventions proposées est une décision réfléchie. L'élaboration d'un cadre en gardant en tête les grands principes précédemment décrits est une occasion intéressante de travailler la mentalisation en équipe. Il importe que chaque membre de l'équipe puisse avoir un espace pour discuter de ce que le cadre lui fait vivre ou fait vivre aux autres. Une approche efficace à cet effet peut s'inspirer des travaux de Bevington et Fuggle (2012) au sein de leur projet auprès des clientèle difficiles. Ces auteurs proposent de partir de la présomption qu'il est fort improbable que tous les partenaires aient les mêmes façons de faire, attitudes, croyances et buts face à un enfant, une intervention ou au cadre. Ceci permet de voir les désaccords comme communs et normaux, et non comme le signe que quelqu'un fait quelque chose d'incorrect ou ne comprend pas. Le but sera de mentaliser les divergences, sans porter le blâme sur

quiconque, tout en étant conscient des différentes perspectives pouvant être prises. Ceci transforme un écueil en opportunité.

Du cerveau à l'esprit

Un large pan de l'étude de la mentalisation est consacré à la neurobiologie (Allen et al., 2008; Bateman, 2010; Bateman & Fonagy, 2012a). Bien que cette considération puisse paraître superflue dans le cadre d'un manuel d'interventions destiné aux éducateurs des centres jeunesse, certaines données peuvent ajouter un éclairage fort intéressant à la compréhension des enfants hébergés et guider l'intervention auprès de ceux-ci. Une connaissance schématique du cerveau nous apparaît suffisante pour arriver à une telle fin. Un schéma en trois parties est illustré dans le manuel, lequel est tiré des travaux de Neville (2011). Ces parties sont les structures sous-corticales (dont l'amygdale), les structures de connexion (dont l'insula) et les structures corticales (dont le cortex préfrontal). Expliquées sommairement, les structures sous-corticales reçoivent en premier l'information sensorielle et viscérale et provoquent une activation émotionnelle automatique qui vise à stimuler une réaction de l'organisme, un comportement généralement de l'ordre de la survie ou de l'adaptation immédiate à l'environnement. Ensuite, des structures de connexion (comme l'insula) réalisent un premier traitement de base et rendent l'information relative au corps disponible pour un traitement plus raffiné. Finalement, le cortex préfrontal vient réguler cette activation de telle sorte à fournir la réponse la plus adaptée possible, freinant ou modifiant la réponse initiale de l'organisme. Les structures corticales se lient ainsi à la régulation socioaffective, dont fait partie la mentalisation, et à la cognition. L'intérêt d'une telle description prend tout son sens

lorsqu'on considère une situation de détresse. Il est à savoir qu'au niveau du cerveau, les parties anciennes priment sur les plus récentes. Ainsi, plus l'intensité émotionnelle monte et n'arrive pas à être régulée efficacement par le cortex cérébral, plus le pouvoir du cortex diminue au profit de celui des structures sous-corticales (Bateman, 2010). Ceci a une fonction adaptative (p. ex., il serait inutile, voire mortel, de se mettre à se réguler et analyser la situation face à un ours qui apparaît devant nous lors d'une promenade en forêt). À partir d'un certain seuil d'activité, donc, nos mécanismes d'adaptation font que nous délaissions l'action réfléchie et concertée du cortex pour investir uniquement les réflexes et réponses automatiques des régions sous-corticales (Bateman, 2010). En d'autres mots, les émotions intenses diminuent, voire inhibent parfois complètement les activités cognitives plus évoluées comme la capacité de mentalisation. Le seuil de ce passage de la primauté des fonctions corticales sur celle des fonctions sous-corticales diminue avec l'augmentation de l'exposition au stress et aux traumatismes (p. ex., on s'attend plus à croiser un ours en forêt lorsque cela est déjà arrivé). Il est à savoir que les expériences d'attachement jouent un rôle clé dans le développement du système de réaction et de gestion du stress (Luyten, Fonagy, Lemma, & Target, 2012). L'attachement sûr protège donc des effets du stress dans les premiers stades du développement, menant à une activation amoindrie des zones du cerveau associées au stress. Au contraire, l'attachement de type insécure se lie à une vulnérabilité accrue face au stress et à une moins bonne capacité à réguler ce dernier.

De cette compréhension sommaire du cerveau et de l'impact du stress sur le développement et la régulation socioaffective, il est possible de soutirer plusieurs éléments

pertinents pour l'intervention en centre jeunesse. Premièrement, il appert que la plupart des enfants hébergés dans les centres jeunesse ont une vulnérabilité développementale au stress. Cette vulnérabilité s'est créée dans le contexte de la relation d'attachement avec ses parents, ce type de lien ayant dès lors un potentiel de générer du stress chez l'enfant. Il est donc important de tenir compte des représentations du stress que l'enfant pourra élaborer à partir des nouvelles relations d'attachement qu'il développera dans le milieu d'hébergement. Deuxièmement, il est à savoir que lorsqu'un enfant est en crise, il perd sa capacité à penser et n'est plus « rationnel » (Savard, 2008). Dans ce contexte, les interventions longues, verbales et cognitives (et donc la mentalisation) sont donc à mettre de côté au profit d'une approche visant plutôt à sécuriser physiquement. Finalement, cet éclairage de la neuropsychologie nous renseigne quant au fait quela période de retour au calme suite à une crise peut être très longue (généralement proportionnelle à l'intensité de la crise et au nombre de crises récentes, ce qui peut parfois durer des heures) (Savard, 2008). Un retour verbal ou une tâche cognitive trop hâtive peut facilement la déclencher à nouveau. Ceci explique l'idée voulant qu'une intervention axée sur la mentalisation requiert de l'intervenant le maintien d'une activation émotionnelle chez l'enfant qui ne sera ni trop désengagée, ni trop submergeante (Allen et al., 2008; Allen & Fonagy, 2006; Bateman, 2010; Verheugt-Pleiter et al., 2008;).

Une autre dimension de la mentalisation explorée en neurobiologie concerne les émotions. Ces dernières sont importantes à considérer pour moult raisons. L'émotion est un état mental qui accompagne presque toujours les autres états mentaux et qui rend la mentalisation plus riche et complète (Jurist, 2005). Une émotion, c'est un engagement

subjectif dans le monde, c'est l'attribution d'un sens subjectif à une réaction physiologique causée par l'environnement afin de guider nos actions (Allen et al., 2008). D'un point de vue évolutif, l'émotion sert conséquemment à s'adapter. La convergence entre cognition et émotion au sein du processus de mentalisation représente le cœur de la régulation affective, de la capacité à se réguler par la pensée (Jurist, 2005). Plutôt que de la subir passivement, l'individu apprend à utiliser l'émotion pour se comprendre et comprendre le monde qui l'entoure. Par contre, il est plus difficile de mentaliser au sein d'affects intenses. Lorsque l'émotion croît, l'individu perd peu à peu sa capacité de mentalisation. Le but de l'intervention en mentalisation ne sera pas d'avoir une position détachée et intellectualisée de l'émotion, mais bien d'arriver à la clarifier. La mentalisation ne consiste donc pas uniquement à penser clairement, mais aussi à ressentir clairement (Allen et al., 2008). La considération et l'identification des émotions dans l'intervention axée sur la mentalisation est donc primordiale.

L'identification du niveau de mentalisation chez l'enfant

La mentalisation est une capacité qui est en développement dès la naissance. Avant d'arriver à mentaliser, l'enfant passe cependant par différents modes pré-mentalisans qu'il doit intégrer ensemble. La majorité des gens réussissent à développer une certaine capacité de mentalisation. Toutefois, cette capacité sera plus efficace chez certains, résistant davantage aux stressors et aux situations chargées émotionnellement (Fonagy & Target, 2000). C'est le cas des individus ayant eu un attachement sécure auprès d'un parent ayant une bonne capacité de mentalisation. Chez des personnes ayant vécu des traumatismes dans la relation d'attachement ou des écueils dans le développement, elle

s'ébranlera plus facilement, entraînant un retour vers un mode pré-mentalisateur (Allen et al., 2008). Certains troubles sont d'ailleurs caractérisés par un fonctionnement prédominant de ces modes pré-mentaliseurs, notamment les troubles de personnalité limite et antisocial (Bateman & Fonagy, 2012a; Fonagy & Target, 1996b). Voici un bref résumé de ces modes et de comment ils peuvent s'articuler dans le contexte des jeunes hébergés en centre jeunesse. Seront décrits, dans l'ordre selon lequel ils se présentent au sein du développement de l'enfant, les modes téléologique, d'équivalence psychique, comme-si et de mentalisation.

Le mode téléologique

Dans le développement normal, ce mode se développe entre la naissance et le milieu de la seconde année de vie (Fonagy & Allison, 2012). Il est caractérisé par une représentation mécaniste et rationnelle des motifs d'une action en termes d'effets visibles et concrets (Allen et al., 2008; Bateman, 2010; Fonagy & Allison, 2012; Gergely, 2003; Verheugt-Pleiter et al., 2008). Dans l'esprit de l'enfant, un geste est posé simplement pour obtenir le résultat qu'il engendre ou que l'enfant s'attend qu'il engendre (Gergely, 2003). Le mode téléologique se fonde sur les observations et les connaissances que le jeune enfant réalise par rapport aux actions d'autrui. Celles-ci lui permettent de faire ses premières inférences relatives aux autres et à l'environnement, sans toutefois qu'il ne considère les états mentaux (Gergely, 2003). Sa compréhension des actions se limite donc surtout aux conséquences physiques plutôt que mentales (Bateman, 2010). Pour l'enfant, la seule preuve d'une modification d'un état interne chez autrui est une preuve réelle,

tangible et observable. L'acquis principal réalisé au terme de ce mode est qu'une action est explicable et posée pour atteindre un but (Allen et al., 2008).

Un fonctionnement prédominant d'un enfant plus âgé en ce mode peut être exacerbé par un vécu de traumatismes sévères dans la relation d'attachement. Même s'il aurait l'habileté de le faire, l'enfant ne tient généralement pas compte des états mentaux car cette considération pourrait provoquer une grande détresse chez lui (Allen, 2001; Fonagy & Target, 2000). Il se retire plutôt du monde mental car la conception du parent comme étant habité d'états mentaux malveillants lui est trop traumatique (Allen, 2001; Fonagy & Target, 2000). Un enfant fonctionnant majoritairement en ce mode affiche une régulation axée sur le corps marquée par l'agir, l'agressivité ou la surexcitation. Sa compréhension de lui-même, des autres et du monde qui l'entoure est axée sur l'observable, le tangible. Les mots ou les états mentaux prennent donc peu ou pas d'importance en comparaison aux comportements et à l'environnement physique (Allen et al., 2008; Verheugt-Pleiter et al., 2008). Quelques exemples d'un fonctionnement prédominant en ce mode en centre jeunesse seraient un enfant ayant besoin d'une preuve tangible d'affection, « agissant » ses émotions, se voyant tout bon ou tout mauvais selon le dernier geste posé ou encore ayant la certitude d'avoir perdu l'amour d'un intervenant suite à une mauvaise action (Domon-Archambault & Terradas, 2012). Le mode téléologique est aussi celui vers lequel l'enfant se replie lorsqu'il est en crise. L'augmentation de la détresse occasionne une perte de la capacité à penser et à considérer les états mentaux. Le corps et le comportement prennent alors une importance prépondérante autant dans la régulation que dans l'expression de soi et la compréhension de ce qui se passe autour du jeune. Il n'est donc

pas surprenant que certains enfants devant être contenus physiquement voient cette action comme étant une attaque puisqu'ils sont retenus contre leur gré. Le mode téléologique engendre volontiers chez l'intervenant un vécu d'anxiété et de détresse en raison des états internes intenses et non représentés psychiquement que l'enfant vit, lesquels se traduisent souvent en comportements tout aussi intenses (Bateman & Fonagy, 2012a). Il tend également à porter l'éducateur vers l'action (Bateman, 2010).

Le mode d'équivalence psychique

Ce second mode couvre sommairement la période entre le milieu de la seconde année de vie jusqu'à trois ans (Fonagy & Allison, 2012). Avec une capacité de représentation naissante, l'enfant comprend de plus en plus que les humains sont des êtres intentionnels dont les actions peuvent être expliquées tant par des changements observables que par des états prenant place dans leur esprit (Fonagy & Allison, 2012). Il commence ainsi à considérer les états mentaux. Ces états mentaux ne sont toutefois pas vécus par l'enfant comme étant des représentations distinctes de la réalité, mais bien comme étant des répliques de ce qui se déroule dans celle-ci (Fonagy & Target, 1996b). L'enfant n'arrive pas à comprendre que ce qui se passe dans son esprit est généré par l'esprit lui-même. Il y a une équivalence dans l'esprit de l'enfant entre les apparences et la réalité, entre le monde interne et le monde externe (Allen et al., 2008). L'équivalence concerne également la perception qu'a l'enfant de ce qui se passe dans l'esprit d'autrui, qui est perçu comme équivalent au sien. Ce n'est pas que l'enfant assume que la perspective des autres est la même que la sienne, mais bien qu'il est persuadé que tout le monde sait ou vit la même chose (Fonagy et al., 2012). L'équivalence psychique engendre deux phénomènes en

apparence opposés (Fonagy & Target, 1996a). D'abord, elle rend l'information du monde externe très puissante et lui confère une influence sur le monde interne qui est difficile à mitiger. Ensuite, elle rend terriblement réel le monde interne. Pour reprendre les termes de Fonagy et Target (1996b) : « Ce qui est pensé est vrai et ce qui est vrai est pensé » (p. 464). La régulation d'un enfant fonctionnant en ce mode se fera en corollaire également de deux façons. L'enfant pourra s'appuyer complètement sur autrui ou encore tenter de faire correspondre l'environnement et les autres à sa réalité interne par une prise de contrôle. L'acquis majeur du stade d'équivalence psychique est que l'esprit est influençable et peut être influencé (Allen et al., 2008).

Une fixation au stade d'équivalence psychique peut se produire lorsque le parent est accordé à l'état interne de l'enfant, mais sans réussir à refléter à l'enfant des émotions marquées et à contenir sa détresse (Schmeets, 2009; Fonagy et al., 2004). Il n'a donc pas pu contribuer à symboliser, à interpréter les états internes pour l'enfant. Les états internes auxquels on ne peut penser sont donc vécus comme étant trop réels (Fonagy & Target, 1996a). Lorsque la détresse de l'enfant est mal régulée par le parent, l'enfant peut en comprendre que sa détresse génère de la détresse équivalente chez autrui. Il peinera à départager le rôle de ses états internes et celui de l'environnement dans les états mentaux des autres. Quelques exemples d'un fonctionnement prédominant en équivalence psychique en centre jeunesse seraient un enfant qui dit savoir ce que les autres pensent, qui attribue aux autres ses émotions, qui est certain que ce qui l'habite est destructeur pour autrui ou qui peine à faire semblant car le jeu lui est trop réel (Domon-Archambault &

Terradas, 2012). Ce mode entraîne, chez l'intervenant, de la confusion, de l'incrédulité, de la colère et de l'impuissance (Bateman, 2010).

Le mode comme-si

Le troisième mode pré-mentalisateur se développe vers l'âge de 3 ans (Fonagy et Target, 1996a). Le jeu revêt une importance cruciale pour ce mode. En effet, lorsqu'il joue, l'enfant en vient graduellement à comprendre qu'il peut mettre en scène son vécu interne sans que celui-ci ne soit lié au monde externe. Lorsque l'enfant est en mode comme-si, il se doit cependant de maintenir le jeu, et donc le monde interne, bien séparé du monde externe. Dans le cas contraire, le mode d'équivalence psychique, bien étayé à cette période du développement, reprend l'ascendant et peut lui faire vivre de la détresse (Fonagy & Target, 1996b). L'état interne doit en effet être clairement marqué, exagéré, pour s'éloigner de toute correspondance avec la réalité. Dans un contexte où l'enfant fonctionne majoritairement en équivalence psychique, le jeu en mode comme-si permet d'explorer les états mentaux, même menaçants (Verheugt-Pleiter et al., 2008). Dans le mode comme-si, les états mentaux ne peuvent être menaçants car ils ont perdu leur lien avec la réalité. Ceci explique pourquoi l'enfant est souvent en avance, d'un point de vue mentalisation, dans le jeu par rapport à la réalité (Fonagy & Target, 1996a). Toute confrontation au réel inhibera cependant l'imagination de l'enfant. L'acquis principal de ce stade pré-mentalisateur est que les mondes interne et externe sont des entités distinctes et séparées (Allen et al., 2008).

Un fonctionnement mental marqué par la primauté du mode comme-si peut survenir lorsque le parent n'a pas bien réussi à s'accorder à ce qu'exprime l'enfant (Fonagy et al.,

2004). Le parent lui a reflété des émotions marquées, mais qui ne correspondent pas à son vécu. Son monde interne ne correspond donc pas à la réalité externe ou à ce qu'il ressent. L'enfant a alors tendance à ne pas comprendre certains aspects de son expérience ou à développer un « faux self », soit une image de soi qui correspond davantage aux perceptions et états internes du parent qu'à ses propres états internes. Il peut aussi être prompt à croire ou affirmer que les autres ne peuvent pas comprendre ses états mentaux, voire qu'ils ne s'y intéressent pas. La régulation d'un enfant fonctionnant davantage dans ce mode se fera à l'extérieur de la relation avec autrui, dans un jeu ou un discours complètement déconnecté de son vécu interne (Fonagy & Target, 1996a). L'enfant aura de plus une compréhension de lui-même, des autres et du monde qui l'entoure s'avérant complètement détachée de la réalité et souvent exempte d'émotions authentiques (Bateman, 2010). Quelques exemples du mode comme-si en centre jeunesse pourraient s'illustrer par un enfant qui fait parfois de la dissociation, qui a un discours vide ou faussement mature, qui rationalise ou qui n'arrive pas à identifier ses états mentaux, mais peut y arriver chez autrui (Domon-Archambault & Terradas, 2012). Ce mode suscite chez l'éducateur des réactions d'ennui ou le sentiment d'avoir peu d'emprise sur l'enfant (Bateman, 2010).

La mentalisation

La capacité de mentalisation est relativement stable et étayée à partir de l'âge de 4 ou 5 ans (Jurist, 2005). Cet acquis se réalise par l'intégration progressive des modes mentalisants précédemment décrits. Cette intégration se fait par le jeu et les interactions avec un parent affichant des réponses contenantantes, contingentes, marquées et accordées

aux états mentaux de l'enfant (Fonagy et al., 2004). Pour que cette intégration s'effectue adéquatement, il faut que l'enfant puisse vivre une diversité d'états mentaux et que ceux-ci soient représentés dans l'esprit de son parent tout en étant en lien avec la réalité (Fonagy & Target, 1996a). L'enfant en vient à saisir que ce qu'il vit dans son monde psychique est réel, mais ne correspond pas nécessairement exactement à la réalité (externe). Ses états mentaux sont des représentations de la réalité, tout comme le sont ceux des autres. L'enfant peut mettre à l'épreuve ses états mentaux dans la réalité pour ainsi les modifier (Fonagy & Target, 1996a). Les mondes interne et externe s'influencent mutuellement sans qu'aucun des deux n'ait l'ascendant sur l'autre. La régulation des enfants ayant une bonne capacité de mentalisation se fait par la pensée ou en ayant recours à autrui, à la relation, pour être rassuré.

De façon générale, la capacité de mentalisation se développe dans une relation d'attachement au sein de laquelle le parent a été suffisamment sensible aux besoins de l'enfant et a réussi à contenir sa propre détresse. Le parent a ainsi dû s'autoréguler et mentaliser tout en répondant de façon contingente et accordée à ce que l'enfant exprimait. Il a donc su sécuriser l'enfant et l'aider à réguler ses émotions et son comportement. Quelques exemples d'une bonne capacité de mentalisation chez un enfant serait un jeune qui considère ce que l'autre pense et ressent, qui exprime ses états mentaux, qui fait semblant tout en réalisant que ce n'est qu'un jeu ou qui a le sens de l'humour (Allen et al., 2008).

Et les intervenants dans cette dyade ?

La capacité de mentalisation de tout individu a des zones de fragilité plus ou moins importantes. Certains contextes ou certaines interactions avec autrui peuvent ainsi mettre cette capacité à l'épreuve. Un vécu de stress altère également la capacité de mentalisation. Le travail avec les clientèles difficiles expose donc inévitablement les intervenants à des pertes momentanées de leur capacité de mentalisation (Bevington & Fuggle, 2012). Dans ces moments, une régression vers des modes pré-mentalisans peut être notée. Il est important de reconnaître cette réalité afin de l'accepter sans honte et d'identifier les situations où l'on perd la capacité à mentaliser afin de la rétablir (Bevington & Fuggle, 2012). Cette identification peut se faire dans le cadre de rencontres d'équipe. Brièvement, un fonctionnement dans le mode téléologique pourrait se manifester par une centration unique sur le comportement de l'enfant, des agirs impulsifs en intervention ou encore une compréhension clinique se limitant aux manifestations observables d'un diagnostic. Le mode d'équivalence psychique se marque plutôt, par exemple, par une difficulté à tolérer les perspectives alternatives ou à se remettre en doute ou encore par une tendance à s'attribuer complètement la responsabilité des conflits. Le mode comme-si pourrait quant à lui se noter chez un éducateur qui cherche à faire coller une théorie à un jeune, qui rationalise ou qui utilise peu ses émotions dans l'intervention. L'importance de s'observer ainsi dans la façon de *jouer* avec les états mentaux repose sur le fait que cette attitude confirme d'emblée que l'intervenant est en train de mentaliser (Domon- Archambault & Terradas, 2012).

Une intervention générale

Une des caractéristiques fondamentales de l'approche axée sur la mentalisation est son aspect naturel, commun et simple. Avant de discuter de la technique selon les niveaux de développement de la capacité de mentalisation des enfants, il incombe donc de décrire l'attitude et les principes de base caractérisant l'intervention axée sur la mentalisation.

Sécurité

Cette notion reprend l'idée qu'il faut transmettre un minimum de sentiment de sécurité à l'enfant pour qu'il soit apte à considérer ses états mentaux et ceux d'autrui. L'intervention axée sur la mentalisation se concentre de la sorte dans les moments avant ou après une crise ou un trop-plein (Allen et al., 2008). Dans les moments de crise, alors que l'enfant est en mode téléologique et que ses fonctions corticales sont grandement réduites, l'objectif est de l'apaiser d'abord et avant tout. Il importe de ne pas négliger cette étape même si cela demande du temps et de la patience. En d'autres termes, l'intervention vise à stabiliser la capacité de mentalisation dans un contexte de relation d'attachement tout en la rétablissant, en sécurisant l'enfant, lorsqu'il la perd (Allen et al., 2008). Par ailleurs, il convient de garder à l'esprit que le cadre doit d'abord et avant tout s'assurer de promouvoir une telle sécurité.

Empathie

Ce principe commande d'emblée de demeurer réaliste quant aux capacités d'expression de l'enfant hébergé en centre jeunesse. En effet, la nature de ses difficultés fera souvent en sorte qu'il « parle » d'abord avec ses gestes qui doivent dès lors être considérés comme une expression de soi, même si elle est souvent inadéquate. Il convient

de l'aider à « penser » ce qu'il veut exprimer dans ses comportements (Verheugt-Pleiter et al., 2008). Ensuite, il est de la même façon important de valoriser la mise en mots inadéquate plutôt que l'agir. Par cela, on n'entend pas d'encourager l'enfant à tenir des propos inadéquats, mais bien à les accepter, à les renommer adéquatement en termes d'états mentaux et à encourager une telle expression plutôt que des gestes agressifs. En outre, dans l'approche d'interventions axées sur la mentalisation, on considère que ce que l'enfant nous dit ou interprète est *sa vérité*, même si celle-ci ne correspond pas à ce qui s'est réellement passé (Verheugt-Pleiter et al., 2008). Cette considération implique également de reconnaître que certains gestes ou propos des intervenants, même parfois anodins, peuvent avoir causé de la détresse chez le jeune. Finalement, il est important de demeurer sensible au fait que certains états mentaux sont difficiles à vivre. La crise ou l'opposition ne sera ainsi plus comprise comme une provocation, mais bien comme une perte, souvent prévisible, de la capacité de mentalisation (Malberg, 2012).

Mentalisation

Ceci peut paraître comme allant de soi, mais il importe de diminuer les interventions non-mentalissantes et d'accroître les interventions mentalissantes lors du travail auprès des jeunes hébergés en centres jeunesse. Une intervention mentalissante se caractérise par de la réflexivité, du dynamisme (p. ex., être actif, poser des questions), une utilisation de l'humour et des métaphores adaptés à l'enfant, de la spontanéité, de la créativité, de la curiosité, un discours simple et direct, un « gros bon sens », une ouverture d'esprit, une centration sur l'ici-et-maintenant, une acceptation de ses défauts et de ceux des autres de même que de la flexibilité (Allen et al., 2008). Elle se centre sur l'esprit de l'enfant plutôt

que sur un comportement précis, soutenant l'attribution d'un sens au comportement observé (Nijssens et al., 2012). Elle permet au jeune de se comprendre par rapport à ce qu'il pense ou ressent et non uniquement ce qu'il fait. Une intervention axée sur la mentalisation doit au surplus être adaptée au niveau de mentalisation de l'enfant tout en requérant simultanément de l'intervenant qu'il garde un œil sur sa propre capacité de mentalisation (Allen et al., 2008). Ceci implique de se pencher sur le processus plutôt que de seulement donner un contenu, une réponse à l'enfant. Un enfant qui est visiblement anxieux pourrait, par exemple, si on lui dit qu'il semble anxieux, se sentir profondément incompris si ce n'est pas comme cela qu'il comprend les choses à ce stade de son développement. Inversement, il pourrait aussi accepter cette proposition sans que celle-ci n'ait réellement de sens pour lui. Diverses techniques sont proposées dans le manuel pour encourager la mentalisation tant chez l'intervenant que les enfants (voir à ce sujet Domon-Archambault & Terradas, 2012).

Collaboration

Il est important d'insister sur le fait que la mentalisation est une capacité qui se développe en relation. Les acteurs de cette relation se doivent tous deux d'être impliqués pour que le processus puisse prendre place. L'intervention axée sur la mentalisation vise donc à rendre l'enfant un collaborateur actif pour qu'il apprenne éventuellement à mentaliser par lui-même ou avec autrui. Cette approche implique de prendre une position du type : on ne sait pas ce qui se passe, mais on va chercher à comprendre ensemble, de réfléchir à voix haute en commun, de refaire ensemble la séquence des événements ou encore d'émettre à plusieurs des hypothèses sur ce qui se passe (Allen et al., 2008;

Verheugt-Pleiter et al., 2008). Bien évidemment, il est important de travailler à la limite des capacités de l'enfant : assez proche pour qu'il saisisse qu'il peut y arriver par lui-même; assez loin pour que ça représente un défi et qu'il ait besoin d'un coup de pouce (Allen et al., 2008).

Jeu et approche positive

Le jeu est l'un des plus puissants vecteurs de mentalisation qui soit. C'est à travers le jeu que l'enfant arrive notamment, à l'aide du parent, à étayer et intégrer les modes pré-mentalitants (Fonagy & Target, 1996a). Bien que ce soit souvent l'image qu'on s'en fait, le jeu ne se limite pas uniquement aux activités ludiques effectuées par les enfants. Il correspond également à cet espace transitionnel décrit par Winnicott (1971), se situant entre le monde réel et la fantaisie pure, entre ce qui ne relève que de l'intérieur et ce qui appartient à la réalité extérieure, bref, entre l'équivalence psychique et le comme-si. Jouer avec les idées, s'imaginer différentes possibilités, créer des métaphores, faire semblant, faire des blagues ou se mettre à la place de l'autre ne sont que quelques exemples du jeu dans la vie quotidienne, même chez l'adulte. L'approche axée sur la mentalisation auprès des enfants invite les intervenants à jouer le plus possible. Elle cherche à souligner qu'une intervention ne doit pas nécessairement rimer avec difficulté, crise ou trouble. Elle met plutôt de l'avant une intervention qui sollicite à mentaliser dans la vie de tous les jours, et non uniquement quand ça ne va pas. Un état mental positif a autant de valeur thérapeutique qu'un état mental négatif chez la clientèle des centres jeunesse, laquelle est composée d'enfants ayant de sévères difficultés de régulation. Le but de l'intervenant est conséquemment d'amener l'enfant d'un état où il ne peut pas jouer à un état où il pourra

le faire (Winnicott, 1971). Dans un autre ordre d'idées, l'intervention proposée invite les intervenants à souligner chaque petit gain réalisé par les enfants en termes de considération ou d'identification d'états mentaux (Allen et al., 2008).

Une intervention à plusieurs niveaux

Même si l'approche axée sur la notion de mentalisation destinée aux intervenants des centres jeunesse se fonde en grande partie sur une attitude naturelle et ludique, elle implique aussi des interventions plus spécifiques en fonction du niveau de mentalisation auquel se situe l'enfant. Bien que la description complète des techniques pour chacun des modes dépasse la visée du présent article, voici un résumé de celles-ci, lesquelles s'inspirent en partie des travaux d'Allen et al. (2008) de même que ceux de Verheugt-Pleiter et al. (2008).

Mode téléologique : la crise

Le but de l'intervention face à un enfant en crise sera de l'apaiser jusqu'au retour à un niveau d'activation tolérable (le reconforter tout en assurant la sécurité physique). Il est déconseillé de recommencer à considérer les états mentaux avant qu'il ne soit apaisé sans quoi l'enfant risque de vivre à nouveau de la détresse. Quelques exemples de techniques pouvant être employées sont de contenir le jeune dans un lieu sécuritaire tout en demeurant à proximité, d'éviter les interventions verbales en faisant des requêtes simples ou encore d'éviter les tâches cognitives (Domon-Archambault & Terradas, 2012). Le but de ces techniques n'est pas de mettre l'enfant à distance physiquement ou mentalement. Il consiste plutôt à l'accompagner et le soutenir, par le biais d'une distance relationnelle bien dosée, dans le recouvrement de sa capacité à considérer les états mentaux et se réguler.

Autres manifestations du mode téléologique

La cible recherchée avec un enfant fonctionnant de façon prédominante dans un mode téléologique est de l'amener à considérer les états mentaux dans sa compréhension de lui-même et d'autrui, bref à se référer de moins en moins à l'observable et de plus en plus à ce qui ne l'est pas (les états mentaux). Pour ce faire, il importe d'emblée que l'enfant arrive à identifier ce qui se passe au niveau de son corps et dans son comportement lorsqu'il vit un état mental. Des exemples d'interventions sont l'observation des comportements, la clarification des gestes posés, la distinction entre le comportement de l'enfant et celui d'autrui, l'exagération des comportements pour signifier que quelque chose se cache derrière, l'identification d'états mentaux chez des personnages d'histoires ou de films, la mise en mots d'états mentaux en lien avec les sensations physiques ou encore le renforcement de toute tentative de considération d'états mentaux chez le jeune, même lorsque celle-ci est erronée (Domon-Archambault & Terradas, 2012).

Mode d'équivalence psychique

L'intervention auprès d'un jeune se situant majoritairement au niveau de l'équivalence psychique doit tenter de créer la séparation entre la pensée et le monde extérieur en favorisant la mentalisation d'autrui et en nuanciant la mentalisation de soi. Pour ce faire, il est possible de clarifier ses propres états mentaux en lien avec le comportement de l'enfant, d'aborder fréquemment les états mentaux pour en suivre les changements et ce qui les engendre, de faire la séquence de ce qui a suscité certains états mentaux, de souligner toute bonne hypothèse de l'enfant dans l'identification de ce qui se passe chez autrui, d'utiliser les projections de l'enfant comme indice de ce qui se passe dans son esprit

ou encore d'avoir recours à un observateur réel ou imaginé pour aider l'enfant à jeter un regard extérieur sur lui-même. Il est également important de bien « marquer » les interactions avec l'enfant pour qu'il saisisse que ses états mentaux peuvent exister, mais de façon différente chez autrui (Domon-Archambault & Terradas, 2012).

Mode comme-si

Le but de l'intervention réalisée avec un enfant fonctionnant dans le mode comme-si sera de recréer le pont entre la pensée et la réalité en agissant comme ancrage sécurisant à la réalité et en le reconnectant avec ce qu'il ressent et avec les autres personnes. Ceci s'effectuera en invitant le jeune à décrire et en exposant soi-même un vécu émotif, en renforçant l'expression de soi, en faisant des dévoilements de soi concernant ses émotions, en faisant la séquence de ce qui a amené l'enfant à s'éloigner du réel et en invitant les autres enfants à le mentaliser (Domon-Archambault & Terradas, 2012). La figure 3 oriente les interventions de l'éducateur en fonction du mode pré-mentalisateur prédominant chez l'enfant.

-----Insérer ici la Figure 3-----

L'intervision

En terminant, il est essentiel de souligner l'importance de la supervision par les pairs, ou intervvision, en ce qui a trait aux interventions axées sur la mentalisation pour les éducateurs des centres jeunesse. Les enfants hébergés en centre jeunesse présentent des problématiques très complexes, des comportements intenses et peuvent aisément faire vivre des émotions risquant de faire perdre la capacité de mentalisation aux gens qui les côtoient ou interviennent auprès d'eux. Les comportements de ceux-ci rendent ardu pour

les éducateurs de penser clairement, d'être calme et flexible (Bevington & Fuggle, 2012). Ceci peut mettre l'intervenant face à un échec apparent difficile à vivre. Plutôt que d'en avoir honte, l'approche axée sur la mentalisation propose au contraire de faire fructifier ces situations en les utilisant pour mentaliser en équipe. Il importe donc de parler de son expérience avec ses collègues et de discuter des cas dans l'optique d'améliorer concrètement l'intervention ou de modifier les caractéristiques du milieu d'intervention (p. ex., l'horaire, les règles, les locaux). Pour se faire, il conviendra de « penser ensemble », d'aider l'intervenant à conserver ou à récupérer sa capacité à mentaliser. En situation de stress, les collègues agiront comme base de sécurité pour penser à ce qui arrive. Les interventions en foyer de groupe ou en centre de réadaptation impliquent un travail d'équipe qui s'avère ainsi être une des richesses de cette modalité d'intervention.

RÉFÉRENCES

- Allen, J. G. (2001). *Traumatic relationships and serious mental disorders*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Allen, J. G. (2013). *Mentalizing in the development and treatment of attachment trauma*. London: Karnac Books.
- Allen, J. G., & Fonagy, P. (2006). *Handbook of mentalization-based treatment*. London: John Wiley & Sons.
- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Washington: American Psychiatric publishing.
- Allen, J. G., Lemma, A., & Fonagy, P. (2012). Trauma. Dans A. W. Bateman & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (pp. 419-444). Washington, DC: American Psychiatry Publishing.
- Bateman, A. W. (2010, avril). *Trouble de la personnalité limite : l'intervention basée sur la mentalisation pour les intervenants de première ligne*. Conférence présentée à l'Université McGill, Montréal, Canada.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2012a). Individual techniques of the basic model. Dans A. W. Bateman & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (pp. 67-80). Washington, DC: American Psychiatry Publishing.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2012b). Borderline personality disorder. Dans A. W. Bateman & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (pp. 273-288). Washington, DC: American Psychiatry Publishing.

- Bevington, D., & Fuggle, P. (2012). Supporting and enhancing mentalization in community outreach teams working with hard-to reach youth. The AMBIT approach. Dans N. Midgley & I. Vrouva (Eds.), *Minding the child: Mentalization-based interventions with children, young people and their families* (pp. 35-53). New York: Routledge.
- Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psycho-Analysis*, 39, 350-373.
- Breton, D. (2005). Les enfants hébergés de 6-12 ans : une question d'approche. *Objectif Prévention*, 28, 22-23.
- Breton, D. (2009). La théorie de l'attachement fait des petits. *Objectif Prévention*, 32, 6-7.
- Centres jeunesse du Québec (2012). *Un enfant... des parents au cœur de l'intervention. Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse/Directeurs provinciaux*. Montréal: Association des centres jeunesse du Québec.
- Domon-Archambault, V., & Terradas, M. M. (2012). Manuel de formation aux interventions axées sur la mentalisation destiné aux éducateurs des centres jeunesse. Document inédit. Université de Sherbrooke, Canada.
- Fernandez, E. (2008). Unravelling emotional, behavioural and educational outcomes in a longitudinal study of children in foster-care. *British Journal of Social Work*, 38, 1283-1301.
- Fonagy, P., & Allison, E. (2012). What is mentalization? The concept and its foundations in developmental research. Dans N. Midgley & I. Vrouva (Eds.), *Minding the child:*

- Mentalization-based interventions with children, young people and their families* (pp. 11-33). New York: Routledge.
- Fonagy, P., Bateman, A. W., & Luyten, P. (2012). Introduction and overview. Dans A. W. Bateman & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (pp. 3-42). Washington, DC: American Psychiatry Publishing.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2004). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press.
- Fonagy, P., Steele, H., & Steele, M. (1991). Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Development, 62*, 891-905.
- Fonagy, P., Steele, H., Steele, M., Higgitt, A., & Target, M. (1994). The theory and practice of resilience. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 35* (2), 231-257.
- Fonagy, P., & Target, M. (2005). Bridging the transmission gap: An end to an important mystery of attachment research? *Attachment & Human Development, 7*, 333-343.
- Fonagy, P., & Target, M. (1996a). Playing with reality I: Theory of mind and the normal development of psychic reality. *International Journal of Psycho-Analysis, 77*, 217-234.
- Fonagy, P., & Target, M. (1996b). Playing with reality II: The development of psychic reality from a theoretical perspective. *International Journal of Psycho-Analysis, 77*(3), 459-479.
- Fonagy, P., & Target, M. (2000). Playing with reality III: The persistence of dual psychic reality in borderline patients. *International Journal of Psycho-Analysis, 81*, 853-779.

- Frederico, M. M., Jackson, A. L., & Black, C. M. (2008). Understanding the impact of abuse and neglect on children and young people referred to a therapeutic program. *Journal of Family Studies, 14*, 342-361.
- Gagnon, K. (2010, 15 juillet). Un éducateur sur deux victimes de violence. *La Presse*. Document consulté le 7 décembre 2010 de <http://www.cyberpresse.ca/actualites/quebec-canada/201003/26/01-4264806-uneducateur-sur-deux-victime-de-violence.php>
- Gergely, G. (2003). The development of teleological versus mentalizing observational learning strategies in infancy. *Bulletin of the Menninger Clinic, 67*, 113-131.
- Jurist, E. L. (2005). Mentalized affectivity. *Psychoanalytic Psychology, 22*, 426-444.
- Lawrence, C. R., Carlson, E. A., & Egeland, B. (2006). The impact of foster care on development. *Development and psychopathology, 18*, 57-76.
- Luyten, P., Fonagy, P., Lowyck, B., & Vermote, R. (2012). Assessment of mentalization. Dans A. W. Bateman & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (pp. 43-66). Washington, DC: American Psychiatry Publishing.
- Luyten, P., Fonagy, P., Lemma, A., & Target, M. (2012). Depression. Dans A. W. Bateman & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (pp. 385-418). Washington, DC: American Psychiatry Publishing.
- Malberg, N. T. (2012). Thinking and feeling in the context of chronic illness: A mentalization-based group intervention with adolescents. Dans N. Midgley & I. Vrouva (Eds.), *Minding the child: Mentalization-based interventions with children, young people and their families* (pp. 35-53). New York: Routledge.

- Meins, E., Fernyhough, C., Fradley, E., & Tuckey, M. (2001). Rethinking maternal sensitivity: Mother's comments on infants' mental processes predict security of attachment at 12 months. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 637-648.
- Midgley, N., & Vrouva, I. (2012). Mentalization-based interventions for children, young people and families. The concept and its foundations in developmental research. Dans N. Midgley & I. Vrouva (Eds.), *Minding the child: Mentalization-based interventions with children, young people and their families* (pp. 1-8). New York: Routledge.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2007). *Proposition d'orientations relatives aux services de réadaptation pour les jeunes présentant, outre des problèmes de comportement ou un besoin de protection, des troubles mentaux et qui sont hébergés dans les ressources des centres jeunesse du Québec. Rapport du comité de travail sur la santé mentale des jeunes suivis par les centres jeunesse*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Muller, N., Lidewij, G., & Siecker, I. (2012). Mentalization-based therapies with adopted children and their families. Dans N. Midgley & I. Vrouva (Eds.), *Minding the child: Mentalization-based interventions with children, young people and their families* (pp. 35-53). New York: Routledge.
- Neuvill, V. (2011, janvier). *La mentalisation : Aspects neurobiologiques*. Présentation réalisée dans le cadre du cours Mentalisation, Université de Sherbrooke, Québec, Canada.
- Nijssens, L., Luyten, P., & Bales, D. L. (2012). Mentalization-based treatment for parents (MBT-P) with borderline personality disorder and their infants. Dans N. Midgley & I.

- Vrouva (Eds.), *Minding the child: Mentalization-based interventions with children, young people and their families* (pp. 35-53). New York: Routledge.
- Oppenheim, D., & Koren-Karie, N. (2002). Mothers' insightfulness regarding their children's internal worlds: the capacity underlying secure child-mother relationships. *Infant Mental Health Journal*, 23(6), 593-605.
- Organisation mondiale de la Santé (2014, janvier). La maltraitance des enfants. *Organisation mondiale de la Santé : centre des médias*. Document consulté le 3 août 2014 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/fr/>
- Philips, B., Kahn, U., & Bateman, A. W. (2012). Drug addiction. Dans A. W. Bateman & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (pp. 3-42). Washington, DC: American Psychiatry Publishing.
- Rutter, M., & O'Connor, T. G. (1999). Implications of attachment theory for child care policies. Dans J. Cassidy & P. R. Shaver (Éds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical implications* (pp. 824-844). New York: Guilford Press.
- Savard, C. (2008, Novembre). *Modèle neurodéveloppemental des problèmes de comportements d'opposition*. Conférence présentée à L'hôtel Hyatt Regency, Montréal, Canada.
- Schmeets M. G. J. (2009). *Mentalizing Child Psychotherapy*. Communication présentée au Colloque Fonction réflexive, mentalisation et autorégulation présenté par le service de pédopsychiatrie du Département de psychiatrie de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et du Département de psychologie de l'Université de Sherbrooke, Montréal, Canada.

- Sharp, C., & Fonagy, P. (2008). The parent's capacity to treat the child as a psychological agent: Constructs, measures and implications for developmental psychology. *Social Development, 17*(3), 737-754.
- Sharp, C., Fonagy, P., & Goodyer, I. M. (2006). Imagining your child's mind: Psychosocial adjustment and mother's ability to predict their children attributional response styles. *British Journal of Developmental Psychology, 24*, 197-214.
- Sharp, C., Williams, L. L., Ha, C., Baumgardner, J., Michonski, J., Seals, R., Patel, A. B., Bleiberg, E., & Fonagy, P. (2009). The development of a mentalization-based outcomes and research protocol for an adolescent inpatient unit. *The Bulletin of the Menninger Clinic, 73*, 311-338.
- Simmel, C. (2007). Risk and protective factors contributing to the longitudinal psychosocial well-being of adopted foster children. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 15*, 237-249.
- Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: An introduction. *Attachment & Human Development, 7*, 269-281.
- Slade, A. (2006). Reflective parenting programs: Theory and development. *Psychoanalytic Inquiry, 26*, 640-657.
- Slade, A., Grienenberger, J., Bernbach, E., Levy, D., & Locker, A. (2005). Maternal reflective functioning, attachment and the transmission gap: A preliminary study. *Attachment & Human Development, 7*, 283-298.

- Stein, E., Evans, B., Mazumdar, R., & Rae-Grant, N. (1996). The mental health of children in foster care: A comparison with community and clinical samples. *Canadian Journal of Psychiatry, 41*, 385-391.
- Twemlow, S. W., Fonagy, P., & Sacco, C. (2012). A developmental approach to mentalizing communities through the Peaceful Schools experiment. Dans N. Midgley & I. Vrouva (Eds.), *Minding the child: Mentalization-based interventions with children, young people and their families* (pp. 35-53). New York: Routledge.
- van IJzendoorn, M. H. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin, 117*, 387-403.
- Vergheugt-Pleiter, A. J. E., Zevalkink, J., & Schmeets, M. G. J. (2008). *Mentalizing in child therapy: Guidelines for clinical practitioners*. London: Karnac.
- Vergheugt-Pleiter, A. J. E., Zevalkink, J., & Fonagy, P. (2012). Mentalization-informed child psychoanalytic psychotherapy. Dans A. W. Bateman & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (pp. 129-158). Washington, DC: American Psychiatry Publishing.
- Winnicott, D. W. (1971). *Playing and reality*. New York : Routledge.

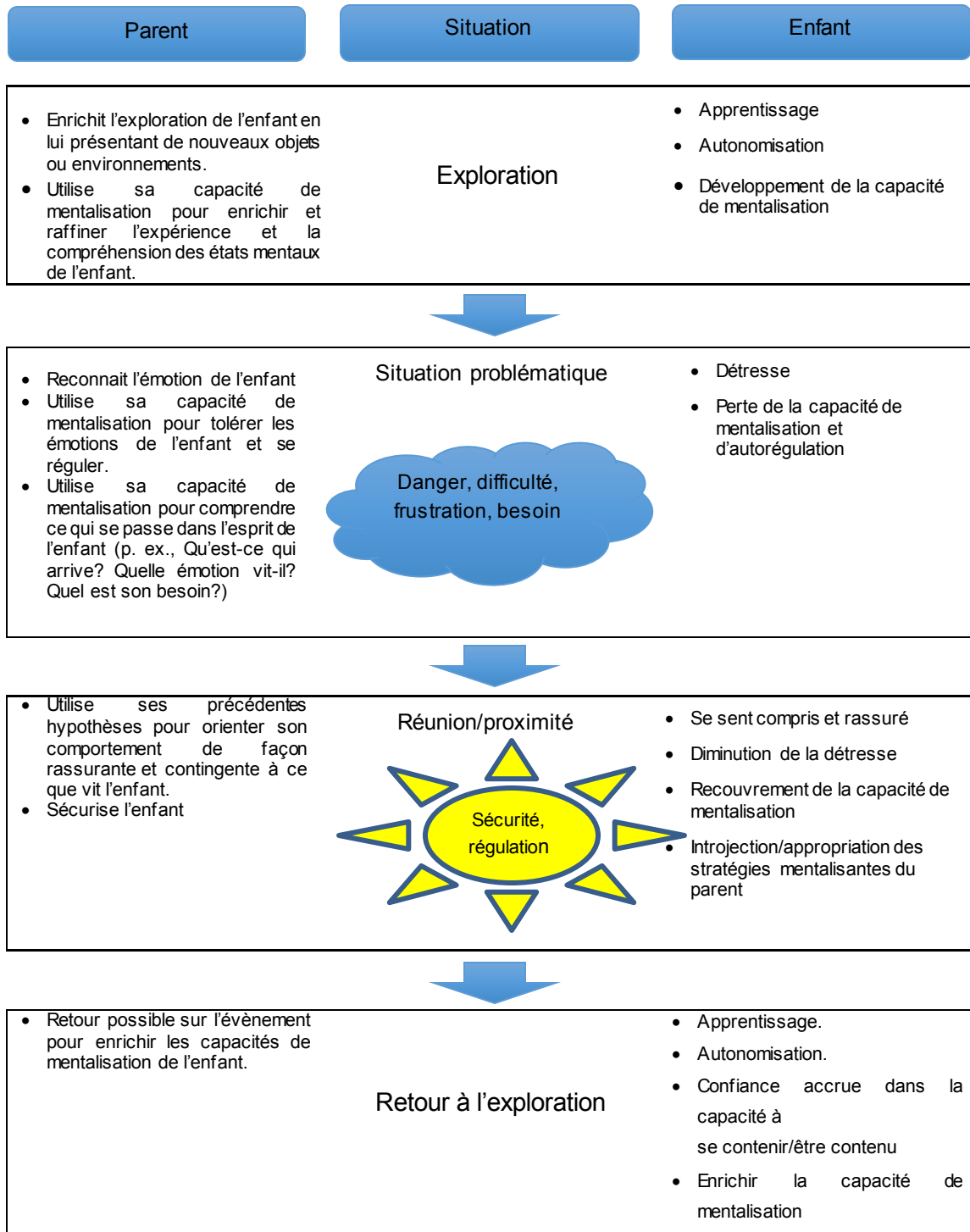


Figure 1. Attachement, capacité de mentalisation et régulation des affects et du comportement au sein de la relation parent-enfant

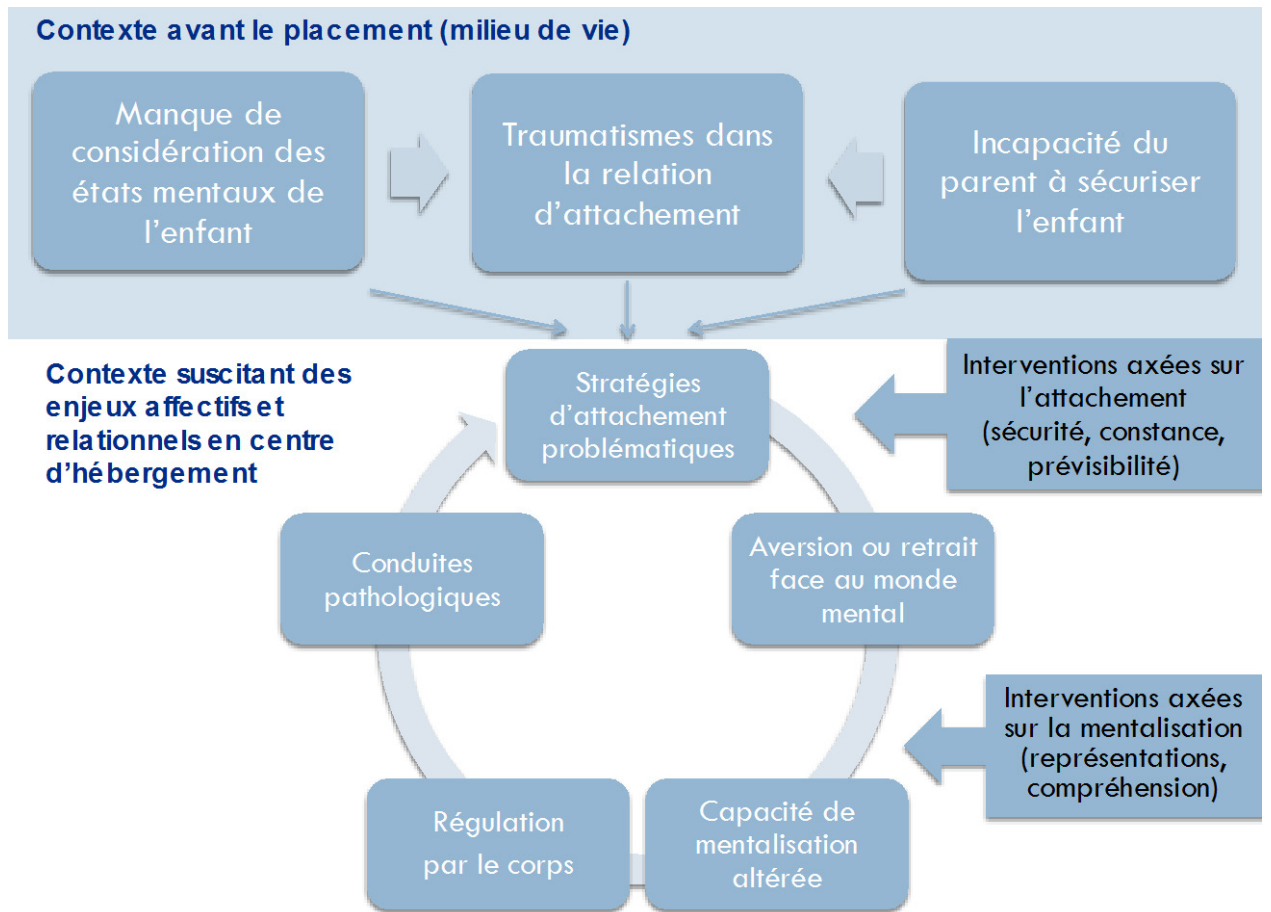


Figure 2. Cycle menant aux difficultés de comportement, d'attachement et de mentalisation chez les enfants hébergés en centre jeunesse.

L'enfant

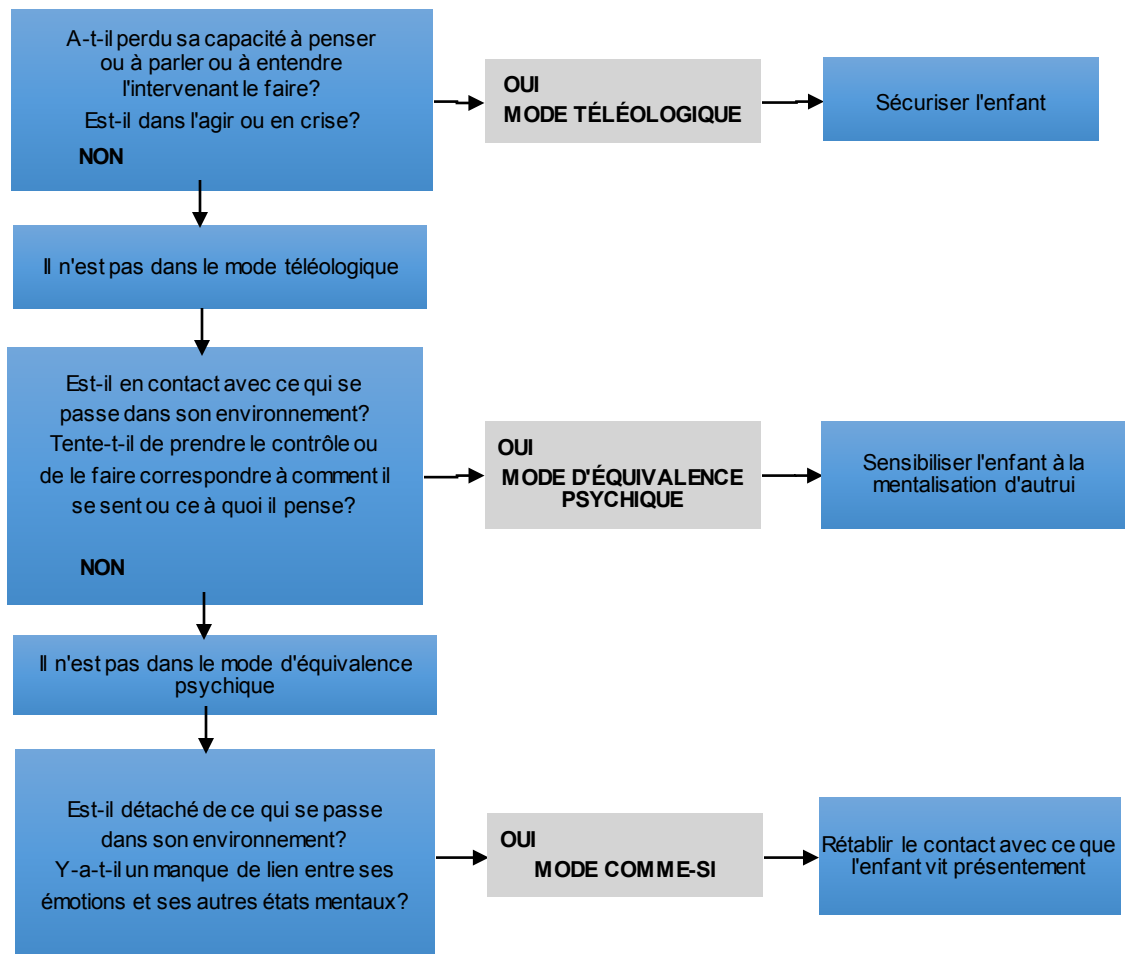


Figure 3. Interventions de l'éducateur en fonction du mode pré-mentalisateur prédominant chez l'enfant

Introduction au deuxième article

La théorie de la mentalisation semble donc être un cadre intéressant pour expliquer les liens existant entre les traumatismes vécus par les enfants hébergés en centre jeunesse, leur recours à des mécanismes d'autorégulation inadaptés de même que les nombreuses difficultés comportementales et émotionnelles qu'ils présentent. Plus encore, ces liens laissent espérer qu'une approche fondée sur cette théorie permette de diminuer ces difficultés. En s'appuyant sur la notion de mentalisation ainsi que sur différents programmes d'interventions axées sur cette notion élaborés pour répondre aux besoins d'autres populations, un manuel de formation aux interventions axées sur la mentalisation pour les éducateurs des centres jeunesse a donc été élaboré dans un premier temps (Domon-Archambault & Terradas, 2012). Cette formation, pensée comme un complément aux modalités d'intervention déjà utilisées en centre jeunesse, vise à sensibiliser les éducateurs à la mentalisation. Elle les outille de sorte à conserver ce processus à l'esprit dans leurs interventions quotidiennes de même que dans leur compréhension des comportements des enfants auprès desquels ils travaillent. En cherchant à accroître les interventions axées sur la mentalisation des éducateurs, cette formation aspire de plus à développer cette capacité chez les enfants hébergés. Conséquemment, une diminution de l'agir et de l'agressivité chez ces derniers est aussi attendue de même qu'une réduction corollaire des épisodes de violence physique et verbale vécus par les éducateurs.

Pour évaluer ces visées, une première formation fondée sur le manuel a été menée auprès des éducateurs de deux ressources du Centre jeunesse de Laval (CJL). Le second article se veut une étude préliminaire de l'efficacité de cette première application du

manuel. Trois mesures réalisées en deux temps distincts (avant et après la formation) ont été utilisées pour arriver à cette fin. La première est une mesure du niveau d'empathie des éducateurs effectuée à l'aide de la version française de l'Empathy Quotient (*EQ*; Baron-Cohen & Wheelright, 2004; Appendice B). Bien qu'elle ne sonde pas directement la capacité de mentalisation, cette mesure a été utilisée car la définition de l'empathie que présentent les auteurs se rapproche de celle de la mentalisation orientée vers autrui (Allen et al., 2008). Tout comme la mentalisation, l'empathie serait à la fois cognitive, comprenant l'appréhension intellectuelle ou en imagination des états mentaux d'autrui, et affective, puisqu'elle implique une réponse émotionnelle conséquente à ces états mentaux (Lawrence, Shaw, Baker, Baron-Cohen, & David, 2004). La notion de mentalisation englobe donc en quelque sorte cette définition, tout en étant plus complexe. Ainsi, cette notion ajoute une dimension concernant la personne elle-même, une sorte d'*empathie envers soi-même*. Elle comprend également l'influence mutuelle entre les états mentaux et les comportements chez soi et chez autrui. La seconde mesure utilisée évalue la CM des éducateurs du centre jeunesse. Comme il n'existait pas d'outil sondant précisément cette capacité au sein de cette population, un canevas d'entrevue, inspiré de certaines questions de l'Entrevue sur le développement du parent (Parent Development Interview-Revised, PDI; Slade, Aber, Bregsi, Berger, & Kaplan, 2004) a été élaboré (Appendice C). Ce canevas d'entrevue a donc été adapté à la relation entre l'intervenant et son jeune de suivi. Cette adaptation a été cotée de la même façon que le PDI, soit en utilisant l'Échelle de cotation du fonctionnement réflexif développée par Slade, Grienenberger, Bernbach, Locker et Levy (2005). Ce canevas est utilisé pour la première fois, à titre exploratoire,

sur la base de sa valeur théorique, sans prétention quant à sa valeur psychométrique. La dernière mesure utilisée concerne les manifestations émotionnelles (comportements intériorisés) et comportementales (comportements extériorisés) des enfants hébergés dans les ressources dont les éducateurs ont pris part à la recherche. L'outil employé à cette fin est la Liste de vérification du comportement des jeunes de 6 à 18 ans (CBCL; Achenbach & Rescorla, 2001; Appendice D), laquelle a été remplie par le chef de service de ces ressources.

Cette étude démontre que la formation n'a pas engendré de résultats significatifs en ce qui concernent la CM et le niveau d'empathie des intervenants ciblés par celle-ci. Les mesures réalisées auprès des enfants ont cependant attesté d'une baisse significative des scores aux échelles de dépression, de problèmes sociaux, de somatisation, de troubles attentionnels de même que de troubles intériorisés totaux. Ces effets de la formation sur certaines difficultés émotionnelles et comportementales des enfants permettent de confirmer, au moins partiellement, qu'une bonne partie de la recherche réalisée auprès d'une population adulte dans le domaine de la mentalisation s'applique également à l'enfance. Ces résultats, de concert avec la réponse positive des éducateurs lorsqu'ils furent questionnés au sujet de la pertinence de la formation, suggèrent que celle-ci gagnerait à se poursuivre. Cette poursuite offrirait également l'opportunité de palier certaines limites de la présente recherche, notamment en ce qui concerne la taille de l'échantillon, l'implantation de la formation et la validité des outils de mesure utilisés.

Deuxième article

**EFFICACITÉ D'UNE FORMATION FONDÉE SUR LA NOTION DE
MENTALISATION AUPRÈS DES INTERVENANTS EN CENTRE JEUNESSE :
ÉTUDE PILOTE²**

Vincent DOMON-ARCHAMBAULT
Miguel M. TERRADAS
Université de Sherbrooke

**EFFICIENCY ASSESMENT OF A MENTALIZATION-BASED TRAINING FOR
THE EDUCATORS OF THE YOUTH CENTER: PILOT STUDY**

Vincent DOMON-ARCHAMBAULT, B.Sc.
Doctorant en psychologie clinique, Intervention en enfance et en adolescence
Université de Sherbrooke- Campus de Longueuil

Miguel M. TERRADAS, Ph.D., psychologue
Professeur agrégé
Directeur de la Clinique d'évaluation et d'intervention en enfance et en adolescence
Département de psychologie
Université de Sherbrooke - Campus de Longueuil

² Le format et la police de l'article ont été modifiés afin de respectés la mise en forme du présent document.

EFFICACITÉ D'UNE FORMATION FONDÉE SUR LA NOTION DE MENTALISATION AUPRÈS DES INTERVENANTS EN CENTRE JEUNESSE : ÉTUDE PILOTE

Résumé

Cet article présente les fondements, la méthode et les résultats d'une étude concernant une formation aux interventions axées sur la mentalisation. Cette formation a été menée auprès d'éducateurs d'un centre jeunesse qui travaillent avec des enfants âgés de 6 à 12 ans. Bien que les résultats ne démontrent pas d'effet statistiquement significatif de la formation sur la capacité de mentalisation des éducateurs, une réduction significative des symptômes dépressifs, des problèmes sociaux, des symptômes somatiques, des troubles attentionnels de même que des troubles intériorisés totaux a été observée chez les enfants. Les résultats, les apports, les limites et la poursuite envisagée de la recherche sont également discutés.

Mots clés : mentalisation, trauma, interventions, centre jeunesse, enfants, éducateurs

EFFICIENCY ASSESMENT OF A MENTALIZATION-BASED TRAINING FOR THE EDUCATORS OF THE YOUTH CENTER: PILOT STUDY

Abstract

This article describes the underlying theory, the methodology, and the results of a study concerning a mentalization-based interventions training. This training has been provided to educators of a youth center who worked with children aged between 6 and 12 years old. Although the results don't show a statistically significant effect of this formation on the empathy level and mentalization capacity of the educators, a significant reduction of depressive symptoms, social problems, somatization, attention deficits, and total internalizing problems has been observed in the children with whom they worked. The results, contributions, limits, and future directions of the research are also discussed.

Key words: mentalization, trauma, interventions, Youth Services, children, educators

L'intervention des services de la protection de la jeunesse concernait plus de 30 000 jeunes au Québec en 2012-2013 selon le bilan des directeurs de la protection de la jeunesse (Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse/directeurs provinciaux, 2013). Pour plus de 11 000 de ces signalements, les enfants ont dû être retirés de leur milieu familial d'origine pour être confiés à un tiers significatif, une famille d'accueil ou encore être hébergés dans un centre de réadaptation, un foyer de groupe ou une ressource spécialisée. Un tel placement va souvent de pair avec diverses difficultés déjà bien ancrées chez ces enfants, lesquelles sont comparables à celles retrouvées au sein d'une population clinique (Fernandez, 2008; Lawrence, Carlson, & Egeland, 2006; Simmel, 2007; Stein, Evans, Mazumdar, & Rae-Grant, 1996). Cette situation s'explique par l'impact des diverses formes de maltraitance ayant mené à ce placement sur le développement de l'enfant. Ainsi, l'hyperactivité, l'agressivité, les problèmes de comportement, les troubles de personnalité en émergence, l'anxiété, la dépression, les comportements suicidaires, l'automutilation, les difficultés sociales, les problèmes de langage et les difficultés académiques sont autant de manifestations associées à un tel vécu de maltraitance chez l'enfant. (Allen, 2001; Frederico, Jackson, & Black, 2008). Ces manifestations se doivent donc d'être considérées dans l'intervention auprès de ces derniers.

Allen (2013) explique l'intensité et la diversité des difficultés des enfants hébergés par le fait que les traumatismes qu'ils ont vécus (p. ex., les abus, la négligence, la maltraitance et la violence) s'inscrivent au sein de la relation d'attachement avec leurs parents. Ces traumatismes attestent de l'incapacité totale ou partielle de la personne prodiguant les soins à l'enfant, généralement les parents, à répondre adéquatement aux besoins de protection et

d'exploration de l'enfant, les deux fonctions fondamentales liées à la relation d'attachement (Allen, 2013; Domon-Archambault & Terradas, 2013; Rutter & O'Connor, 1999). Une relation d'attachement marquée par de l'abus ou de la négligence, en plus d'échouer à prodiguer de la sécurité et à permettre l'exploration, confronte l'enfant à un danger et à un stress accrus. Les traumatismes au sein de la relation d'attachement ont corollairement un effet négatif double : ils génèrent de l'anxiété chez l'enfant tout en compromettant le développement des capacités mentales et interpersonnelles requises pour réguler celle-ci et bien s'adapter (Allen, 2013; Bateman & Fonagy, 2012). La capacité d'adaptation face à l'adversité, la formation d'un sain équilibre entre les besoins d'autonomie et d'affiliation, l'étayage de la capacité d'autorégulation socioaffective ainsi que le développement de bonnes habiletés sociales et cognitives ne sont que quelques-uns des nombreux bienfaits chez l'enfant des expériences d'attachement suffisamment bonnes, bienfaits qui sont compromis par le type de traumatismes vécus par les jeunes hébergés en centre jeunesse (Allen, 2013).

Les précédentes données laissent entrevoir la complexité de l'intervention à mener auprès des enfants hébergés en centre jeunesse. Ainsi, les éducateurs sont non seulement confrontés au quotidien à des jeunes qui présentent des difficultés importantes et multiples, mais qui peinent de surcroît à s'autoréguler ou à avoir recours aux relations interpersonnelles pour le faire. En fait, les relations sont souvent devenues l'objet de peur et de stress pour ces jeunes, les rendant particulièrement prompts à la coercition, la méfiance et l'agressivité (Allen, 2013). Les comportements problématiques comme l'agressivité, l'automutilation, les crises de colère ou autres manifestations d'une capacité

de régulation socioaffective déficitaire et d'un manque de sécurité relationnelle sont donc communs dans les différents milieux d'hébergement. En effet, une étude commandée par le syndicat des travailleurs du centre jeunesse de la Montérégie confirme ces observations (Gagnon, 2010). Dans l'ensemble des centres jeunesse du Québec, plus de la moitié des éducateurs sondés avaient été victimes de violence physique au cours de la dernière année. Ce chiffre grimpe à 90 % lorsqu'on abordait la violence psychologique, laquelle aurait été subie à une fréquence de quatre épisodes par semaine. De façon surprenante, ces agressions ne sont guère perpétrées uniquement par les nouveaux arrivants dans une ressource, lesquels pourraient être réfractaires à leur mesure de placement et réagir agressivement. Au contraire, il semblerait que les risques d'agression augmentent avec le temps, le tout culminant autour de 24 mois, selon Breton (2005). Ces actes agressifs peuvent être lourds de conséquences pour les intervenants, tant dans leur vie personnelle que professionnelle (Lévesque, 2010). Ils accroissent le risque de blessures et d'accidents tout en augmentant le niveau de stress vécu tant par les enfants qui en sont témoins ou victimes que par les intervenants qui œuvrent auprès d'eux. Cette agressivité représente donc une cible prioritaire dans l'intervention auprès des jeunes hébergés en centre jeunesse.

LA MENTALISATION, LA PIÈCE MANQUANTE DU CASSE-TÊTE ?

La présente étude propose d'utiliser la notion de mentalisation pour expliquer le lien existant entre les traumatismes vécus dans la relation d'attachement et les comportements perturbateurs que présentent les jeunes hébergés en centre jeunesse. La capacité de mentalisation (CM) correspond au processus par lequel l'individu perçoit et interprète ses

actions et celles d'autrui comme étant porteuses d'un sens et fondées sur des états mentaux (p. ex., désirs, besoins, intentions, sentiments, idées et croyances) (Fonagy & Target, 2000; Sharp & Fonagy, 2008; Slade, 2005; Slade, Grienenberger, Bernbach, Levy, & Locker, 2005). En d'autres termes, mentaliser réfère à la façon dont l'individu cherche à donner un sens à son monde interne de même qu'au monde qui l'entoure en s'attribuant et en attribuant aux autres des états mentaux (Bateman, 2010). Cela permet ultimement de mieux comprendre et prédire son propre comportement et celui des autres (Allen & Fonagy, 2006). La CM est donc un outil fort utile pour se comprendre et comprendre les autres, bref pour s'autoréguler et réguler les interactions sociales. Cette habileté se développe naturellement chez l'être humain, mais de façon plus ou moins efficace selon les individus et les contextes. Elle implique la réussite d'acquis développementaux au sein d'un parcours intimement lié aux premières relations de l'enfant (Fonagy & Allison, 2012). Ainsi, la CM se développe de façon optimale au sein d'un lien d'attachement sécuritaire (Allen, 2013; Allen & Fonagy, 2006; Allen, Fonagy, & Bateman, 2008; Sharp et al., 2009;). Un parent possédant lui-même une bonne CM arrive à s'adapter et à demeurer sensible et réflexif face à son enfant dans différentes situations problématiques. Il peut de la sorte réussir à adopter un comportement rassurant et contingent à ce que ce dernier peut vivre, lui offrant des représentations de son monde interne afin qu'il apprenne à le découvrir. La CM représente donc le mécanisme par lequel la relation parent-enfant influence, d'une part, la sécurité de l'attachement de l'enfant et, d'autre part, son développement socio-cognitif (Sharp & Fonagy, 2008).

Or, dans un environnement de soins dysfonctionnel marqué par le trauma, le développement de la CM est inhibé chez l'enfant (Gergely, 2003). Le trauma engendre en fait une aversion à explorer les états mentaux, tant les siens que ceux d'autrui, provoquant un retrait du monde mental, lequel est perçu comme étant trop souffrant (Allen, 2001). Il est aisé de concevoir à quel point il serait désorganisant pour un enfant de réaliser que son parent puisse lui vouloir ou lui causer intentionnellement du mal (Fonagy & Target, 2000). Inversement, ces gestes posés par le parent témoignent d'un manque de considération ou de sensibilité à l'égard des états internes, que ce soit des états mentaux ou des sensations physiques, qui habitent le jeune. Les états mentaux du parent et de l'enfant ne sont donc pas représentés mentalement et conservent uniquement leurs caractéristiques physiques (p. ex., le comportement et les réactions physiologiques) (Verheugt-Pleiter, Zevalkink, & Schmeets, 2008). N'ayant pas accès au monde mental, l'enfant en vient à employer de façon prédominante un mode d'interprétation axé sur la réalité visible et concrète dans ses relations avec les autres, un trait caractéristique de certaines psychopathologies développementales, dont le trouble de personnalité limite (Gergely, 2003). Lorsqu'il vivra une émotion trop forte qu'il ne parviendra pas à mentaliser, l'enfant adoptera différentes conduites pathologiques pour éviter la douleur émotionnelle, pour se réguler comme il le peut. Par exemple, il pourra avoir recours à des comportements de retrait (fuite dans l'isolement, la dissociation ou la dépression), des conduites autodestructrices (abus de substances, troubles alimentaires, automutilation, tentatives de suicide) et des gestes d'agression envers les autres (violence et rage) (Allen, 2001). Cette stratégie prévaudra de la même façon pour les émotions positives, le jeune pouvant se montrer agité ou

surexcité lors d'un moment de joie ou de hâte intense. En d'autres termes, l'enfant régulera par son corps et ses gestes ce qu'il n'arrivera pas à se représenter au plan mental, une stratégie qui est lourde de conséquence et ne fait bien souvent qu'augmenter le stress vécu par celui-ci (Domon-Archambault & Terradas, 2012a). En centre jeunesse, la mesure de placement, les règles du milieu de vie, la formation de nouveaux liens affectifs et la cohabitation avec d'autres jeunes en difficultés sont autant d'éléments pouvant susciter des états mentaux que l'enfant ayant des difficultés de mentalisation ne pourra pas bien réguler et qui se traduiront en comportements problématiques.

LA MENTALISATION, UN COMPLÉMENT D'INTERVENTION ESSENTIEL

À la lumière des études et données précédemment citées, il semble important, voire primordial, de sensibiliser les intervenants des centres jeunesse aux interventions axées sur la mentalisation. Celles-ci seraient complémentaires à l'approche actuelle utilisée aux centres jeunesse de Laval et de Montréal, laquelle est inspirée de la théorie de l'attachement (Breton, 2005). Une intervention visant à stimuler le développement de la CM paraît en effet toute indiquée pour diminuer l'agressivité chez les enfants en hébergement, pour diminuer la régulation par le corps et l'agir au profit de celle utilisant la CM. Une telle approche pourrait également contribuer à diminuer l'adversité vécue par les éducateurs.

Les interventions axées sur la mentalisation visent à promouvoir une attitude positive envers celle-ci et à accroître la CM des enfants (Allen & Fonagy, 2006). Cette approche reproduit une relation d'attachement avec une figure significative, l'intervenant, qui régule par la mentalisation l'activation émotionnelle de l'enfant de telle sorte à ce qu'elle

sollicite ses ressources sans toutefois les submerger (Sharp et al., 2009). Ainsi, le jeune en vient peu à peu à apprendre à exprimer et réguler ses émotions sans débordement (Sharp et al., 2009). Le but ultime est d'apprendre à mentaliser dans des situations chargées émotionnellement, proches de celles de la vie réelle. Les interventions axées sur la mentalisation sont d'autant plus pertinentes en centre jeunesse qu'elle se sont avérées efficaces pour traiter une diversité de troubles mentaux (voir Bateman & Fonagy, 2012), pour atténuer les séquelles du trauma (Fonagy Bateman, & Luyten, 2012), ainsi que pour diminuer la violence et l'intimidation en milieu scolaire (Twemlow, Fonagy, & Sacco, 2012). De plus, elles s'arriment bien au vécu quotidien en ressource d'hébergement puisqu'elles requièrent justement un contexte naturel suscitant des enjeux émotionnels et affectifs courants.

Un manuel d'interventions axées sur la notion de mentalisation pour les éducateurs des centres jeunesse fut ainsi développé dans l'optique de mettre à l'essai une telle approche en milieu d'hébergement. Les fondements et le contenu du manuel en question ont été décrits dans un travail précédent (Domon-Archambault & Terradas, soumis). Le présent article s'attarde plutôt à décrire l'évaluation des effets/impacts d'une formation s'appuyant sur ce manuel, menée auprès d'éducateurs du Centre jeunesse de Laval. Cette formation constituait une étude pilote visant à sonder, de façon préliminaire, l'efficacité d'une telle approche et, surtout, l'intérêt des éducateurs pour l'apprentissage de ce type d'interventions.

OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

Le premier objectif était d'élaborer un manuel d'interventions axées sur la notion de mentalisation destiné aux intervenants des centres jeunesse œuvrant auprès d'enfants hébergés âgés de 6 à 12 ans. Cette formation a pour but de permettre l'appropriation de ce genre d'interventions par les éducateurs. Celles-ci viseront à diminuer l'agressivité et la violence chez les enfants auprès desquels ils interviennent. Le second objectif était d'évaluer l'efficacité dudit programme de formation par le biais d'une étude pilote réalisée auprès des intervenants et des enfants d'un foyer de groupe et d'un service de réadaptation du Centre jeunesse de Laval. Pour arriver à cette fin, deux méthodes ont été utilisées. D'une part, des mesures de la CM des intervenants ont été réalisées avant et après la formation. D'autre part, les difficultés émotionnelles et comportementales des enfants de ces unités ont aussi été mesurées avant et après l'intervention.

MÉTHODE

Participants

Les enfants, les intervenants et le chef de service participant à l'étude ont été recrutés au sein d'un service de réadaptation et d'un foyer de groupe du Centre jeunesse de Laval. Ces deux ressources, accueillant une clientèle mixte, sont conventionnelles et non spécialisées pour des troubles ou des clientèles spécifiques. Huit enfants (trois filles) âgés entre 6 et 12 ans (M âge = 9,63) ont été impliqués dans la recherche. La clientèle des 6 à 12 ans a été ciblée parce que ce groupe d'âge est le plus affecté par les troubles mentaux et est associé à la plus forte proportion de troubles mentaux graves, la plus grande fréquence de troubles mentaux combinés et la plus forte proportion de jeunes

médicamentés (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2007). L'intervention s'avère également la plus efficace avant 12 ans, cet âge étant vu par certains auteurs comme un point tournant dans l'évolution positive ou négative de la psychopathologie (Verheugt-Pleiter, Zevalkink, & Fonagy, 2012). Les enfants participant à l'étude devaient être dans leur ressource depuis plus d'un mois afin d'avoir eu le temps de s'adapter minimalement à leur nouvel environnement.

Neuf éducateurs spécialisés (cinq femmes) sur les 14 initialement ciblés par la recherche, ont également participé à l'étude. Les critères initiaux de sélection des éducateurs étaient de détenir plus de six mois d'ancienneté pour s'assurer qu'ils aient obtenu leur probation et de travailler depuis plus de six mois et au moins 23 heures par semaine (trois quarts de travail complets) au sein de la même unité afin de s'assurer qu'ils aient un lien significatif avec les enfants et qu'ils les côtoient régulièrement. Cet échantillon traduit une volonté de s'inscrire dans la réalité propre du centre jeunesse dont les ratios homme-femme de même que l'âge et l'expérience des intervenants varient grandement d'une ressource à l'autre. L'âge des éducateurs spécialisés participant à la recherche variait entre 24 et 43 ans (M âge = 33 ans). L'ancienneté des participants en tant qu'employé du centre jeunesse allait de 20 à 270 mois ($M = 111,78$ mois), ces deux données extrêmes s'écartant cependant significativement des sept autres. En ce qui concerne l'ancienneté des éducateurs au sein de leur unité de travail respective, elle variait entre 19 et 204 mois ($M = 62$ mois); huit participants se situaient à l'intérieur d'un écart-type de la moyenne alors qu'un dernier était à plus de deux écart-types de celle-ci. L'ensemble des participants travaillaient à temps plein. Six éducateurs avaient deux jeunes

de suivi qui leur étaient attribués. Un jeune de suivi se définit comme étant un enfant dont l'éducateur doit s'occuper plus spécifiquement, notamment en assumant des achats divers pour lui, en effectuant les démarches de scolarisation, en prenant contact avec les parents, en assurant un suivi individuel avec le jeune et en participant à l'élaboration du plan d'intervention. Deux éducateurs avaient quant à eux un seul jeune de suivi alors qu'un dernier n'en avait pas encore. La durée des suivis particuliers assurés par les éducateurs au moment de l'étude variait entre 3 et 36 mois ($M = 13,14$ mois). Finalement, sept participants avaient comme dernier niveau de scolarisation complété un baccalauréat, les deux autres ayant respectivement une maîtrise et un diplôme d'études collégiales. Dans un autre ordre d'idées, il est à noter que le chef de service des ressources impliquées dans l'étude a aussi participé à la recherche afin de compléter les questionnaires concernant les difficultés émotionnelles et comportementales des jeunes.

Procédure

Un manuel d'interventions axées sur la mentalisation a premièrement été élaboré (Domon-Archambault & Terradas, 2012a). Ce manuel prend en compte les connaissances théoriques et scientifiques ainsi que les interventions actuelles dans le domaine. En second lieu, les intervenants et le chef de service des ressources impliquées dans la recherche ont été rencontrés afin de leur présenter l'étude. Des explications détaillées concernant les implications, les avantages et les inconvénients de leur participation à l'étude leur ont été données pour leur permettre de prendre une décision éclairée et de signer le formulaire de consentement. Un consentement écrit a également été obtenu auprès des parents des jeunes impliqués dans la recherche. En troisième lieu, les intervenants ont participé à une

rencontre d'évaluation précédant la formation aux interventions axées sur la mentalisation. Il leur a été demandé de remplir un questionnaire auto-administré au sujet de l'empathie, un questionnaire sociodémographique les concernant ainsi qu'un questionnaire colligeant des informations sociodémographiques au sujet de leur jeune de suivi. Ils ont ensuite pris part à une entrevue semi-structurée permettant de mesurer leur CM. À cette étape, il a aussi été demandé au chef de service des deux ressources de remplir un questionnaire ayant trait aux difficultés émotionnelles et comportementales des jeunes impliqués dans la recherche. En quatrième lieu, les intervenants ont participé à la formation présentant les interventions axées sur la mentalisation. Celle-ci s'est déroulée en quatre rencontres de trois heures menées à un rythme d'une rencontre par deux semaines. Chaque rencontre était composée de trois périodes, soit une présentation, des exercices pratiques et des discussions de cas. Les thèmes couverts lors de ces quatre rencontres ont été la définition de la mentalisation, les différents stades du développement de cette capacité, l'évaluation clinique de la CM de l'enfant, l'intervention selon ce concept et la stimulation de la CM des jeunes au sein des tâches et des activités réalisées quotidiennement avec eux. Une fois la formation terminée, les intervenants ont participé à quatre séances d'*intervision* (supervisions par les pairs, guidées par les formateurs) d'une durée de deux heures à raison de deux rencontres par mois. Finalement, une seconde prise de mesure, semblable à la première, s'est déployée immédiatement après la dernière séance d'intervision.

Instruments de mesure

Questionnaire sociodémographique concernant l'intervenant. Les variables suivantes ont été colligées à l'aide d'un bref questionnaire rempli par l'intervenant : l'âge, le sexe, l'ancienneté en centre jeunesse, l'ancienneté au sein de l'unité considérée, les noms des jeunes de suivi et la durée des suivis, le dernier niveau de scolarité complété et les formations spécifiques auxquelles il a pris part.

Questionnaire sociodémographique concernant le jeune de suivi. Ce bref questionnaire visait à recueillir auprès de l'intervenant de suivi de l'enfant l'âge, le niveau de scolarité, la durée de l'hébergement actuel et la durée de l'intervention de la protection de la jeunesse de ce dernier.

Version française de l'Empathy Quotient (EQ; Baron-Cohen & Wheelwright, 2004). Ce questionnaire auto-administré, composé de 60 items, constitue une mesure de la capacité d'empathie chez les adultes d'intelligence normale (Baron-Cohen & Wheelwright, 2004). La définition de l'empathie que présentent les auteurs se lie grandement à la CM orientée vers autrui, d'où sa pertinence pour la présente recherche. En effet, selon ceux-ci, l'empathie serait à la fois cognitive, comprenant l'appréhension intellectuelle ou en imagination des états mentaux d'autrui, et affective puisqu'elle implique une réponse émotionnelle conséquente à ces états mentaux (Lawrence, Shaw, Baker, Baron-Cohen, & David, 2004). Cet instrument a été validé tant auprès d'échantillons cliniques (autisme et psychopathie) qu'auprès de la population générale. L'EQ fait preuve d'une bonne validité concurrente (lors de la comparaison avec le Interpersonal Reactivity Index) et d'une bonne

fidélité test-retest ($r = 0.84$) telle que mesurée sur une période de 12 mois (Lawrence et al., 2004).

Canevas d'entrevue (Domon-Archambault & Terradas, 2012b) *inspiré de l'Entrevue sur le développement du parent (Parent Development Interview-Revised, PDI; Slade, Aber, Bregsi, Berger, & Kaplan, 2004)*. Cette adaptation se fonde sur une traduction de l'Entrevue sur le développement du parent réalisée selon une méthode traduction/retraduction (Behling & Law, 2000) utilisant une approche par comité (Bradley, 1994). Le PDI, sous sa forme originale, consiste en une entrevue semi-structurée, d'une durée approximative de 60 minutes visant à activer et à sonder chez un parent les représentations qu'il a de son enfant, de lui-même en tant que parent et de la relation qu'il entretient avec son enfant (Slade, 2005). Les facteurs se dégageant de la première version de l'entrevue (Joie-Plaisir/Cohérence; Colère; Culpabilité-détresse face à la séparation) démontrent une stabilité dans le temps et des indices de consistance interne variant entre 0,68 et 0,84 (Aber, Belsky, Slade, & Crnic, 1999). La CM du parent est évaluée à partir de la transcription de l'entrevue par le biais de l'Échelle de cotation du fonctionnement réflexif développée par Slade, Grienberger, Bernbach, Locker et Levy (2005). La CM est ainsi cotée sur une échelle en onze points allant de -1, représentant un refus de réflexion ou une organisation bizarre ou désintégrée du self, à 9, se liant à une CM exceptionnelle. Les scores se situant en dessous de 3 indiquent une CM allant de négative à faible. Un score de 5 fait référence à un CM ordinaire alors qu'un score de 7 marque une CM au-dessus de la moyenne (Slade et al., 2005). Il existe plusieurs adaptations du PDI, notamment pour les parents adoptifs (Steele et al., 2007) ou les

parents d'enfants d'âge scolaire (George & Solomon, 1996), mais aucune ne concernait les éducateurs des centres jeunesse ou autre intervenant similaire. Un canevas d'entrevue, inspiré du PDI, a donc été adapté à la relation entre l'intervenant et son enfant de suivi. Cette entrevue est utilisée ici pour la première fois, à titre exploratoire, sur la base de sa valeur théorique, sans prétention quant à sa valeur psychométrique. Les questions habituellement posées au parent par rapport à son enfant ont été posées à l'intervenant en lien avec son jeune de suivi. Celles-ci furent cependant adaptées à la réalité du travail d'éducateur spécialisé et de la vie en unité de réadaptation. Les items ne pouvant pas s'appliquer à ce type de relation ou de contexte ont été éliminés. L'entrevue dure environ 30 minutes; elle a été filmée afin de rendre la transcription des réponses plus aisée. La cotation a été effectuée par un évaluateur accrédité, en utilisant les critères de l'échelle de cotation de la capacité de mentalisation développée par Slade et al. (2004).

Liste de vérification du comportement des jeunes de 6 à 18 ans (CBCL; Achenbach & Rescorla, 2001). Ce questionnaire, composé de 113 items, a été rempli par le chef de service des deux ressources. Il permet d'explorer un vaste spectre de difficultés chez les enfants d'âge scolaire, de différencier les comportements intériorisés (difficultés émotionnelles) et extériorisés (difficultés comportementales) et de faire la distinction entre les comportements agressifs et délinquants. Le temps prévu pour répondre au questionnaire est d'environ 30 minutes. Il fait preuve d'une excellente cohérence interne (Heubeck, 2000). L'alpha de Cronbach se situe à 0,95 pour les échelles de symptômes. La fidélité inter-juge est de 0,96 pour les items concernant les problèmes spécifiques ($p = 0,001$). La fidélité test-retest (pour un délai d'une semaine) est de 0,95 pour les items

relatifs aux problèmes spécifiques (Achenbach & Rescorla, 2001). Le choix du chef de service comme répondant a été décidé en raison du fait que les éducateurs participent directement à la recherche ce qui pourrait biaiser les résultats. Il est également à mentionner que les parents ne pouvaient agir à titre de répondants car ils ne sont pas en contact quotidiennement avec les enfants. Par ailleurs, les comportements de ces derniers dans leur milieu familial ne peuvent non plus être jugés représentatifs de leurs comportements dans leur milieu d'accueil.

RÉSULTATS

Analyses descriptives

Le tableau 1 présente les résultats obtenus à l'EQ et au canevas d'entrevue inspiré du PDI avant et après la formation pour les éducateurs. Pour l'EQ rempli avant la formation, l'analyse des résultats montre que les participants ont eu des scores se situant entre 30 et 56 ($M = 46,67$). La moyenne est légèrement supérieure à celle identifiée au sein d'une population adulte normale, laquelle est de 42,1 (Baron-Cohen & Wheelwright, 2004). Ceci semble cohérent avec le fait que le présent échantillon se compose d'adultes travaillant dans le domaine de la relation d'aide. En ce qui concerne la CM des éducateurs avant la formation, les résultats varient entre 2 et 6 ($M = 4,33$). Ceci s'approche de la CM se retrouvant le plus fréquemment au sein de la population en générale, laquelle est de 5 (Fonagy, Target, Steele, & Steele, 1998). Dans le présent échantillon, quatre participants avaient une CM faible avant la formation, quatre autres une CM dans la moyenne alors qu'un éducateur présentait une CM au-dessus de la moyenne. En ce qui a trait à l'EQ après

la formation, les scores se distribuent entre 32 et 58 ($M = 46,00$). Pour ce qui est de la CM, les résultats au second temps de mesure varient entre 3 et 6 ($M = 4,67$).

Le tableau 2 présente les moyennes obtenues à chaque échelle du CBCL avant et après la formation pour les enfants participant à la recherche. De façon cohérente avec la documentation clinique et scientifique traitant des difficultés des enfants en situation d'hébergement, à la première prise de mesure, les moyennes des échelles d'agressivité, de délinquance, de troubles intériorisés totaux, des troubles extériorisés et le score total se situent toutes au-delà du 98^e rang centile, soit le seuil de signification clinique. Les moyennes des échelles d'anxiété, de dépression, de troubles sociaux, de somatisation de même que de troubles attentionnels se rapprochent également de ce seuil. Celles-ci se placent en effet entre le 93^e et le 97^e rang centile. En comparant la moyenne des échelles avant et après la formation, il appert que toutes les moyennes diminuent entre les deux temps de mesure à l'exception de celles ayant trait aux troubles de la pensée et à la délinquance qui augmentent. La diminution pour les échelles concernées varie entre 0,63 et 8,50 ($M = 4,63$). Les hausses pour les échelles de troubles de la pensée et de la délinquance sont respectivement de 1,12 et 2,51. Six jeunes ont vu leur score augmenter pour la délinquance alors que cette augmentation est notée chez quatre jeunes pour les troubles de la pensée.

Analyses statistiques

CM des éducateurs

Tests de normalité. Les mesures des indices d'aplatissement et d'asymétrie révèlent que la distribution des scores des participants à l'EQ et à l'entrevue mesurant la CM suit une

distribution normale. La vérification effectuée démontre en effet que ces scores sont conformes aux limites acceptables pour la réalisation des analyses statistiques ne dépassant pas la limite conventionnelle fixée, soit une valeur se situant entre -3 et 3 (Kline, 1998). Aucune donnée extrême n'est au surplus identifiée (donnée située au-delà ou en deçà de 3,29 écarts-types de la moyenne). Bien que l'utilisation de tests paramétriques soit découragée dans le cas de petits échantillons comme celui de la présente recherche, certaines analyses furent toutefois menées de façon exploratoire.

Tests paramétriques. Dans un premier temps, des tests t pour échantillons appariés à un seuil de signification de 95 % ont été menées. Ceux-ci révèlent d'abord une diminution de la moyenne obtenue à l'EQ entre les deux prises de mesure (diminution de 0,67). Cette différence n'est toutefois pas statistiquement significative ($t(8) = 0,39$; $p = 0,71$). L'intervention n'a en corollaire pas engendré de modification significative du niveau d'empathie tel que mesuré à l'EQ. Le test t pour échantillons appariés atteste ensuite d'une augmentation de 0,33 de la moyenne obtenue à l'échelle mesurant la CM. Néanmoins, cette différence n'est pas significative ($t(8) = 1$; $p = 0,35$). L'intervention n'a donc pas engendré une amélioration significative de la CM des participants. Dans un second temps, le coefficient de corrélation de Pearson entre les scores à l'EQ et la CM a été calculé. Cette corrélation est positive, forte (0,71) et significative ($p = 0,03$) pour les mesures prises avant la formation. Le coefficient de corrélation devient toutefois moyen (0,29) et non significatif ($p = 0,44$) entre les mesures de l'EQ et celles de la CM après la formation.

Tests non paramétriques. Le test de la somme des rangs de Wilcoxon confirme qu'il n'y a pas d'effet significatif de la formation sur les scores à l'EQ ($p = 0,37$) ni sur la CM ($p = 0,32$).

Difficultés émotionnelles et comportementales des enfants hébergés en centres jeunesse

Tests de normalité. Les mesures des indices d'aplatissement et d'asymétrie révèlent que la distribution des scores aux différentes échelles du CBCL suit une distribution normale, sauf en ce qui concerne l'échelle de délinquance. En effet, le score d'aplatissement pour la délinquance mesurée avant la formation (4,23) dépasse la limite conventionnelle se situant entre -3 et 3 (Kline, 1998). Ainsi, il s'avère important de garder une certaine réserve quant aux conclusions à tirer des analyses impliquant cette variable. Aucune donnée extrême se situant à plus de trois écart-types de la moyenne n'est identifiée. Des analyses paramétriques et non paramétriques ont été menées pour explorer les résultats.

Tests paramétriques. Dans un premier temps, des tests t pour échantillons appariés avec un seuil de signification à 95 % ont été effectuées. Celles-ci identifient des effets significatifs pour la dépression ($t(7) = 3,98; p = 0,01$), les problèmes sociaux ($t(7) = 3,56; p = 0,01$), la somatisation ($t(7) = 2,67; p = 0,03$), les troubles attentionnels ($t(7) = 3,31; p = 0,01$) de même que pour les troubles intériorisés totaux ($t(7) = 2,65; p = 0,03$). Selon la formule de l'eta-carré, $[t^2/(t^2+N-1)]$, les tailles d'effet sont grandes tant pour la dépression (0,57), les problèmes sociaux (0,64), la somatisation (0,54), les troubles attentionnels (0,61) que pour les troubles intériorisés totaux (0,05). En ce qui concerne l'agressivité et les troubles extériorisés, deux cibles que la formation visait à diminuer, les scores ont baissé sans toutefois atteindre le seuil de signification. Cette diminution était plus

importante pour l'agressivité ($t(7) = 1,5; p = 0,17$) que pour les troubles extériorisés ($t(7) = 0,47; p = 0,65$).

Analyses non paramétriques. Le test de la somme des rangs de Wilcoxon confirme les effets significatifs entre les deux temps de mesures sur les échelles d'anxiété ($z(7) = 2,39; p = 0,02$), les problèmes sociaux ($z(7) = 2,20; p = 0,03$), les troubles attentionnels ($z(7) = 2,37; p = 0,02$) et les troubles intériorisés totaux ($z(7) = 2,25; p = 0,02$). En ce qui concerne les échelles d'agressivité ($z(7) = 1,55; p = 0,12$) et de troubles extériorisés ($z(7) = 0,85; p = 0,40$), les résultats ne sont toujours pas significatifs.

DISCUSSION

CM des éducateurs

Un premier regard sur l'évolution de ces données entre la première et la seconde prise de mesure démontre un effet mitigé de la formation sur le score à l'EQ. En effet, six participants ont vu leur score à cette échelle diminuer suite à celle-ci alors que trois autres ont présenté une augmentation. L'ampleur de ces changements est cependant de faible amplitude, les scores divergeant de 1 à 6 points sur cette échelle dont le score maximal est de 80 et au sein de laquelle les questions valent 0, 1 ou 2 points. Pour la CM, cinq éducateurs ont obtenu un meilleur score après la formation alors qu'un seul a vu son score baisser. Cette baisse correspond toutefois à un saut de deux points en comparaison à un point pour les éducateurs dont le score s'est accru. Les deux autres participants ont eu un score équivalent aux deux temps. Ces résultats, bien que modestes, paraissent prometteurs. Il importe cependant de se questionner quant à la diminution du score moyen à l'EQ de même qu'en ce qui a trait à la réduction du score de CM d'un des éducateurs.

La baisse légère, mais non significative du niveau moyen d'empathie des participants suite à la formation, en apparence surprenante, pourrait s'expliquer par une amélioration de la mentalisation de soi chez les participants. Ce concept réfère à la mentalisation, chez les participants, concernant leurs propres états mentaux. Allen et ses collègues (2008) expliquent en effet que l'empathie ne représente en quelque sorte qu'une moitié de la CM : la mentalisation de ce qui habite l'autre. La CM implique aussi une seconde partie, toute aussi importante que la première, qui pourrait être décrite comme une *empathie envers soi-même* (Allen et al., 2008). Cette dernière n'est évidemment pas évaluée par l'EQ. Une bonne CM requiert de savoir équilibrer les moments où une personne porte attention à ses propres états mentaux et ceux où elle considère ce qui habite autrui. Cet équilibre est particulièrement important dans le domaine de la relation d'aide. Un individu qui tient uniquement compte de ses propres états mentaux peut certes présenter certains biais lorsqu'il tente d'interpréter le comportement d'autrui. À l'inverse, le fait de chercher à comprendre et interpréter les comportements de l'autre en se basant uniquement sur ses états mentaux prive l'individu d'une source précieuse d'information : les états mentaux que le comportement de cette personne suscite en lui. Cette modification du rapport entre la mentalisation de soi et d'autrui pourrait également expliquer la diminution de la force de la corrélation entre l'EQ et la CM après la formation. À la lumière de cette hypothèse et des observations qui la sous-tendent, il semble que le lien existant entre le niveau d'empathie mesuré à l'EQ et la mentalisation de soi serait un sujet à approfondir dans une recherche ultérieure.

En ce qui a trait à la mesure de la CM avec le canevas d'entrevue adapté, malgré que la hausse des scores moyens s'avère non significative, le nombre d'éducateurs dont la CM s'est accrue (cinq) ou maintenue (deux) est prometteur. Un des participants a toutefois connu une baisse importante de sa CM suite à la formation. L'analyse du contenu des deux entrevues ayant servi à évaluer sa CM éclaire néanmoins les raisons possibles de cette diminution. Pour des raisons qui ne seront pas explicitées par souci de confidentialité, l'éducateur dont la CM a diminué entre les deux temps de mesure n'a pas parlé du même jeune lors des deux entrevues. Au cours du premier entretien, il discutait de sa relation avec un enfant qui n'était pas son jeune de suivi et qu'il connaissait depuis peu. Lors de la seconde prise de mesure, l'éducateur traitait plutôt d'un autre jeune dont il était l'intervenant attitré et auprès duquel il intervenait depuis quelques mois déjà. Allen et ses collaborateurs (2008) notent que la CM d'un individu peut varier selon les contextes au sein desquels il évolue, le niveau de stress ou d'émotion qu'il vit de même que les individus avec lesquels il interagit. La durée, l'intensité ou la nature de la relation décrite dans la seconde entrevue pourraient expliquer cette baisse de la CM mesurée chez l'éducateur. La formation de nouveaux liens d'attachement est ardue pour les jeunes hébergés en centre jeunesse. Les relations d'attachement sont souvent devenues l'objet de peur et de stress pour eux, les rendant particulièrement prompts à la coercition, la méfiance et l'agressivité (Allen, 2013). Tel que mentionné précédemment, l'agressivité d'un enfant hébergé tend même à augmenter durant les deux premières années de placement (Breton, 2005). L'intensification de la relation d'attachement entre l'enfant et les intervenants semble ainsi exacerber les comportements problématiques. Cette situation aurait pu

influencer la CM de cet intervenant, celui-ci étant vraisemblablement soumis à un stress et un engagement relationnel plus importants lors de la seconde entrevue. Notons, dans un autre ordre d'idées, que des variables plus contextuelles propres au moment de la seconde entrevue (niveau de fatigue, disponibilité ou moment de la journée, par exemple) auraient aussi pu influencer le score de l'éducateur dont la CM a diminué. Ce second entretien a en effet été nettement moins long que le premier.

Difficultés émotionnelles et comportementales des enfants

Pour le CBCL, la diminution des moyennes pour 9 des 11 échelles constitue un résultat positif de l'étude. Au surplus, cette diminution est significative pour les échelles de dépression, de problèmes sociaux, de somatisation, de troubles attentionnels de même que de troubles intériorisés totaux. Les résultats concernant la dépression sont cohérents avec les récents travaux sur les déficits de la CM notés chez les adultes déprimés (Luyten, Fonagy, Lemma, & Target, 2012). Selon ces travaux, les individus ayant vécu ou étant susceptibles de vivre une dépression présentent généralement des déficits sur le plan de la mentalisation. (Luyten et al., 2012). La CM avant la dépression permettrait également de prédire l'amélioration des symptômes dépressifs, une meilleure CM étant associée à une évolution plus favorable. Pour Luyten et ses collaborateurs (2012), les symptômes dépressifs pourraient émerger en conséquence à des menaces réelles ou perçues aux relations d'attachement, lesquelles augmenteraient le niveau de stress vécu et diminueraient la CM de l'individu. Cette diminution le rendrait dès lors plus vulnérable et sensible au stress, ce qui affecterait en retour davantage sa CM. Sans intervention appropriée, ce cycle pourrait se perpétuer. Luyten et al. (2012) suggèrent ainsi d'inclure

les interventions axées sur la mentalisation dans le traitement de la dépression. La diminution des symptômes dépressifs chez les enfants de la présente étude tend à démontrer que cette théorie s'applique aussi à cette clientèle et souligne la pertinence de l'approche axée sur la mentalisation pour traiter ce type de difficultés.

L'amélioration des problèmes sociaux était également attendue puisque, tel qu'expliqué précédemment, la CM joue un rôle important dans l'établissement et le maintien de saines relations interpersonnelles (Slade, 2006). La considération des états mentaux permet en effet de rendre les relations interpersonnelles plus compréhensibles, prédictibles et porteuses de sens pour un individu (Bateman, 2010). Le rôle que joue la CM dans le développement de mécanismes d'autorégulation plus adaptés permet également de diminuer les conflits avec autrui (Nijssens, Luyten, & Bales, 2012).

L'impact de la CM sur les troubles somatiques est un thème qui a également récemment été exploré par certains auteurs. Une recherche de Luyten, Van Houdenhove, Lemmac, Target et Fonagy (2012), réalisée auprès d'adultes présentant des troubles somatiques fonctionnels (TSF), associe notamment les difficultés d'attachement, les déficits de la CM et les plaintes somatiques. Les auteurs décrivent comment l'attachement de type insécure soumet l'individu à un stress accru tout en nuisant au développement de sa CM. Les adultes ayant des TSF peineraient à se représenter mentalement leurs sensations physiques ou associeraient leurs difficultés psychologiques à des difficultés d'ordre physiologique (Luyten et al., 2012). Ces lacunes sur le plan de la mentalisation nuiraient également à leur capacité à bien réguler les états internes et le stress qu'ils vivent. Luyten et ses collègues rappellent en outre comment le stress peut avoir un impact néfaste

sur le système immunitaire et la régulation de la douleur. En outre, une étude récente effectuée par Paquin (2014) auprès d'enfants d'âge scolaire issus de la population générale, présentant ou non des plaintes somatiques (p. ex., maux de tête ou douleurs abdominales fréquents), a permis de mettre en lumière une corrélation significative entre les biais de mentalisation et les plaintes somatiques exprimées par les enfants (Paquin, Terradas, & Dubé, 2014). Ces biais, qui témoignent d'une CM ne s'étant pas développée adéquatement (Sharp et al., 2009), peuvent autant être positifs (tendance à surestimer et centrer les intentions des autres sur soi) que négatifs (interpréter les indices sociaux comme étant hostiles envers soi). Ainsi, Paquin et ses collègues (2014) constatent que les enfants ayant des biais de mentalisation manifestent plus de plaintes somatiques que ceux ayant une bonne CM. Les résultats d'une comparaison de deux groupes appariés selon l'âge et le sexe des enfants démontrent également des différences significatives quant aux variables de somatisation, de conscience des affects et d'anxiété entre les enfants présentant des biais de mentalisation et ceux qui n'en affichent pas (Paquin, 2014). En tablant sur ces observations, les auteurs suggèrent que les jeunes qui présentent des biais de mentalisation ne peuvent traiter mentalement les sensations physiques afin de leur donner un sens et de les interpréter en lien avec une émotion ressentie. Luyten et al. (2012) proposent d'inclure des interventions ciblant les stratégies d'attachement et la mentalisation auprès des adultes ayant des TSF. La présente étude confirme l'impact positif de cette intervention sur les symptômes de somatisation chez les enfants.

Les résultats de l'étude attestent aussi de l'impact positif de l'approche axée sur la mentalisation sur la capacité attentionnelle des enfants. Allen et ses collaborateurs (2008)

décrivent comment ce type d'interventions requiert du client qu'il porte attention à ses états mentaux ou à ceux des autres. Ces interventions soutiendraient également ce dernier dans l'inhibition de sa tendance naturelle à adopter une perspective égocentrique ou stéréotypée, dans sa prise en compte de différentes hypothèses conservées en mémoire de travail et dans l'adaptation de son comportement à une situation ou un contexte particulier. Ces actions se lient toutes au domaine des fonctions exécutives, lesquelles sont fréquemment atteintes dans le déficit d'attention avec hyperactivité (Barkley, 1997). Barkley (1997) souligne que, de concert avec l'inhibition comportementale, les fonctions exécutives permettent de créer un déplacement du contrôle par l'environnement externe des comportements vers un contrôle fondé sur des représentations internes de l'information. Les interventions axées sur la mentalisation proposées dans le manuel visent justement à stimuler la capacité de représentation chez l'enfant afin de lui permettre d'échapper à l'emprise unique de la réalité physique, des réponses automatiques, viscérales et non réflexives (Domon-Archambault & Terradas, 2012a). Dans un autre ordre d'idées, l'approche fondée sur la mentalisation permet également d'améliorer le contrôle de l'impulsivité par le biais d'une meilleure régulation des émotions. Les gestes impulsifs sont en effet souvent le fruit d'une activation émotionnelle intense parce que mal régulée (Vergheugt-Pleiter & al., 2008).

L'objectif de diminuer l'agressivité et l'agir était ciblé lors de la conception du manuel de formation. Les moyennes de ces échelles diminuent tel qu'attendu, mais d'une façon non significative. L'agressivité et l'agir sont des comportements omniprésents au sein de la clientèle des centres jeunesse, comme il a été décrit précédemment (Gagnon, 2010) et

comme en témoigne le fait que les moyennes des scores à ces deux échelles sont les deux plus élevées chez les enfants ciblés dans la présente recherche. Il est probable qu'une diminution plus marquée de ces manifestations demandera un certain temps et une intervention soutenue.

L'augmentation du score moyen aux échelles de trouble de la pensée et de la délinquance, bien que non significative, mérite par ailleurs une analyse plus approfondie. En ce qui concerne les troubles de la pensée, il se pourrait que l'augmentation se lie à une amélioration de la CM du chef de service, lequel a participé à la formation, lui permettant de mieux distinguer les défauts de mentalisation et des processus de pensée chez les enfants. Parmi les cibles de la formation, l'émission d'hypothèses diverses pour expliquer les comportements des enfants est soutenue (Domon-Archambault & Terradas, 2012a). Par exemple, un geste initialement perçu comme de la provocation peut ainsi traduire une difficulté à se réguler ou encore un fonctionnement dans un stade pré-mentalissant caractérisé par de l'égoïsme. Pour ce qui est de la délinquance, il convient d'abord de rappeler que la distribution des scores ne correspond pas à une distribution normale et que l'interprétation doit donc être réalisée avec prudence. Il se pourrait que cette augmentation des scores à cette échelle soit à nouveau en lien avec l'amélioration de la CM du chef de service. Toutefois, une autre explication serait plausible. Il se pourrait ainsi qu'elle traduise une amélioration partielle de la CM de certains enfants. En effet, les enfants qui s'engagent dans des actes plus sévères d'agression directe et proactive, tels les intimidateurs, sont plus avancés au niveau du développement de leur CM, bien que celle-ci demeure déficitaire (Sharp & Venta, 2012). Ainsi, ces jeunes arrivent à attribuer des

états mentaux aux autres de façon cognitive, mais peinent à lier ces attributions aux affects qu'ils ressentent ou causent chez autrui (Sharp & Venta, 2012). Or, la considération des états internes sans liaison avec l'expérience émotionnel se retrouve dans le dernier stade pré-mentalisateur, appelé mode comme-si. L'augmentation du score de délinquance d'un enfant pourrait donc traduire une évolution dans le développement de sa CM s'il fonctionnait davantage au sein des deux premiers stades pré-mentalisateur, soit les modes téléologiques ou d'équivalence psychique, avant qu'il ne soit exposé aux interventions axées sur la mentalisation.

Limites et orientations futures

Certaines limites inhérentes à la nature exploratoire de la recherche sont à considérer dans l'interprétation des résultats. D'abord, il est évident que la petite taille de l'échantillon diminue la puissance des analyses statistiques et qu'il est plus difficile de trouver des effets significatifs en ce contexte (Field, 2013). De plus, bien que des effets de grande taille aient été notés en ce qui concerne certaines échelles du CBCL, un nombre plus élevé de participants aurait possiblement pu permettre d'identifier des tailles d'effet significatives, mais moins importantes (Field, 2013). Il serait intéressant de voir, dans ce contexte, si la formation a un impact significatif de petite ou de moyenne taille sur l'agressivité et les troubles extériorisés. De la même façon, un échantillon plus important permettrait peut-être de noter des effets de plus petite taille sur la CM et le niveau d'empathie des éducateurs. Il importe de rappeler que le présent projet était de nature exploratoire, d'où la petite taille de l'échantillon. Compte tenu des coûts qu'il impliquait (notamment en lien avec le salaire des éducateurs présents à la formation), son

implantation se devait d'être graduelle et ses impacts, bien recensés. Suite à l'analyse des résultats, mais surtout suite à l'évaluation informelle des intervenants concernés, il a été possible d'ajuster certains éléments de la formation pour rendre celle-ci encore plus pertinente et utile pour le milieu des centres jeunesse.

En second lieu, les contraintes pratiques comme les vacances estivales, le nombre total d'éducateurs présents aux formations (en plus de ceux participant à la recherche) ou les disponibilités des membres des équipes ont fait en sorte que la formation et le processus de collecte de données n'ont pu être menés tel qu'il était prévu dans le devis initial. Ainsi, le nombre de rencontres d'intervision pour chaque groupe avait d'emblée été fixé à huit (plutôt qu'à quatre) afin de s'assurer de la bonne appropriation des interventions. Il était également souhaité d'avoir un délai minimal de quatre mois entre la fin de la formation et la seconde prise de mesure afin de permettre aux intervenants de bien implanter l'approche et dans l'optique que cette dernière puisse avoir un certain temps pour déployer ses effets. Or, il n'y a eu que deux mois entre la dernière rencontre de formation et la seconde prise de mesure.

Troisièmement, les limites des outils de mesure utilisés ont certes eu un impact sur les résultats obtenus. L'EQ est un outil qui a été élaboré récemment (Baron-Cohen & Wheelwright, 2004). Au moment de la mise sur pied du présent projet, aucune recherche ne s'était encore attardée à étudier l'impact d'une intervention sur les scores obtenus à cette échelle. La CM a quant à elle été évaluée à partir d'un canevas inspiré du PDI. Tel que mentionné préalablement, les propriétés psychométriques de ce canevas n'ont pas encore fait l'objet d'une évaluation, ce qui commande une certaine prudence dans

l'interprétation des résultats obtenus. Face aux limites des outils choisis, il importe d'expliquer le rationnel ayant mené à leur sélection. Il est à savoir qu'aucune échelle mesurant la CM ou un concept équivalent n'était applicable au contexte particulier des centres jeunesse au moment de la création du projet. Le PDI, pour lequel l'Échelle de cotation du fonctionnement réflexif (Slade et al., 2005) a été validée, n'était pas utilisable dans sa forme originale compte tenu des différences existant entre la relation unissant un éducateur à son jeune de suivi et celle entre un parent à son enfant. Ces relations diffèrent à plusieurs égards, ne serait-ce qu'en vertu des enjeux propres aux rôles et responsabilités parentaux. Un canevas d'entrevue adapté était donc nécessaire afin de s'assurer de bien sonder la CM en contexte de centre jeunesse. L'EQ apparaissait en outre comme une façon simple de mesurer un concept ayant une parenté avec la CM. La poursuite de la présente étude dans les années à venir devra s'attarder à la validation des propriétés du canevas et du bien-fondé de l'utilisation des outils choisis.

Finalement, il aurait été pertinent de vérifier le degré d'implantation des interventions axées sur la mentalisation à l'aide d'un questionnaire. Ceci pourra être réalisé dans une recherche ultérieure au sein de laquelle les délais minimaux entre la fin de la formation et la seconde prise de mesure seront respectés. Il serait aussi important de sonder plus formellement la perception des éducateurs en regard de la formation. Ceci a mené de façon informelle dans la présente étude, les chercheurs recueillant les commentaires, questions et suggestions des participants pour la suite des choses.

Un second projet de formation aux interventions axées sur la mentalisation est actuellement en cours au même centre jeunesse où la présente étude a pris place. Cette

reprise fut notamment encouragée par les commentaires positifs des participants quant à la pertinence et à l'utilité de cette formation. Ce second projet permettra de palier à certaines des limites précédemment exposées en permettant notamment d'accroître la taille de l'échantillon de participants et ainsi d'améliorer la puissance des analyses statistiques. En outre, il est envisagé de fournir des séances d'intervision supplémentaires aux éducateurs ayant participé à la présente étude. Ceci permettra de s'assurer de l'appropriation et de l'implantation de l'approche. Il serait intéressant, suite à ces séances, de mener une troisième prise de mesure. Celle-ci permettrait de voir comment ont évolué à plus long terme la CM et le niveau d'empathie des éducateurs de même que les comportements des enfants. Par ailleurs, dans l'optique d'une poursuite à plus long terme de l'évaluation d'efficacité de la formation, il deviendra nécessaire de valider les instruments utilisés pour la prise de mesure. La validation des propriétés psychométriques du canevas d'entrevue inspiré du PDI apparaît particulièrement importante compte tenu du fait que cet outil vise à mesurer la CM des éducateurs. Des ajustements à ce canevas pourraient être réalisés en s'appuyant sur cette analyse. En terminant, dans une recherche future, il serait très pertinent d'aller évaluer directement l'impact de la formation sur la CM des enfants à l'aide d'un outil spécifique. Ceci permettrait d'aller voir plus directement qu'avec le CBCL si la formation porte les fruits désirés, soit d'augmenter la CM des enfants afin de diminuer leur recours à l'agir et à l'agressivité.

CONCLUSION

Dans cet article, les fondements, la méthode et les résultats de l'évaluation préliminaire d'une formation aux interventions axées sur la mentalisation destinée aux intervenants des

centres jeunesse ont été présentés. Malgré certaines limites en lien avec la nature exploratoire de la recherche, l'analyse des résultats a permis de confirmer partiellement qu'une approche axée sur la notion de mentalisation était applicable et pouvait porter fruit en contexte de centre jeunesse. Ainsi, des impacts positifs significatifs ont été démontrés chez les enfants hébergés en centre jeunesse concernés par l'étude en ce qui concerne les symptômes dépressifs, la somatisation, les problèmes sociaux, les difficultés attentionnelles et les troubles intériorisés totaux. L'agressivité et les troubles extériorisés ont également diminué, mais d'une façon non significative. Chez les éducateurs, malgré une réponse et des commentaires positifs des participants suite à la formation, aucun impact significatif de la formation n'a été identifié au sein des mesures de mentalisation. Certaines limites en lien avec la taille de l'échantillon, les conditions d'implantation de la formation et la nature exploratoire des outils de mesures sondant les éducateurs pourraient expliquer l'absence de résultats significatifs chez ces derniers suite à la formation. Ces limites devront être considérées dans une recherche future. Tablant sur l'évaluation positive des éducateurs et la diminution significative de certaines des difficultés des enfants concernés par l'étude, la poursuite de ce type d'approche en centre jeunesse est recommandée.

Tableau 1

Scores obtenus par les éducateurs au EQ et à la CM, avant et après la formation

Participant	EQ avant la formation	EQ après la formation	CM avant la formation	CM après la formation
1	51	47	4	5
2	30	32	2	3
3	56	58	6	6
4	43	40	5	6
5	56	54	5	5
6	47	42	5	6
7	48	47	4	5
8	43	54	5	3
9	46	40	3	3

Note : Les résultats de l'échelle de l'EQ varient entre 0 et 80. Les résultats concernant la CM varient entre -1 et 9.

Tableau 2

Scores T moyens obtenus par les enfants aux différentes échelles du CBCL avant et après la formation

Échelle	Avant la formation	Après la formation
Anxiété	69,50	64,62
Dépression	66,00	59,12
Somatisation	65,25	61,00
Problèmes sociaux	66,75	58,25
Problèmes de la pensée	56,75	57,87
Problèmes attentionnels	66,50	60,38
Délinquance	71,12	73,63
Comportements agressifs	80,13	75,88
Troubles intériorisés	70,13	65,13
Troubles externalisés	75,63	75,00
Total	72,63	69,50

RÉFÉRENCES

- Aber, J. L., Belsky, J., Slade, A., & Crnic, K. (1999). Stability and change in mothers' representations of their relationship with their toddlers. *Developmental Psychology, 35*, 1038-1047.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Allen, J. G. (2001). *Traumatic relationships and serious mental disorders*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Allen, J. G. (2013) *Mentalizing in the development and treatment of attachment trauma*. London: Karnac Books.
- Allen, J. G., & Fonagy, P. (2006). *Handbook of mentalization-based treatment*. London: John Wiley & Sons.
- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008) *Mentalizing in clinical practice*. Washington: American Psychiatric publishing.
- Barkley, R. A. (1997). Behavioural inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin, 121*, 65-94.
- Baron-Cohen, S., & Wheelwright, S. (2004). The Empathy Quotient: An investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex differences. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 34*, 163-175.

- Bateman, A. W. (2010, avril). *Trouble de la personnalité limite : l'intervention basée sur la mentalisation pour les intervenants de première ligne*. Conférence présentée à l'Université McGill, Montréal, Canada.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2012). Borderline personality disorder. Dans A. W. Bateman & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (pp. 273-288). Washington, DC: American Psychiatry Publishing.
- Behling, O., & Law, K. S. (2000). *Translating questionnaires and other research instruments. Problems and solutions*. London: Sage publications.
- Bradley, C. (1994). Translation of questionnaires for use in different languages and cultures. Dans C. Bradley (Éd), *Handbook of psychology and diabetes: A guide to psychological measurement in diabetes research and practice* (pp. 43-55). Switzerland: Harwood Academic Publisher.
- Breton, D. (2005). Les enfants hébergés de 6-12 ans : une question d'approche. *Objectif Prévention*, 28, 22-23.
- Centres jeunesse du Québec (2013). *Un élan pour voir grand. Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse/Directeurs provinciaux*. Montréal : Association des centres jeunesse du Québec.
- Domon-Archambault, V., & Terradas, M. M. (2012a). Manuel de formation aux interventions axées sur la mentalisation destiné aux éducateurs des centres jeunesse. Document inédit. Université de Sherbrooke, Canada.
- Domon-Archambault, V., & Terradas, M. M. (2012b). Canevas d'entrevue inspiré de l'Entrevue sur le développement du parent. Document inédit. Université de Sherbrooke, Canada.

- Domon-Archambault, V., & Terradas, M. M. (soumis, 2013). Les interventions fondées sur la notion de mentalisation auprès des enfants en situation d'hébergement. *Revue québécoise de psychologie*.
- Fernandez, E. (2008). Unravelling emotional, behavioural and educational outcomes in a longitudinal study of children in foster-care. *British Journal of Social Work*, 38, 1283-1301.
- Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. Thousand Oaks: SAGE Publications.
- Fonagy, P., & Allison, E. (2012). What is mentalization? The concept and its foundations in developmental research. Dans N. Midgley & I. Vrouva (Eds.), *Minding the child: Mentalization-based interventions with children, young people, and their families* (pp. 11-33). New York: Routledge.
- Fonagy, P., Bateman, A. W., & Luyten, P. (2012). Introduction and overview. Dans A. W. Bateman & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (pp. 3-42). Washington, DC: American Psychiatry Publishing.
- Fonagy, P., & Target, M. (2000). Playing with reality III: The persistence of dual psychic reality in borderline patients. *International Journal of Psycho-Analysis*, 81, 853-779.
- Fonagy, P., Target, M., Steele, H., & Steele, M. (1998). Reflective-functioning manual, version 5.0, for application with the Adult Attachment Interviews. London: University College.

- Frederico, M. M., Jackson, A. L., & Black, C. M. (2008). Understanding the impact of abuse and neglect on children and young people referred to a therapeutic program. *Journal of Family Studies, 14*, 342-361.
- Gagnon, K. (2010, 15 juillet). Un éducateur sur deux victimes de violence. *La Presse*. Document consulté le 7 décembre 2010 de <http://www.cyberpresse.ca/actualites/quebec-canada/201003/26/01-4264806-uneducateur-sur-deux-victime-de-violence.php>
- George, C., & Solomon, J. (1996). Representational models of relationships: Links between caregiving and attachment. *Infant Mental Health Journal, 17*, 198 – 216.
- Gergely, G. (2003). The development of teleological versus mentalizing observational learning strategies in infancy. *Bulletin of the Menninger Clinic, 67*, 113-131.
- Heubeck, B. G. (2000). Cross-cultural generalizability of CBCL syndromes across three continents: From the USA and Holland to Australia. *Journal of Abnormal Child Psychology, 28*, 439-450.
- Kline, R. B. (1998). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. New York: The Guilford Press.
- Lawrence, C. R., Carlson, E. A., & Egeland, B. (2006). The impact of foster care on development. *Development and psychopathology, 18*, 57-76.
- Lawrence, E. J., Shaw, P., Baker, D., Baron-Cohen, S., & David, S. (2004). Measuring empathy: Reliability and validity of the Empathy Quotient. *Psychological Medicine, 34*, 911-924.

- Lévesque, L. (2010). Des éducateurs victimes de violence. *Radio-Canada*. Document consulté le 23 mars 2014 de <http://www.radio-canada.ca/regions/Montreal/2010/03/26/002-Centres-jeunesse-violence.shtml>
- Luyten, P., Fonagy, P., Lemma, A., & Target, M. (2012). Depression. Dans A. W. Bateman & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (pp. 385-418). Washington, DC: American Psychiatry Publishing.
- Luyten, P., Van Houdenhove, B., Lemmac, A., Target, M., & Fonagy, P. (2012). A mentalization-based approach to the understanding and treatment of functional somatic disorders. *Psychoanalytic Psychotherapy*, *26*(2), 121-140.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2007). *Proposition d'orientations relatives aux services de réadaptation pour les jeunes présentant, outre des problèmes de comportement ou un besoin de protection, des troubles mentaux et qui sont hébergés dans les ressources des centres jeunesse du Québec. Rapport du comité de travail sur la santé mentale des jeunes suivis par les centres jeunesse*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Nijssens, L., Luyten, P., & Bales, D. L. (2012). Mentalization-based treatment for parents (MBT-P) with borderline personality disorder and their infants. Dans N. Midgley & I. Vrouva (Eds.), *Minding the child: Mentalization-based interventions with children, young people and their families* (pp. 35-53). New York: Routledge.
- Paquin, É. (2014). *Conscience des affects et biais de mentalisation chez les enfants manifestant des plaintes somatiques*. Thèse de doctorat inédite, Université de Sherbrooke, Canada.

- Paquin, É., Terradas, M. M., & Dubé, G. (2014). *Conscience des affects et biais de mentalisation chez les enfants manifestant des plaintes somatiques*. Communication par affiche présentée au 36^e congrès de la Société québécoise pour la recherche en psychologie, Montréal, Canada.
- Rutter, M., & O'Connor, T. G. (1999). Implications of attachment theory for child care policies. Dans J. Cassidy & P. R. Shaver (Éds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical implications* (pp. 824-844). New York: Guilford Press.
- Sharp, C., & Fonagy, P. (2008). The parent's capacity to treat the child as a psychological agent: Constructs, measures and implications for developmental psychology. *Social Development, 17*(3), 737-754.
- Sharp, C., Williams, L. L., Ha, C., Baumgardner, J., Michonski, J., Seals, R., Patel, A. B. Bleiberg, E., & Fonagy, P. (2009). The development of a mentalization-based outcomes and research protocol for an adolescent inpatient unit. *The Bulletin of the Menninger Clinic, 73*, 311-338.
- Sharp, C., & Venta, A. (2012). Mentalization problems in children and adolescents. Dans N. Midgley & I. Vrouva (Eds.), *Minding the child: Mentalization-based interventions with children, young people and their families* (pp. 1-8). New York: Routledge.
- Simmel, C. (2007). Risk and protective factors contributing to the longitudinal psychosocial well-being of adopted foster children. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 15*, 237-249.
- Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: An introduction. *Attachment & Human Development, 7*, 269-281.

- Slade, A. (2006). Reflective parenting programs: Theory and development. *Psychoanalytic Inquiry, 26*, 640-657.
- Slade, A., Aber, J. L., Bresgi, I., Berger, B., & Kaplan (2004). *The Parent Developmental Interview Revised*. Unpublished Protocol. The City University of New York, New York, U.S.A,
- Slade, A., Grienberger, J., Bernbach, E., Levy, D., & Locker, A. (2005). Maternal reflective functioning, attachment and the transmission gap: A preliminary study. *Attachment & Human Development, 7*, 283-298.
- Steele, M., Kay, H., Hodges, J., Kaniuk, J., Hillman, S., & Steele, H. (2007). In the best interests of the late-placed child: A report from the attachment representations and adoption outcome study. Dans L. Mayes, P. Fonagy, & M. Target (Éds.), *Developmental science and psychoanalysis: Integration and innovation* (pp.159-191). London: Karnac Books.
- Stein, E., Evans, B., Mazumdar, R., & Rae-Grant, N. (1996). The mental health of children in foster care: A comparison with community and clinical samples. *Canadian Journal of Psychiatry, 41*, 385-391.
- Twemlow, S. W., Fonagy, P., & Sacco, C. (2012) A developmental approach to mentalizing communities through the Peaceful Schools experiment. Dans N. Midgley & I. Vrouva (Eds.), *Minding the child: Mentalization-based interventions with children, young people and their families* (pp. 35-53). New York: Routledge.
- Vergheugt-Pleiter, A. J. E., Zevalkink, J., & Schmeets, M. G. J. (2008). *Mentalizing in child therapy: Guidelines for clinical practitioners*. London: Karnac.

Vergheugt-Pleiter, A. J. E., Zevalkink, J., & Fonagy, P. (2012). Mentalization-informed child psychoanalytic psychotherapy. Dans A. W. Bateman & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (pp. 129-158). Washington, DC: American Psychiatry Publishing.

Conclusion

La première section de ce projet de thèse s'est attardée à décrire la pertinence d'utiliser la théorie de la mentalisation pour comprendre les difficultés comportementales des enfants hébergés en centre jeunesse et offrir des pistes d'intervention visant à les diminuer. Pour ce faire, les liens entre l'attachement, les difficultés de mentalisation et le développement de mécanismes d'autorégulation caractérisés par l'agir et l'agressivité ont été explorés. Le processus de création d'un *Manuel de formation aux interventions axées sur la mentalisation destiné aux éducateurs des centres jeunesse* (Domon-Archambault & Terradas, 2012) a également été abordé dans cette première partie. Ce manuel a été élaboré en vue d'être utilisé pour former les éducateurs du centre jeunesse à l'approche.

Dans un second temps, une évaluation préliminaire de l'efficacité de cette formation a été présentée. Cette première mise en application a été menée au sein d'un foyer de groupe et d'une unité de réadaptation du Centre jeunesse de Laval. Les intervenants acceptant de prendre part à la recherche ont participé à quatre rencontres de formation de même qu'à quatre séances d'intervision (supervision par les pairs animée par les formateurs) visant à s'assurer de l'appropriation de la théorie. L'efficacité de la formation a été évaluée par le biais des mesures du niveau d'empathie et de CM des éducateurs ciblés par la formation de même qu'à l'aide d'une mesure des difficultés comportementales et émotionnelles des enfants auprès desquels ceux-ci interviennent.

Les résultats obtenus ne démontrent pas d'effets significatifs de la formation sur le niveau d'empathie et la CM des intervenants, malgré certains changements intéressants

au sein de ces mesures. Ainsi, il fut noté que le niveau d'empathie moyen a connu une diminution suite à la formation. Cette observation pourrait être associée à une hausse potentielle de la mentalisation orientée vers soi au profit de celle orientée vers autrui, laquelle se lie à l'empathie (Allen et al., 2008). La CM moyenne, quant à elle, a augmenté ou s'est maintenue chez tous les participants à l'exception d'un seul. Ce participant parlait toutefois d'une relation avec son jeune de suivi dans sa seconde entrevue, ayant choisi de traiter de sa relation avec un autre enfant duquel il n'était pas directement responsable dans sa première entrevue pour des motifs qui ne peuvent pas être abordés pour des raisons de confidentialité. Considérant l'impact du contexte, du niveau de stress ou d'émotions vécues ou même de l'identité de la personne avec qui il est en interaction sur la CM d'un individu (Allen et al., 2008), cette différence importante entre les deux moments de l'entrevue pourrait expliquer cette baisse.

Les résultats de la mesure réalisée auprès des enfants soulignent des effets significatifs de la formation sur les symptômes de dépression, de problèmes sociaux, de somatisation, de troubles attentionnels de même que de troubles intériorisés totaux. La diminution de l'agressivité et des troubles extériorisés, une cible plus spécifique de la formation, n'a pas été significative. Il serait intéressant de voir si ces symptômes diminuent davantage avec une application à plus long terme des interventions axées sur la mentalisation. Ces difficultés sont, tel qu'anticipé, les plus saillantes chez les enfants de l'échantillon. À l'instar des jeunes ayant vécu des traumatismes d'attachement décrits par Allen (2013), cette régulation par l'agir marque ainsi de façon significative le

développement et le fonctionnement des enfants hébergés en centre jeunesse, requérant potentiellement plus de temps pour être modifiée.

À la lumière des résultats décrits, il appert que la mentalisation est une théorie pertinente pour compléter la compréhension clinique et à l'intervention en centre jeunesse. Le présent projet a d'abord démontré qu'il était possible d'engendrer des résultats positifs chez les enfants hébergés par le biais d'une formation s'adressant aux éducateurs intervenant auprès d'eux. Cette formation a d'ailleurs été décrite comme étant pertinente et utile par ces derniers dans le cadre d'une évaluation informelle. Ensuite, la recherche a permis d'appuyer, chez l'enfant, l'utilisation de certaines théories s'intéressant aux problèmes de mentalisation chez l'adulte. Ceci fut notamment le cas pour la dépression et les troubles somatiques.

Certaines limites ont été identifiées en lien avec le caractère exploratoire de la recherche. Premièrement, la petite taille de l'échantillon a affecté la puissance statistique des analyses. Deuxièmement, les contraintes pratiques du milieu des centres jeunesse ont affecté le déploiement de la formation et des séances d'intervision. Il aurait notamment été utile de fournir plus de séances d'intervision afin de s'assurer de la bonne appropriation de l'approche. Ces contraintes ont aussi affecté les analyses en ce sens que le délai minimal désiré de quatre mois entre la dernière rencontre de formation et la seconde prise de mesure n'a pas été respecté. Un plus long délai aurait pu permettre une meilleure appropriation de l'approche et, potentiellement, engendrer plus d'effets. Finalement, les

limites associées à l'utilisation exploratoire des mesures ciblant les éducateurs constituent une autre faiblesse de la recherche. Comme aucune mesure de la CM s'appliquant au contexte des centres jeunesse n'était disponible, il a été nécessaire d'employer un outil sondant un concept similaire (l'empathie) et d'adapter une mesure de la CM habituellement utilisée auprès d'une autre population (les parents). Nonobstant les limites mentionnées, les résultats prometteurs obtenus dans le cadre de ce projet pilote de formation aux interventions axées sur la mentalisation permettent d'envisager une poursuite de la formation. Cette poursuite pourrait alors s'attarder à résoudre ou diminuer celles-ci.

La présente recherche laisse croire que la formation aux interventions axées sur la mentalisation serait pertinente à déployer à plus grande échelle dans les centres jeunesse. À l'heure actuelle, un second projet est mis en œuvre pour valider les effets de cette formation au sein d'unités d'adolescents présentant des troubles de santé mentale. Il sera ainsi possible de voir si l'approche produit également des effets positifs auprès de cette clientèle. Le cas échéant, une généralisation encore plus grande de la formation pourra alors être proposée. Des rencontres supplémentaires d'intervision ont également été fixées pour les éducateurs des unités qui ont été concernées par la présente recherche. Cette poursuite permettra d'assurer une meilleure appropriation des interventions axées sur la mentalisation. Il serait pertinent d'aller réévaluer les éducateurs et les enfants suite à ces rencontres afin de palier à certaines des limites évoquées dans la section précédente. Cette réévaluation pourrait se fonder sur les mêmes outils utilisés dans le présent projet. Dans

la foulée de cette continuité de la formation, il deviendra cependant souhaitable de valider l'utilisation des outils de mesure employés. De nouvelles mesures pourraient être incluses, celles-ci pouvant par exemple sonder la CM ou d'autres manifestations comportementales ou émotionnelles des enfants concernés par la recherche.

Références

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Allen, J. G. (2001). *Traumatic relationships and serious mental disorders*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Allen, J. G. (2013) *Mentalizing in the development and treatment of attachment trauma*. London: Karnac Books.
- Allen, J. G., & Fonagy, P. (2006). *Handbook of mentalization-based treatment*. London: John Wiley & Sons.
- Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008) *Mentalizing in clinical practice*. Washington: American Psychiatric publishing.
- Baron-Cohen, S., & Wheelwright, S. (2004). The Empathy Quotient: An investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex differences. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34, 163-175.
- Bateman, A. W. (2010, avril). *Trouble de la personnalité limite : l'intervention basée sur la mentalisation pour les intervenants de première ligne*. Conférence présentée à l'Université McGill, Montréal, Canada.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2012). Borderline personality disorder. Dans A. W. Bateman & P. Fonagy (Eds.), *Handbook of mentalizing in mental health practice* (pp. 273-288). Washington, DC: American Psychiatry Publishing.

- Centres jeunesse du Québec (2013). *Un élan pour voir grand. Bilan des directeurs de la protection de la jeunesse/Directeurs provinciaux*. Montréal : Association des centres jeunesse du Québec.
- Domon-Archambault, V., & Terradas, M. M. (2012). *Manuel de formation aux interventions axées sur la mentalisation destiné aux éducateurs des centres jeunesse*. Document inédit. Université de Sherbrooke, Canada.
- Fernandez, E. (2008). Unravelling emotional, behavioural and educational outcomes in a longitudinal study of children in foster-care. *British Journal of Social Work*, 38, 1283-1301.
- Fonagy, P., & Allison, E. (2012). What is mentalization? The concept and its foundations in developmental research. Dans N. Midgley & I. Vrouva (Eds.), *Minding the child: Mentalization-based interventions with children, young people and their families* (pp. 11-33). New York: Routledge.
- Fonagy, P., & Target, M. (2005). Bridging the transmission gap: An end to an important mystery of attachment research? *Attachment & Human Development*, 7, 333-343.
- Frederico, M. M., Jackson, A. L., & Black, C. M. (2008). Understanding the impact of abuse and neglect on children and young people referred to a therapeutic program. *Journal of Family Studies*, 14, 342-361.
- Gagnon, K. (2010, 15 juillet). Un éducateur sur deux victimes de violence. *La Presse*. Document consulté le 1^{er} avril 2014 de <http://www.cyberpresse.ca/actualites/quebec-canada/201003/26/01-4264806-uneducateur-sur-deux-victime-de-violence.php>

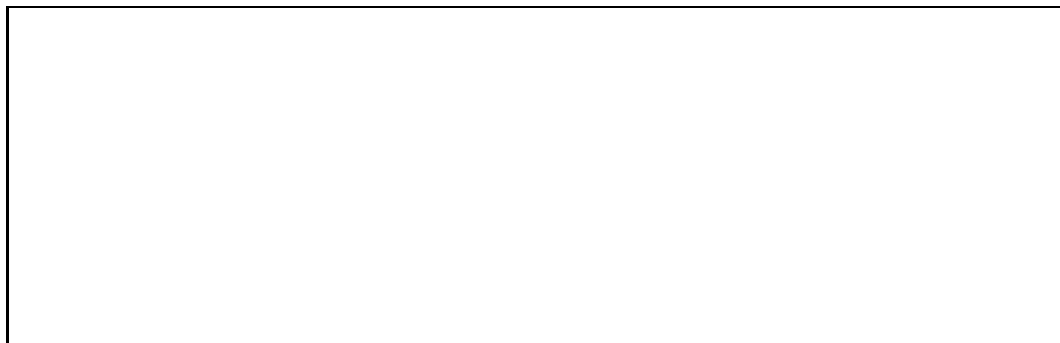
- Gergely, G. (2003). The development of teleological versus mentalizing observational learning strategies in infancy. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 67, 113-131.
- Lawrence, C. R., Carlson, E. A., & Egeland, B. (2006). The impact of foster care on development. *Development and psychopathology*, 18, 57-76.
- Lawrence, E. J., Shaw, P., Baker, D., Baron-Cohen, S., & David, S. (2004). Measuring empathy: Reliability and validity of the Empathy Quotient. *Psychological Medicine*, 34, 911-924.
- Sharp, C., & Fonagy, P. (2008). The parent's capacity to treat the child as a psychological agent: Constructs, measures and implications for developmental psychology. *Social Development*, 17(3), 737-754.
- Sharp, C., Fonagy, P., & Goodyer, I. M. (2006). Imagining your child's mind: Psychosocial adjustment and mother's ability to predict their children attributional response styles. *British Journal of Developmental Psychology*, 24, 197-214.
- Sharp, C., Williams, L. L., Ha, C., Baumgardner, J., Michonski, J., Seals, R., Patel, A. B., Bleiberg, E., & Fonagy, P. (2009). The development of a mentalization-based outcomes and research protocol for an adolescent inpatient unit. *The Bulletin of the Menninger Clinic*, 73, 311-338.
- Simmel, C. (2007). Risk and protective factors contributing to the longitudinal psychosocial well-being of adopted foster children. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 15, 237-249.
- Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: An introduction. *Attachment & Human Development*, 7, 269-281.

- Slade, A. (2005). Maternal reflective functioning, attachment and the transmission gap: A preliminary study. *Attachment & Human Development, 7*, 283-298.
- Slade, A. (2006). Reflective parenting programs: Theory and development. *Psychoanalytic Inquiry, 26*, 640-657.
- Slade, A., Aber, J. L., Bresgi, I., Berger, B., & Kaplan (2004). *The Parent Developmental Interview Revised*. Unpublished Protocol. The City University of New York.
- Slade, A., Grienberger, J., Bernbach, E., Levy, D., & Locker, A. (2005). Maternal reflective functioning, attachment and the transmission gap: A preliminary study. *Attachment & Human Development, 7*, 283-298.
- Stein, E., Evans, B., Mazumdar, R., & Rae-Grant, N. (1996). The mental health of children in foster care: A comparison with community and clinical samples. *Canadian Journal of Psychiatry, 41*, 385-391.
- Tobias, G. Haslam-Hopwood, G., Allen, J. G. Stein, A. & Bleiberg, E.(2006). Enhancing mentalizing through psycho-education. Dans J. G. Allen & P. Fonagy (Eds). *Handbook of mentalization-based treatment*. (pp. 249-268). London: John Wiley & Sons.
- Vergheugt-Pleiter, A. J. E., Zevalkink, J., & Schmeets, M. G. J. (2008). *Mentalizing in child therapy: Guidelines for clinical practitioners*. London: Karnac.

Appendice A

Guide de formation aux interventions axées sur la mentalisation pour les intervenants du
centre jeunesse

**Manuel de formation aux interventions axées sur la
mentalisation destiné aux éducateurs des centres jeunesse**



Réalisé par
Vincent Domon-Archambault, B.Sc.
et
Miguel M. Terradas, Ph.D.

Septembre 2011

Introduction

Voici un court manuel visant à familiariser les intervenants des centres jeunesse avec une technique d'intervention complémentaire au cadre d'intervention basé sur la théorie de l'attachement, soit l'intervention axée sur la mentalisation. Ce manuel vise à les soutenir dans leur compréhension des jeunes auprès desquels ils travaillent et à leur donner des pistes d'intervention afin de diminuer leurs agirs et comportements agressifs. Le but d'une telle approche est donc, en contexte de centre jeunesse, de **diminuer l'agir au profit de la régulation par la pensée réflexive chez l'enfant** et de mieux **gérer les réactions que provoque ce dernier chez l'intervenant** afin qu'il offre l'intervention la plus près des besoins exprimés par l'enfant. Loin de proposer une technique aride et complexe, ce manuel invite les intervenants à s'appuyer sur des capacités qu'ils possèdent déjà en eux. Quatre sections seront présentées dans les pages qui suivent. La première définira la capacité de mentalisation, la seconde en décrira le développement chez l'humain, la troisième initiera les éducateurs aux interventions axées sur la mentalisation et la dernière abordera quelques façons de promouvoir cette capacité au quotidien. Le tout sera aussi ponctué d'exercices destinés aux intervenants pour mettre en pratique la théorie présentée.

L'initiation aux stratégies et techniques axées sur la mentalisation sera guidée par les auteurs du présent manuel. La formation à cette modalité d'intervention se fera en deux parties. La première partie concernera des ateliers théoriques et pratiques permettant de comprendre et d'appliquer les notions sous-jacentes à l'intervention basée sur la mentalisation. Cette première partie se déroulera en quatre rencontres de trois heures chacune où se mêleront théorie, activités et séminaires de discussion. Ces rencontres seront dispensées à un rythme d'une par deux semaines pendant deux mois. La seconde partie sera composée de séances d'intervision (supervisions par les pairs, guidées par les formateurs) de deux heures chacune, à un rythme d'une par deux semaines pendant quatre mois.

Espérant contribuer positivement au travail que les intervenants font auprès des jeunes qui sont sous la tutelle de la Direction de la protection de la jeunesse, bonne lecture !

Vincent Domon-Archambault
Miguel M. Terradas

Tables des matières

La mentalisation, qu'est-ce que c'est ?.....	p. 3
La mentalisation, une capacité qui se développe.....	p. 14
La mentalisation : une approche d'intervention.....	p. 36
La mentalisation et le milieu de vie.....	p. 55

La mentalisation, qu'est-ce que c'est ?

1. Quelques définitions

Mentaliser, c'est...

- Le fait de percevoir et d'interpréter ses actions et celles d'autrui comme étant porteuses d'un sens et fondées sur des états mentaux (désirs, besoins, intentions, sentiments, idées et croyances).⁴
- Le processus au sein duquel l'individu tente de donner un sens au monde qui l'entoure en s'attribuant et en attribuant aux autres des états mentaux. Cela permet de rendre son propre comportement, celui d'autrui ainsi que nos relations interpersonnelles compréhensibles, prédictibles et porteurs de sens.
- Un processus à la fois cognitif et affectif.⁹
- Une habileté se développant naturellement chez l'être humain, mais de façon plus ou moins optimale selon les individus et les contextes.⁴

La mentalisation, en quelques images...

- Se regarder de l'extérieur et regarder les autres de l'intérieur.
- Porter attention à ses propres états mentaux et à ceux des autres.
- Comprendre que nos idées ne sont que des idées; qu'elles ne sont pas le reflet exact de ce qui se passe dans la réalité.
- Être attentif à nos pensées et nos émotions, et à notre façon de penser et ressentir.
- Chercher à comprendre nos incompréhensions.
- Garder l'esprit à l'esprit.
- Poser des questions plutôt que donner des réponses.

Inspiré de Bateman (2010)

- La mentalisation est d'abord et avant tout une attitude, un état d'esprit marqué par la curiosité et l'ouverture et mu par la croyance que le monde intérieur d'un individu peut être influencé, surpris, changé ou illuminé en prenant connaissance du monde intérieur d'autrui.⁴

ATTENTION : La mentalisation est un processus ET NON un contenu ! Ce n'est pas le simple fait d'être habité d'états mentaux (on l'est tous !), mais bien la capacité à les utiliser pour comprendre les autres et se comprendre.

La mentalisation en actions...

Voici quelques exemples :

1. Bill sourit lorsque je lui parle. Je me dis :
 - Je pense qu'il est content de me voir.
 - Il me trouve drôle.
 - Je me sens ridicule.
 - Je suis drôle.
 - Je crois qu'il rit de moi.
 - Je veux qu'il me dise pourquoi.
 - Je vais lui dire qu'il a un beau sourire.
 - Il pense à autre chose.
 - Il est de nature souriante.
 - Je crois que je lui plais !
 - Etc.

J'agis selon la ou les hypothèse(s) sélectionnée(s). Par exemple : Si je pense que Bill est content de me voir, je vais probablement continuer à parler en me disant que le contenu de ma conversation l'intéresse. Si, par contre, je crois que Bill rit de moi, ceci pourrait m'indisposer et même m'enlever le goût de lui parler.

2. Mon chum (ma blonde) rentre très tard de travailler ces derniers temps. Je me dis :
 - Ça y est, je pense qu'il (elle) me trompe.
 - Il (elle) a beaucoup de travail ces temps-ci !
 - J'ai bien l'intention de lui dire ma façon de penser pour que ça arrête ?
 - Comment est-ce qu'il (elle) pense que je me sens là-dedans ?
 - Tant mieux, j'ai plus de temps pour moi.
 - Je sens qu'il (elle) m'aime moins qu'avant.
 - On va avoir plus d'argent !
 - Il (elle) est pareil(le) comme mon père (ma mère) !
 - Il se venge parce que l'an passé je travaillais beaucoup.
 - Youpi ! Il me prépare une surprise pour ma fête !
 - Je me sens triste.
 - Etc.

J'agis selon la ou les hypothèse(s) sélectionnées(s). Par exemple : Si je pense que mon chum (ma blonde) me trompe, je vais être indisposé(e) lorsqu'il (elle) arrive. Je peux même devenir irritable et intolérant(e). Si, par contre, je pense qu'il (elle) a beaucoup de travail ces temps-ci, je vais faire des choses pour qu'il (elle) se sente confortable lorsqu'il (elle) arrive à la maison.

3. J'ai crié lors de mon intervention auprès de Jérôme. Lorsque j'y repense, je me dis :

- Il ne comprend pas autrement.
- Il a dû avoir très peur.
- Je me sens mal, je vais m'excuser.
- J'ai eu une dure journée aujourd'hui, j'étais déjà de mauvaise humeur.
- J'aurais dû le faire avant.
- Il l'a bien cherché.
- Ce jeune-là me rappelle vraiment mon frère lorsqu'on était enfants.
- Jérôme sait vraiment comme venir me chercher.
- Il devait vraiment mal aller pour me transmettre toute cette colère.
- Etc.

J'agis selon la ou les hypothèse(s) sélectionnées(s).

4. Je me sens triste aujourd'hui. Je me dis :

- Je n'ai pas assez dormi, je me sens toujours comme ça dans ce temps-là.
- Il faut que je change de travail !
- Il va arriver quelque chose de grave !
- Je déteste me sentir comme ça.
- Je dois me sentir coupable d'avoir crié après mon chum (ma blonde) hier.
- Est-ce quelqu'un m'a fait de la peine ?
- Ça y est, je fais une dépression !
- Etc.

J'agis selon la ou les hypothèse(s) sélectionnées(s).

Appliquez maintenant ce processus (simplifié, de surcroît) à tous ce qui se passe en vous et autour de vous ! Ouf ! On ne mentalise certes pas toujours de façon aussi soutenue ni même consciente, mais cela démontre à quel point ce processus peut influencer notre façon d'agir et de percevoir le monde qui nous entoure !

La mentalisation en actions...

Voici maintenant des exemples en images :



Que se passe-t-il au sein de cette image ?



Et au sein de celle-ci ?

2. Les états mentaux

- Prennent différentes formes : désirs, intentions, fantasmes, besoins, sentiments, pensées, croyances...³
- Sont au cœur de la mentalisation, et de notre monde interne à tous.
- Sont des représentations mentales de la réalité issues d'une perspective parmi plusieurs possibles.¹⁸
- Représentent autant de lunettes qui influencent notre regard sur nous et sur le monde qui nous entoure.
- Sont intimement liés à notre comportement.⁴
- Se lient donc à des expressions comme : « Je pense (pensée) », « Je me sens (sentiment) », « Je veux (intention) », « Je pense (pensée) que tu te sens (sentiment) », « Je crois (croyance) qu'il a voulu (besoin ou intention), « Je n'aime pas (sentiment) qu'il veuille (besoin ou intention), etc.
- Présentent plusieurs caractéristiques : dynamiques, déguisables (manifestes vs cachés), changeants, ambigus, opaques et parfois inconnus.^{4, 18}
- Font de nous des agents mentaux, des êtres utilisant les états mentaux pour guider nos actions.

Ce qu'il faut garder à l'esprit concernant les états mentaux !

- On ne peut qu'émettre des *inférences* à leur propos.
- Ces inférences sont sujettes à erreur.
- Il faut maintenir une attitude active d'ouverture et de curiosité...
- ... et apprendre à tolérer l'ambiguïté.

Inspiré de Bateman

(2010)

Une question de perspective...

Voyez comment ce cube pourrait être vu de façon différente selon l'angle avec lequel on le regarde. Imaginez maintenant cet exemple appliqué aux stimuli complexes de la vie sociale...



3. Les composantes de la mentalisation

Composantes	Formes
Contenu des états mentaux	4. Pensées, désirs, sentiments, croyances, fantasmes, intentions, etc.
Niveau de représentation	5. Implicite (inconsciente, automatique, en gestes) 6. Explicite (consciente, réflexive, en mots)
Objet	7. Le sujet lui-même 8. Une autre personne
Type de cueillette d'information	9. Objective (perceptions, faits, cognitif) 10. Subjective (états mentaux, affectif et cognitif)
Temps ciblé	11. Passé 12. Présent 13. Futur
Étendue	14. Pointue (état mental) 15. Large (liaison à l'histoire de vie du sujet)

Inspiré d' Allen, Fonagy, & Bateman (2008)

a. Le contenu des états mentaux

- Tout ce qui peut venir à l'esprit : besoins, désirs, sentiments, pensées, croyances, fantasmes, rêves ainsi que d'autres processus pathologiques comme les états dissociatifs, les hallucinations et autres.

b. Le niveau de représentation : implicite ou explicite

- La mentalisation explicite
 - Consciente, délibérée et réflexive.
 - Mettre en mots nos états mentaux.
 - Symboliser nos états mentaux.
 - Donner un sens à nos états mentaux.
 - Médium de choix : le langage (ne pas oublier cependant que le « langage » des enfants plus jeunes passe en grande partie par le jeu).
 - Mémoire déclarative (connaissances, savoir).
 - Utilisée lorsqu'il n'y a pas une demande de réponse immédiate, lorsqu'on a le temps et qu'on se permet de réfléchir à une situation.
 - Un exemple : le travail effectué en psychothérapie.

- La mentalisation implicite
 - Automatique, non-réflexive et intuitive.
 - Non verbale.
 - Mémoire procédurale (savoir-faire, savoir-être)
 - Utilisée lorsqu'une réponse immédiate est requise et/ou lorsqu'on n'a pas le temps ou la volonté de réfléchir à la situation, à nos états mentaux.
 - Sans réfléchir, mettre en mots ni symboliser les états mentaux, on les utilise de façon inconsciente et automatique pour guider notre action.
 - Par exemple, faire un câlin à quelqu'un qu'on n'a pas vu depuis longtemps.
- La coexistence de ces deux types de mentalisation a bien été démontrée au niveau neurologique, celle-ci touchant à des aires cérébrales et des processus cérébraux différents.
- Dans sa vie de tous les jours, un individu passe fréquemment d'un mode de mentalisation à l'autre. La majeure partie du temps, un individu mentalisera de façon implicite et inconsciente. Toutefois, face à une situation plus difficile, sa mentalisation se fera explicite.
- Un des buts de l'intervention sera de *mentaliser explicitement avec l'enfant afin de développer cette capacité et de la rendre de plus en plus automatique.*

c. L'objet de représentation : soi ou l'autre

- Soi
 - L'individu peut s'attribuer des états mentaux en lien avec ses comportements ou réactions physiologiques. C'est parce que les parents (ou les figures d'attachement substitutives) le traitent comme un agent mental qu'un individu en vient à se représenter ses propres états mentaux, à explorer.
- Autrui
 - À partir de sa conscience de soi et de l'expérience, l'individu peut attribuer des états mentaux aux autres sur la base du principe de similarité des esprits (*like-mindedness*).
- La relation d'aide demande un savant équilibre entre la mentalisation de soi et de l'autre. Ces deux types de mentalisation s'enrichissent mutuellement. Ainsi, pour comprendre l'autre et l'aider, on peut s'appuyer tant sur nos hypothèses quant aux états mentaux qui l'habitent que sur les états mentaux qu'il suscite en nous.
- Cette fois, les mêmes processus cérébraux sont impliqués dans la mentalisation de soi et celle d'autrui (la différenciation se fait plutôt entre le regard porté vers le monde intérieur et celui porté vers le monde extérieur, peu importe si on pense à soi ou à l'autre.). Ceci va dans le sens du principe de similarité des esprits.

d. Le type de cueillette d'information : objective ou subjective

- Objectivement, une personne peut s'observer elle-même ou observer autrui et faire des inférences quant aux états mentaux à partir de perceptions ou de faits. Cette perspective n'est qu'une première étape, insuffisante en soi pour parler de mentalisation. C'est un travail cognitif seulement qu'on pourrait plutôt qualifier de pseudo-mentalisation. Par exemple, je pourrais penser qu'un garçon qui a reçu un coup d'un autre garçon pleure parce qu'il ressent de la douleur et veut que l'adulte intervienne.
- Subjectivement, l'individu doit effectuer un travail mental en prenant position sur ses états mentaux ou ceux d'autrui après délibération, réflexion et prise de décision. Ce travail correspond à la mentalisation comme telle puisqu'il inclut l'aspect affectif de l'expérience et ne s'en tient pas uniquement à une évaluation cognitive. Dans l'exemple précédent, après réflexion et discussion, je pourrais comprendre que c'est plutôt le rejet transmis par le coup porté par un bon ami auquel il voulait plaire qui fait pleurer le garçon et ce, davantage que la douleur et le désir de justice. Mon intervention serait alors sans doute fort différente que dans le premier cas.

e. Le temps ciblé : passé, présent ou futur

- Le présent : une bonne partie de la mentalisation concerne les états mentaux actuels. La mentalisation est plus efficace à chaud, dans l'ici-et-maintenant.
- Le passé : on peut mentaliser des états mentaux passés, en rétrospective. En intervention, on peut se servir du regard vers le passé pour savoir à quel moment précis la capacité de mentalisation s'est perdue avant une crise.
- Le futur : anticipation par rapport à des états mentaux futurs probables. Difficiles de prévoir ou de s'y préparer lorsqu'on n'est pas dans le même état émotionnel que lorsque l'évènement anticipé se produira (p. ex., penser dans un moment de calme à comment on réagira si on reçoit une mauvaise nouvelle).
- Le but de l'intervention : *passer de la pré-crise et du post-crise à une mentalisation dans l'ici-et-maintenant qui permettra de mieux la comprendre, la diminuer ou même la prévenir.*

f. L'étendue : pointue ou large

- La plus pointue : état mental à un moment précis
- La plus large : mise en contexte autobiographique; chercher à expliquer un état mental, à le lier à d'autres états mentaux ou à l'insérer dans notre histoire de vie.

- On vise la mise en contexte, car ne considérer qu'un seul état mental serait équivalent à ne lire qu'une seule phrase dans une histoire tout en espérant la comprendre.

4. Pourquoi est-il important de mentaliser ?

- La capacité de mentalisation joue un rôle crucial dans le développement d'une série de saines adaptations permettant, entre autres, de se réguler émotionnellement ainsi que d'établir et de maintenir des relations interpersonnelles satisfaisantes.¹⁴
- C'est ce qui forme notre compréhension de nous-mêmes, des autres, du monde qui nous entoure et des relations interpersonnelles. On donne un sens à la réalité qui nous entoure.⁴
- Une bonne capacité de mentalisation est un facteur de résilience.³
- Selon certains auteurs, la capacité de mentalisation serait l'élément fondamental commun à toutes les approches psychothérapeutiques.³ Sans changement dans la capacité de mentalisation, il n'y a pas de changement chez le client.⁴

Les visées de la mentalisation, en quelques images...

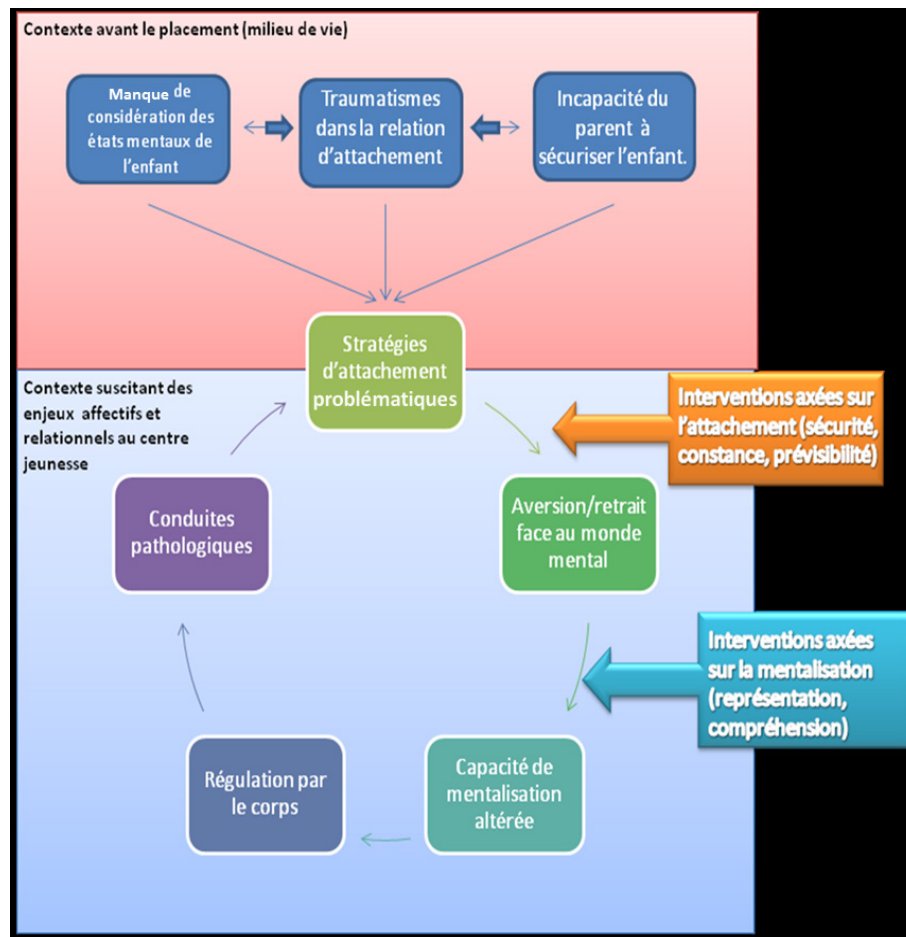
- Ajoute des couleurs à notre palette de compréhension de soi et d'autrui.
- Donne un pouvoir sur la réalité, permet de mieux la comprendre et l'influencer.
- Aide à s'adapter.
- Permet de comprendre et d'être compris.
- Permet de mettre en mots, de se représenter au lieu d'agir.
- Permet d'être plus fluide, moins rigide.

5. Effet des lacunes sur le plan de la mentalisation, un aperçu

- Une capacité de mentalisation altérée joue un rôle majeur dans le développement de différents problèmes psychosociaux et psychiatriques.^{2,3}
- Les difficultés de mentalisation se lient à différents mécanismes de protection et conduites pathologiques pour éviter la douleur émotionnelle : l'isolement, la dissociation, la dépression, l'abus de substances, les problèmes alimentaires, l'automutilation, les tentatives de suicide et les comportements agressifs.¹
- Le développement altéré de la capacité de mentalisation est aussi associé à plusieurs difficultés intériorisées (notamment les troubles de l'humeur et l'anxiété) et

extériorisées (l'opposition et la délinquance, entre autres) de même qu'à de troubles de la personnalité en émergence.^{12, 13}

Un entrefilet du cycle menant aux problèmes de mentalisation et à ses conséquences...



En ce qui a trait à la régulation par le corps, nous considérons tant la régulation des émotions positives que des négatives. Cette régulation peut donc à la fois prendre la forme de gestes impulsifs ou agressifs ou encore d'une anxiété paralysante dans le cas d'émotions négatives ou la forme d'une surexcitation corporelle et affective face à des émotions positives. Les conduites pathologiques sont, quant à elles, la conséquence d'une régulation par le corps appliquée à des situations provoquant une détresse significative chez l'enfant. Elles prennent, entre autres, la forme d'automutilation, de dissociation, d'isolement, de tentatives suicidaires, des comportements agressifs sévères et d'abus de substances. Nous reviendrons sur ce schéma et ses constituants à différents moments dans le présent manuel.

6. Activité pour les intervenants

1- Bienvenue dans ma tête.²

- Un participant est d'abord appelé à écrire une liste de faits le concernant (nom, âge, lieu de résidence, etc.). Chacun de ses collègues doit faire de même à son sujet.
- Ensuite, tous les participants répètent le même exercice de description, cette fois sans utiliser des faits (en référant aux états mentaux).
- On compare finalement les listes.

2- L'importance de la mentalisation.

Décrivez une interaction difficile ou très heureuse vécue récemment et ce :

a) Sans référer...

aux pensées.
aux émotions.
aux intentions.

b) En ne référant...

qu'aux pensées.
qu'aux émotions.
qu'aux intentions.

c) En ne référant qu'à une pensée et une émotion.

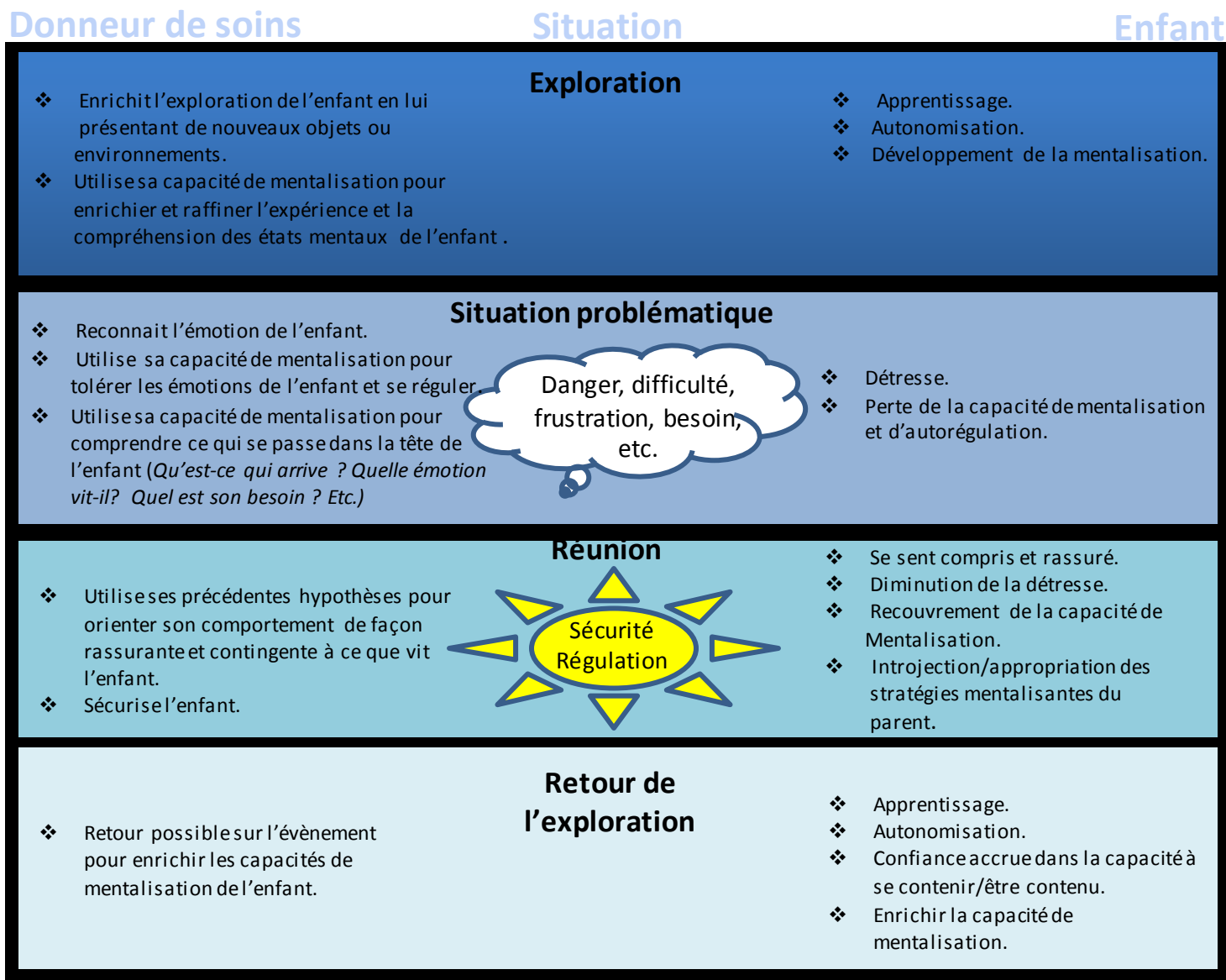
La mentalisation, une capacité qui se développe

1. Le lien avec l'attachement... quelques points à retenir.

- La capacité de mentalisation se développe de façon optimale dans un lien d'attachement sûr.^{2, 3, 13}
- C'est en étant traité dès la naissance comme un être doté d'un esprit que l'enfant découvre qu'il a lui-même et que les autres ont aussi un esprit.⁹
- Aussi, tout comme il doit se sentir en sécurité pour explorer son environnement, l'enfant doit se sentir en sécurité pour explorer son esprit et celui des autres. De la même façon qu'il retrouve rapidement sa mère lorsqu'il se fait mal ou est face à un danger, l'enfant a besoin d'être sécurisé lorsque cette exploration provoque de la détresse chez lui.³
- De façon générale, la mentalisation est donc inhibée chez l'enfant en détresse et ne peut être rétablie que lorsque sa figure d'attachement aura réussi à réguler cette détresse.⁷ L'enfant apprendra de la sorte graduellement que ses états mentaux, tout comme ceux d'autrui, sont des entités à la fois modulables et riches de sens.³
- Selon certains auteurs, la capacité de mentalisation serait le mécanisme par lequel se transmet la sécurité de l'attachement entre un parent et son enfant dans l'ici-et-maintenant.^{13, 15, 16} En effet, une bonne capacité de mentalisation permet au parent de mieux tolérer et réguler ses émotions et celles de son enfant d'une façon non défensive et sans être débordé. Ce parent saura donc s'adapter et demeurer sensible et réflexif face à son enfant dans différentes situations problématiques et réussira à adopter un comportement rassurant et contingent aux états mentaux de ce dernier.
- Une bonne capacité de mentalisation du parent permet aussi de stimuler cette même capacité chez l'enfant dans les moments où ça va bien, par le jeu, le discours ou le comportement.
- **En contexte de soins**, il faut donc que le professionnel offre à l'enfant une base de sécurité pour explorer le monde qui l'entoure, mais aussi son monde mental même s'il est parfois habité d'états mentaux tristes ou douloureux.³

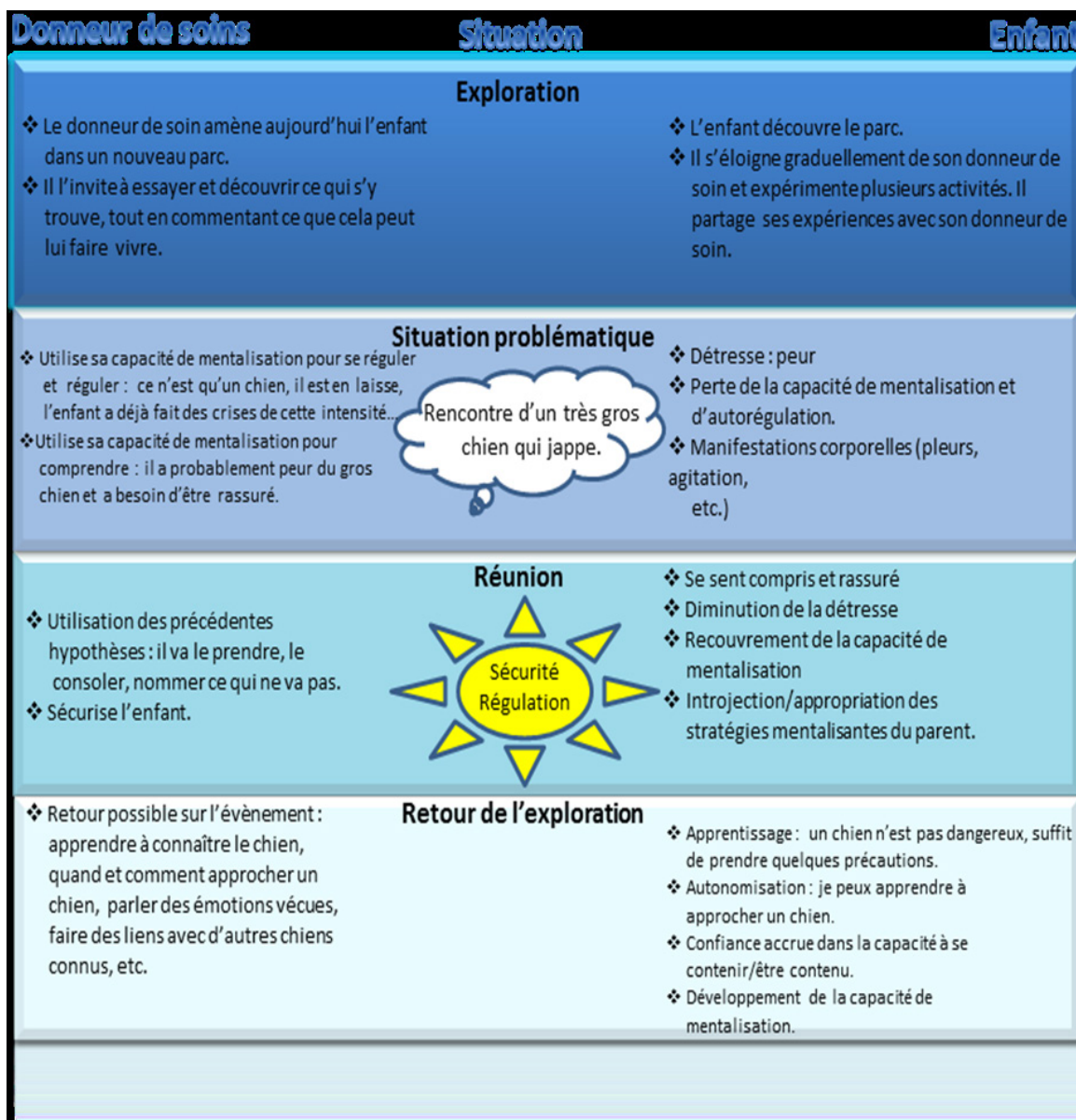
Une approche d'interventions centrées sur la capacité de mentalisation s'avère donc un complément idéal à l'approche actuelle fondée sur la théorie de l'attachement. Ainsi, alors que l'approche actuelle permet aux intervenants de sécuriser les enfants en détresse, l'approche proposée dans le présent manuel les aidera à permettre aux enfants d'explorer leur monde mental et celui des autres en toute confiance, et ainsi de développer leur capacité à se réguler et à mieux se comprendre et comprendre les autres.

Voici un petit modèle illustrant les derniers points :

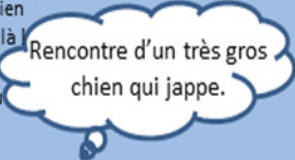



Prenons un exemple concret, celui de l'enfant qui joue au parc, non loin de sa figure d'attachement et qui, soudain, rencontre un chien...

Avec un donneur de soins *suffisamment bon...*



Avec un donneur de soins ayant certaines limites...

Donneur de soins	Situation	Enfant
Exploration		
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Le donneur de soins amène aujourd'hui l'enfant dans un nouveau parc. ❖ Il l'invite à essayer et découvrir ce qui s'y trouve, tout en commentant ce que cela peut lui faire vivre. 		<ul style="list-style-type: none"> ❖ L'enfant découvre le parc. ❖ Il s'éloigne graduellement de son donneur de soins et expérimente. Il peut partager avec son donneur de soins.
Situation problématique		
<ul style="list-style-type: none"> ❖ N'utilise pas ou n'a pas accès à sa capacité de mentalisation pour se réguler et réguler : un chien est très menaçant (peur) ou encore il n'y a rien là ! ❖ N'utilise pas ou n'a pas accès à sa capacité de mentalisation pour comprendre : il va mourir ou il exagère ! 	 <p>Rencontre d'un très gros chien qui jappe.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Détresse : peur ❖ Perte de la capacité de mentalisation et d'autorégulation. ❖ Manifestations corporelles (pleurs, agitation, etc.)
Réunion		
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Utilisation des précédentes hypothèses : il va le prendre et s'éloigner en détresse ou ne rien faire, voire rire. ❖ Ne sécurise pas l'enfant. 	 <p>Sécurité Régulation</p>	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Réelle impression d'avoir frôlé la catastrophe ou se sent incompris. ❖ Augmentation de la détresse ❖ Recouvrement plus tardif de la capacité de mentalisation ❖ Introjection/appropriation des stratégies non mentalisantes du parent.
Retour de l'exploration		
<ul style="list-style-type: none"> ❖ Retour possible sur l'évènement : « Ne t'approche plus jamais d'un chien! », fuite ou aucun commentaire. 		<ul style="list-style-type: none"> ❖ Apprentissage : « un chien est dangereux » ou encore « on ne me comprend pas ou ce que je ressens est incorrect ». ❖ Autonomisation : stratégie d'évitement ou aucune. ❖ Peu confiance dans la capacité à se contenir/être contenu. ❖ Aucun développement de la capacité de mentalisation.

2. Les processus favorisant la mentalisation à l'œuvre dans la relation d'attachement.

Contrairement à ce que pourrait suggérer l'intuition, l'esprit du jeune enfant se développe par la transformation graduelle d'un processus interpersonnel (social) en un processus intrapersonnel (individu).^{3, 5} La relation d'attachement est donc le lieu par excellence où peut se développer l'esprit de l'enfant. Voici donc les grands processus se déroulant entre un enfant et son donneur de soins qui jettent les bases de la mentalisation et de l'autorégulation chez l'enfant. Bien que ces processus marquent majoritairement les premières années de vie de l'enfant, ils sont toujours d'actualité dans l'intervention thérapeutique auprès des enfants présentant des difficultés sur le plan de la mentalisation. Vous remarquerez aussi que ces processus concernent surtout les émotions qui, ayant une composante innée, représentent sans doute les tous premiers états mentaux attribués à autrui chez l'humain.⁸

Contingence

Relation entre le comportement ou l'état de l'enfant et la réponse (ou son absence) suscitée dans l'environnement ou chez le donneur de soin. Sa fonction première est de différencier le *self* de l'environnement. Ainsi, avant trois mois, l'enfant cherchera des réponses parfaitement contingentes (qui proviennent de lui, de son action immédiate ; son « self physique »). Après trois mois, il cherchera plutôt des réponses très contingentes, mais non parfaites (la réponse, différée, qu'il suscite chez ses donneurs de soins et objets sociaux qui répondent à ses besoins ; son « self social »). Peu à peu, il orientera son comportement et son état de telle sorte à obtenir les réponses contingentes les plus optimales. Une bonne contingence entraîne une excitation positive chez l'enfant.

Dans la relation entre le donneur de soin et l'enfant, une bonne contingence serait caractérisée par l'émission d'une réponse, chez le donneur de soin, auprès de l'enfant dans un délai suffisamment rapproché d'un comportement ou d'un état de ce dernier afin qu'il comprenne que les deux événements sont liés.

Fonction contenante

Capacité du donneur de soin à recevoir, tolérer et « digérer » l'état interne et le comportement de l'enfant sans être submergé et sans perdre sa capacité à mentaliser.

Fonction miroir

Reflet contingent, par le donneur de soin, de l'état affectif de l'enfant.

<p>Émotion marquée</p> <p>Version intentionnellement exagérée de la réponse émotionnelle réaliste et normale du donneur de soin face à l'état interne que présente l'enfant. Cette réponse, livrée au sein de la fonction miroir, permet à l'enfant de saisir que celui-ci est conscient de son état émotionnel et le lui reflète. L'enfant en viendra à comprendre que cette émotion est en fait une représentation modulable de l'état interne qu'il ressent.</p>
<p>Accordage</p> <p>Ajustement, chez le donneur de soin, de sa propre réponse affective et comportementale pour moduler l'état interne de l'enfant. Il n'imité pas le comportement de l'enfant, mais s'ajuste à l'état mental qui le sous-tend. L'accordage nécessite donc la mentalisation de la part du donneur de soin.</p> <p>Par exemple, un donneur de soins démontrera du souci et prodiguera des soins lorsqu'un enfant se fait mal. Un autre exemple serait un donneur de soin qui se montre rieur et amusé lorsqu'un enfant rit.</p>

Définitions inspirées de Fonagy, Gergely, Jurist, & Target (2004)

Voici un exemple d'interaction régulatrice du donneur de soin mettant en lien les précédents concepts :

L'enfant émet d'abord des signaux de détresse qui suscite une réponse contingente de la part du donneur de soin, par exemple le fait de se déplacer pour aller à sa rencontre ou le prendre dans ses bras. Cette contingence positive aura d'emblée un effet régulateur sur l'enfant. Le donneur de soin devra ensuite être apte à contenir la détresse de l'enfant, à y réfléchir sans être submergé. Il présentera alors, en miroir, une version exagérée et nuancée de l'émotion de l'enfant. Simultanément, il ajustera aussi son propre affect et son comportement de façon à s'accorder à ce qu'il perçoit comme étant l'état mental sous-tendant la détresse de l'enfant (un besoin comme la faim ou un sentiment comme la peur, par exemple). Cette interaction permettra de réguler cette détresse tout en aidant l'enfant à comprendre que son état interne est une entité représentable et modulable. Cela permettra de plus à l'enfant d'expérimenter un certain contrôle sur la régulation apportée par le donneur de soins, lequel jettera les bases de son autorégulation. En effet, il intériorisera peu à peu ce pouvoir sur sa régulation, c'est-à-dire qu'il comprendra que lorsqu'il ressent cet état interne, il peut émettre un comportement (par exemple de pleurer d'une certaine façon) qui suscitera une réponse régulatrice du donneur de soin ou, plus largement, de son environnement.

La précédente interaction permettra à l'enfant de passer graduellement d'une prédominance des représentations primaires au développement des représentations secondaires.

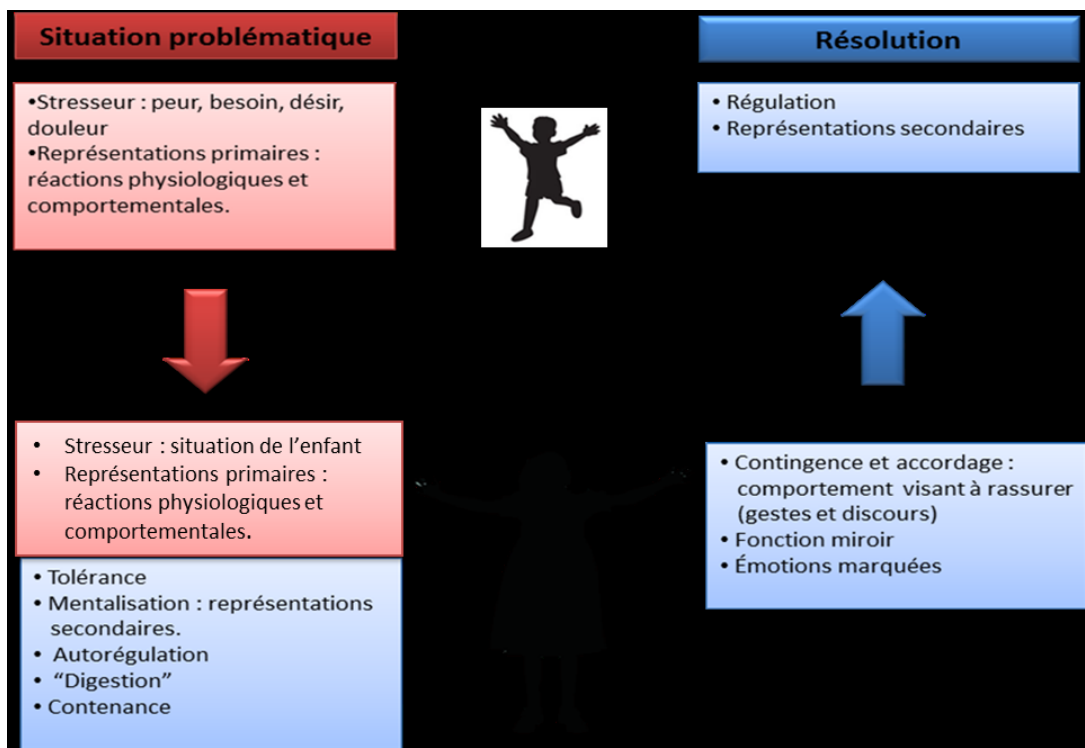
Représentations primaires (de premier ordre) : L'expérience interne viscérale (par exemple la modification du rythme cardiaque, de la respiration ou de la sudation ou encore la sensation de douleur et les larmes). C'est l'expérience innée ou sur-apprise au sein de laquelle l'information est implicite et procédurale, et n'est pas interprétée par l'esprit. Ce sont des automatismes inflexibles, inconscients et guidés par la perception.^{5, 19}



Représentations secondaires (de second ordre) : Traitement de la représentation primaire afin de lui donner un sens, de l'interpréter et de la conceptualiser (par exemple, ceci est de la peur). Elles sont gouvernées par la pensée et peuvent influencer les processus automatiques. La mise en place de ces processus permet donc à l'esprit d'échapper à l'emprise unique de la réalité physique, c'est-à-dire à être davantage que le siège de réponses automatiques, viscérales et non réflexives.^{5, 19}

Par tous ces processus, l'enfant en vient à comprendre qu'il est habité par des états internes qui suscitent des réactions chez les autres. Il comprend que ce qu'il manifeste physiquement est représenté mentalement chez l'autre. Aussi, il apprend peu à peu à se représenter lui-même ces états internes. Il réalise également qu'il peut avoir une influence sur ses états mentaux de même que sur ceux d'autrui.⁵

Voici un schéma résumant les concepts mentionnés :



Reprenons donc l'exemple du chien...

3. L'histoire du développement de la représentation mentale

Avant de pouvoir utiliser les états mentaux dans sa compréhension de lui-même et du monde qui l'entoure, l'enfant doit bien sûr en être habité ainsi qu'être en mesure de les reconnaître. Voici donc un aperçu du développement de la capacité de l'individu à se représenter les états mentaux :

<p>A. Niveau physique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Premiers mois. • L'enfant développe un sens de lui-même comme étant un <i>agent</i> physique distinct des autres objets de l'environnement. • L'expérimentation de ses actions et de leur influence sur les objets qui l'entourent lui permet de jeter les premières bases de son <i>self</i>. En effet, cette expérimentation facilite la différenciation entre ce qui appartient au moi et ce qui relève du non-moi (d'où l'intérêt, jusqu'à trois mois, pour la contingence parfaite). • L'enfant comprend aussi que ses actions peuvent avoir une conséquence sur d'autres agents avec qui il a un contact physique immédiat.
<p>B. Niveau social</p> <ul style="list-style-type: none"> • Premiers mois. • L'enfant recherche activement dès ses premiers jours l'interaction avec son donneur de soin. • Au sein du contact avec le donneur de soins, le comportement de l'enfant induit des réponses comportementales et émotionnelles chez ce dernier, et vice-versa. L'enfant se découvre et découvre les autres comme étant des <i>agents</i> sociaux pouvant s'influencer et se répondre entre eux. Après trois mois, l'intérêt de l'enfant se porte donc sur les contingences hautes, mais imparfaites. • La première ébauche du <i>self</i> social se lie à la découverte chez l'enfant que ces comportements communicatifs peuvent avoir une influence sur son donneur de soin (notamment les vocalisations, les sourires et les pleurs).
<p>C. Niveau téléologique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dès 9 mois et jusqu'au milieu de la seconde année de vie. • Apparaît avec la capacité à différencier une action et s'appuie sur la connaissance qu'a l'enfant que son comportement a des conséquences sur l'environnement qui l'entoure. • À partir de ce moment, l'enfant en vient à comprendre qu'il est et que les autres sont des <i>agents</i> dont les actions ont un sens et sont déployées vers un but.

<ul style="list-style-type: none"> • L'interprétation de ce qui sous-tend les actions se limite à cette étape à ce qui est observable et rationnel. Cela ne concerne donc que la réalité physique et visible, et non les états mentaux.
<p>D. Niveau intentionnel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Au milieu de la deuxième année de vie. • Apparaît avec la « révolution du 18 mois » de l'attention conjointe, soit la capacité de l'enfant à attendre d'avoir l'attention de l'autre avant d'attirer le regard vers un objet. • L'enfant vient à saisir qu'il peut avoir une influence non seulement sur le comportement de l'autre, mais aussi sur son esprit. • L'enfant commence à comprendre que ses actions sont causées par des états mentaux antérieurs, notamment les désirs. • Il arrive aussi à distinguer ses goûts et désirs de ceux des autres. Il commence à considérer le point de vue de l'autre (p. ex., donner l'aliment que l'autre préfère plutôt que celui que lui-même préfère). • Ces états mentaux sont toutefois intimement liés à l'observable, à la réalité extérieure. • Début du jeu imaginaire.
<p>E. Niveau représentationnel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vers 3-4 ans. • Propulsé par le développement du langage. • L'enfant commence à développer une « théorie de l'esprit » : il comprend que l'esprit est un système de représentations (états mentaux) allant au-delà des perceptions et des comportements observables. L'esprit n'est donc en quelque sorte plus « observable ». • Il y a séparation entre le monde interne et externe : l'enfant peut se représenter quelque chose en son absence. • L'enfant arrive à se voir comme un agent mental, à se représenter son monde mental. • Représentation secondaire. • Jeu de faire semblant.
<p>F. Niveau autobiographique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vers 6 ans. • Récit narratif autobiographique organisé de façon causale et temporelle. • Compréhension du fait que les états mentaux ne sont pas transitoires ni flottants, ils s'inscrivent dans la personnalité. • Développement de la représentation des états mentaux (chaque état mental indépendamment).

Inspiré d' Allen, Fonagy, & Bateman (2008) et de Verheugt-Pleiter, Zevalkink, & Schmeets (2008)

4. Le développement de la capacité de mentalisation

La mentalisation est un processus inné : elle suit une séquence développementale définie, elle est indépendante des cultures, elle est peu influencée par le Q.I. et elle présente peu de variations individuelles.³ Voici donc les grandes étapes du développement de la capacité de mentalisation, laquelle passe d'abord par trois modes pré-mentalitants : le mode téléologique, le mode d'équivalence psychique et le mode « comme-si ».

A. Mode téléologique

- Débute avec le niveau téléologique du développement de la représentation mentale.
- *Représentation primaire (processus automatique).*
- Représentation des motifs d'une action en termes d'effets visibles et concrets. L'action est posée simplement pour obtenir le résultat qu'elle engendre ou que l'enfant s'attend qu'elle engendre. Toute modification ou variation d'une action posée pour atteindre un but connu le sera pour une raison rationnelle et observable.⁸
- Interprétation mécaniste et rationnelle de l'action (comme pour les objets inanimés).⁸
- Se fonde sur les observations et connaissances que le jeune enfant a réalisées par rapport à une action précise d'autrui.
- Cela permet donc de faire des inférences même sans considération des états mentaux.⁸
- Compréhension des actions en termes de conséquences physiques plutôt que mentales.
- La seule preuve d'une modification d'intention chez autrui est une preuve réelle, tangible et observable.
- L'acquis majeur de ce stade : *une action est explicable et posée pour atteindre un but*
- Quelques exemples :
 - Maman enlève un objet dangereux avec lequel sa fille Myriam avait du plaisir. Myriam pleure car elle est certaine que sa maman veut en fait cet objet pour elle toute seule, même si cette dernière lui explique que c'est une question de sécurité.
 - Martin est très surpris lorsqu'il voit sa maman pousser son papa, même s'ils le font en fait en blaguant. Il ne comprend pas ce qui se passe.
 - Hugo sait que lorsqu'il a mal, il n'a qu'à tendre les bras ou pleurer pour que maman ou papa viennent le prendre dans leurs bras.

B. Mode d'équivalence psychique

- Débute avec le niveau intentionnel du développement de la représentation mentale.
- *Confusion entre la représentation primaire et secondaire.*
- Les états mentaux sont confondus avec la réalité. Ils ne sont pas perçus comme des représentations de celle-ci.
- Le monde extérieur est équivalent à la façon dont l'enfant se le représente intérieurement.
- Monde interne = monde externe.
- Le monde interne prime généralement sur l'externe.
- Confusion entre les apparences et la réalité (une éponge en forme de roche est une roche).

- L'enfant n'arrive pas à comprendre que ce qui se passe dans son esprit est généré par l'esprit lui-même et non pas nécessairement par l'environnement réel.
- Intolérance face aux perspectives alternatives (« Je connais la solution, je sais comment ça marche, etc. »).
- L'acquis majeur de ce stade : *l'esprit est influençable et peut influencer.*
- Quelques exemples :
 - Quand papa dit qu'il est un monstre et court derrière Frédérique, cette dernière a très peur et pleure même si ce n'était qu'un jeu !
 - La petite Marianne parle à son parrain au téléphone de photos qui la font rire. Elle ne comprend pas que celui-ci, qui ne voit évidemment pas les photos, ne les trouve pas aussi drôles.

C. Mode « comme-si »

- Débute avec le niveau représentationnel du développement de la représentation mentale.
- *Représentation secondaire.*
- Notamment grâce au jeu, l'enfant réussit à comprendre qu'il y a une différence entre son monde interne et le monde externe. Ces deux mondes se doivent cependant d'être maintenus séparés. La confrontation à la réalité inhibe donc l'imagination.
- Monde interne complètement dissocié de la réalité externe.
- L'enfant n'est pas conscient qu'il fait semblant lorsqu'il joue.
- Il n'y a pas de pont entre les états mentaux et la réalité externe.
- L'acquis majeur de ce stade : *le monde interne et la réalité extérieure sont des entités distinctes et séparées.*
- Des exemples :
 - Diego joue avec son père à la guerre. Ce dernier prend avec entrain un rouleau de papier essuie-tout pour simuler un fusil, ce à quoi Diego répond : « Mais non papa, c'est pas un fusil, c'est un rouleau d'essuie-tout ! ».
 - Le grand frère de Camilia feint d'avoir très peur lorsque cette dernière fait mine de lui donner une tape. Camilia dit alors à son frère de ne pas avoir peur, qu'elle ne lui fera pas mal.

D. Mentalisation

- *Fluidité et interinfluence entre la représentation primaire et secondaire.*
- Intégration des trois fonctions antérieures, une intégration facilitée par le jeu.
- Les mondes interne et externe, bien qu'ils soient séparés, sont connectés et intégrés ensemble.
- Jeu de faire semblant riche et bien étayé.
- Lien entre comportement et états mentaux.
- Acquis majeur de ce stade : *notre comportement et nos états mentaux influencent et sont influencés par ceux des autres.*
- Des exemples :
 - Aujourd'hui, Maxyme a mis la table car il sait que cela fait très plaisir à sa mère et qu'il veut la rendre heureuse.

- Pour la faire rire et qu'elle sorte de sa mauvaise humeur, le père de Stéphanie fait semblant de lui préparer un sandwich aux brocolis. Cette dernière ne peut s'empêcher de rire.

Inspiré d'Allen, Fonagy, & Bateman (2008), de Bateman (2010), de Gergely (2003) et de Schmeets (2009)

La majorité des gens réussissent à développer une certaine capacité de mentalisation. Toutefois, cette capacité sera plus efficace chez certains, résistant davantage aux stressseurs et aux situations chargées émotionnellement, ou dans certaines situations. En d'autres situations ou chez des personnes ayant vécu des écueils dans le développement de la capacité de mentalisation, elle s'ébranlera plus facilement entraînant un retour vers un mode pré-mentalissant.³

5. L'importance du jeu dans le développement de la mentalisation.

Le jeu est une activité primordiale au développement de la capacité de mentalisation.¹⁹ En jouant avec la réalité, l'enfant peut apprendre à mettre en relation l'environnement physique avec son monde interne, mais aussi ses états mentaux avec ceux d'autrui. Lorsqu'un enfant joue à faire semblant avec un donneur de soin sécurisant, il peut expérimenter en toute aise une foule d'états mentaux (désirs, fantaisies, émotions, notamment) de façon non menaçante. Cela peut l'aider non seulement à stimuler ses représentations secondaires, mais aussi à apprendre à mieux tolérer ou réguler certains états mentaux plus difficiles à vivre pour lui. Inversement, avec un donneur de soins possédant certaines lacunes, l'expérience de jeu peut cependant nuire au développement de la capacité de mentalisation. Par exemple, avec un parent qui tolère mal certains états mentaux mis en scène dans le jeu et y réagit vivement, l'enfant pourrait en venir lui-même à être en détresse lorsque confronté à ces états dans sa vie de tous les jours.

6. Quand l'attachement est problématique.

- Dans un environnement de soins dysfonctionnel, le développement de la capacité de mentalisation est inhibé chez l'enfant.⁸ Le trauma dans le contexte de la relation d'attachement (abus, négligence) crée une aversion à explorer ses états mentaux de même que ceux d'autrui et provoque un retrait du monde mental, lequel est perçu comme étant trop souffrant.¹ Il serait en effet trop désorganisant pour un enfant de concevoir que son donneur de soin puisse lui vouloir ou lui causer intentionnellement du mal. De la même façon, un donneur de soin non disponible (par exemple : un parent déprimé) ou ayant vécu des expériences difficiles qu'il n'a pu mentaliser (par exemple : un abus sexuel) peut laisser des « taches aveugles »

- chez l'enfant, certains états mentaux ne pouvant être représentés mentalement et ne conservant donc que des caractéristiques physiques (le comportement et les réactions physiologiques).¹⁹
- L'enfant en vient alors à employer de façon prédominante un mode d'interprétation axé sur la réalité visible et concrète (le mode téléologique) dans ses relations avec les autres, un trait caractéristique de certaines psychopathologies développementales.⁸ Face à une émotion trop forte qu'il ne réussira pas à mentaliser, l'enfant adoptera différentes conduites pathologiques pour éviter la douleur émotionnelle : l'isolement, la dissociation, la dépression, l'abus de substances, les problèmes alimentaires, l'automutilation, les tentatives de suicide et les comportements agressifs.¹
 - L'enfant fera donc passer par le corps ce qu'il n'arrive pas à se représenter au plan mental, une stratégie qui est lourde de conséquence et ne fait bien souvent qu'augmenter le stress vécu par celui-ci.
 - Il aura aussi l'impression que les autres ne peuvent le comprendre.¹⁹
 - En centre jeunesse, la mesure de placement, les règles du milieu de vie, la formation de nouveaux liens affectifs, la cohabitation avec d'autres jeunes, les défis des apprentissages scolaires et les contacts avec les parents en difficultés sont autant d'éléments pouvant susciter des états mentaux que l'enfant ayant des difficultés de mentalisation ne pourra bien réguler et qui se traduiront en divers comportements problématiques.

7. Identification du niveau de mentalisation en jeu chez l'enfant.

Voici une section qui vous guidera dans l'identification du niveau de mentalisation que le jeune présente de façon prédominante ou dans un contexte donné. Il est à savoir qu'un enfant peut certes agir ou effectuer un retour en arrière de façon préférentielle à un stade pré-mentalisateur. Toutefois, sa capacité peut varier selon la situation ou le contexte, l'enfant pouvant, par exemple, mentaliser dans une situation, mais revenir à un mode pré-mentalisateur à un autre moment.³

A. Mode téléologique

Raisons possibles d'un fonctionnement prédominant en ce mode

- Prédilection quand l'enfant a vécu des traumatismes sévères (abus et négligence). Même s'il aurait l'habileté de le faire, l'enfant ne considère généralement pas les états mentaux car cette considération pourrait engendrer une grande détresse (le donneur

de soin désire lui faire du mal et lui voue des émotions négatives comme de la haine ou la colère). Il se retire plutôt du monde mental car la conception du donneur de soins comme étant habité d'états mentaux malveillants lui est trop traumatique.

Grandes lignes

- Régulation axée sur le corps : agir, hétéro- et auto-agressivité, surexcitation.
- Compréhension du monde axé sur l'observable et non sur les états mentaux.
- Mode de « crise », de désorganisation.

Un enfant est dans un mode téléologique lorsque :

- Il croit qu'il est bon/gentil ou encore mauvais/méchant parce qu'il a posé un certain geste.
- Il a la certitude que vous ne l'aimerez plus parce qu'il a fait ceci ou cela.
- Il veut que vous vous arrêtiez de parler lorsqu'il ne va pas bien !
- Il parle et se régule avec son corps (surexcitation, automutilation, agitation) et il croit que vous en faites autant.
- Il « agit » ses émotions.
- Il interprète son intention et votre intention à partir du comportement ou d'une compréhension mécanique (qui ne tient pas compte des états mentaux de l'autre).
- Il se retire rapidement du monde mental et n'aime pas le considérer car cela lui cause de la détresse.
- Il est incapable de considérer autre chose qu'une explication réelle, tangible et observable pour justifier un comportement.
- Il a de la difficulté ou est incapable de considérer ou identifier ses états mentaux et les vôtres.
- Il perçoit que seule une action ayant un impact physique et tangible est apte à affecter son monde mental ou le vôtre. Par exemple, il veut une preuve tangible d'affection ou agit pour attirer l'attention.
- Il n'est plus capable de faire des tâches qu'il réussit bien, habituellement (surtout les tâches demandant un effort cognitif).

Quelques exemples concrets :

- Pour montrer qu'il n'est pas content, Marco lance son cahier par terre.
- Quand les éducateurs parlent fort, même si c'est en racontant une histoire drôle, Magalie a peur.
- L'éducateur de Martin doit le contenir physiquement alors que ce dernier est en crise. Martin crie « Tu veux me faire mal ! ».
- L'éducatrice retire Mélia car elle a insulté Camille. Elle rétorque alors : « C'est ça, tu veux plus me voir hein ! ».
- Mikaël est fâché contre son éducateur, il met donc le chandail que ce dernier lui a acheté à la poubelle.
- L'éducateur est occupé à intervenir auprès de Gabrielle quand Fanny vient le voir pour lui demander quelque chose. L'éducateur lui signifie qu'il n'est pas disponible pour l'instant. Fanny pense alors que l'éducateur préfère Gabrielle.
- Quand Ludovick est trop content, il saute partout.

- Maryse se sent tellement coupable d'avoir fait tomber Chloé par accident, elle est certaine que cette dernière ne voudra plus être son amie.

Ce que cela peut faire vivre, en tant qu'intervenant :

- Anxiété
- Détresse
- On se sent obligé d'agir, l'enfant met l'intervenant dans l'action.

Visée de l'intervention

- Avant tout :
 - Tolérer l'intensité des gestes posés et, une fois l'enfant en sécurité, prendre le temps d'y réfléchir sans se laisser happer par l'action.
 - Ne pas le prendre personnel en se rappelant que c'est la perception (ou plutôt les distorsions) de l'enfant et non le reflet de la réalité.
- Si l'enfant est en crise :
 - Sécuriser jusqu'au retour à un niveau d'activation tolérable pour l'enfant.
 - Ne pas recommencer à nommer les états mentaux en jeu avant qu'il ne soit sécurisé.
- S'il fonctionne généralement ou dans certains contextes précis sous ce mode :
 - Amener l'enfant à considérer les états mentaux dans sa compréhension de lui-même et d'autrui.
 - Aider l'enfant à graduellement moins se référer à l'observable au profit de ce qui ne l'est pas (les états mentaux).

B. Mode d'équivalence psychique

Raisons possibles d'un fonctionnement prédominant en ce mode

Le donneur de soins a réussi partiellement ou en totalité à répondre de façon contingente à ce qu'exprime l'enfant, mais sans réussir à lui refléter des émotions marquées et contenir sa détresse. Le donneur de soin ne contribue donc pas à symboliser, à interpréter les états internes pour l'enfant. La distinction entre ce dernier et l'enfant disparaît donc. L'enfant peut aussi en comprendre que sa détresse génère de la détresse équivalente chez autrui et peine à départager le rôle de ses états internes et celui de l'environnement dans les états mentaux des autres. Les enfants victimes ou témoins d'abus peuvent aussi fonctionner sur ce mode, c'est d'ailleurs généralement sur ce mode qu'ils fonctionnent lorsqu'ils ne sont pas en crise.

Grandes lignes

- Régulation par le contrôle et la tentative de faire correspondre l'autre et l'environnement à son monde interne.

Un enfant est dans un mode d'équivalence psychique lorsque :

- Il dit savoir exactement ce que vous pensez, parce qu'il pense pareil...

- Il peine à distinguer ce qui lui appartient de ce qui appartient à l'autre.
- Il vous dit que quand il est fâché/triste/excité/en douleur, vous aussi vous l'êtes.
- Il vous fait porter ses émotions.
- Il dit savoir comment ça marche, même avant qu'on le lui montre.
- Il croit que ce qui l'habite peut être destructeur pour l'autre, qu'il a un grand pouvoir.
- Il se sent très coupable quand il a pensé ou dit du mal de vous.
- Quand il ne se sent pas bon, il est certain que vous ne le trouvez pas bon.
- Il peine à « jouer avec les états mentaux » et faire semblant, car cela lui semble trop réel et authentique. Il est plutôt lui-même dans ces jeux et peut agir « pour vrai » (par exemple, se débattre et donner un coup lorsqu'on simule un combat)
- Il assume ce que vous pensez sans aller vérifier.
- Il peut être difficile à suivre car ce qui suscite ses réactions provient de l'intérieur et influence sa vision de vous et de l'environnement.
- Son monde interne est terrifiant (flashbacks)
- Ses cognitions et affects négatifs par rapport à vous sont trop réels et intenses.

Quelques exemples concrets

- Zackary est fâché aujourd'hui car sa mère n'est pas venue à leur rencontre hebdomadaire. Quand un intervenant ou un autre jeune lui fait un commentaire, il est certain que ce dernier est fâché contre lui et se met sur la défensive.
- Benjamin a peur des monstres et est persuadé qu'il y en a un qui vit dans son garde-robe. Le monstre vit réellement dans son garde-robe pour lui, même si son éducatrice lui montre l'intérieur de celui-ci pour l'en dissuader rationnellement.
- Igor a un costume très réaliste de Batman pour l'Halloween, quand il se voit dans le miroir la première fois, il fige et reste muet.
- Alors qu'il joue au jeu de voleur et policier avec son éducateur, Philippe frappe réellement ce dernier pendant qu'il simule de l'arrêter.
- Emmanuelle a passé une soirée difficile où elle a reçu plusieurs interventions, quand son éducateur lui demande de ranger ses jouets de façon anodine, elle répond : « Tu trouves que je suis pourrie hein ? »
 - Quand Marc-André demande ce qu'on mange pour souper, son éducatrice répond à la blague : « Juste des brocolis ce soir ! ». Il fait alors une grande colère, persuadé que son éducatrice le prend pour un « niaiseux ».
 - Patricia aime beaucoup son éducatrice de suivi et est incapable de nommer qu'elle est fâchée contre elle lorsque c'est effectivement le cas, car elle a peur que celle-ci arrête d'être son éducatrice de suivi.

Ce que cela peut faire vivre, en tant qu'intervenant :

- Confusion.
- On ne sait pas trop quoi dire.
- On se demande si on en a manqué un bout.
- Suscite la colère et l'impuissance.

Visée de l'intervention

- Avant tout :
 - Tolérer la confusion, l'incompréhension, la colère et l'impuissance.

- Ne pas le prendre personnel en se rappelant que c'est la perception (ou plutôt les distorsions) de l'enfant et non le reflet de la réalité.
- Réfléchir à ce que nous appartient réellement dans notre ressenti face à la situation et à ce qui appartient plutôt à l'enfant.
- Recréer la séparation entre la pensée et le monde extérieur : favoriser la mentalisation d'autrui et nuancer la mentalisation de soi (les distorsions).

C. Mode « comme-si »

Raisons possibles d'un fonctionnement prédominant en ce mode

- Le donneur de soins n'a pas bien réussi à s'accorder à ce qu'exprime l'enfant. Le donneur de soin lui a reflété des émotions marquées, mais qui ne correspondent pas à son vécu. Son monde interne ne correspond donc pas à la réalité externe ou à ce qu'il ressent, l'enfant ayant alors tendance à ne pas comprendre certains aspects de son expérience ou à développer « faux self ». Il peut aussi ne plus avoir confiance qu'on puisse comprendre ses états mentaux.

Grandes lignes

- Régulation et compréhension du monde détachée de la réalité.

Un enfant est dans un mode comme-si lorsque :

- Il a un discours rigide qui ne correspond pas au discours d'un enfant de son âge ou encore qui n'est pas en lien avec ce qui se passe.
- Il parle pour parler, avec un message vide.
- Il est peu en contact avec ses émotions, mais il pense beaucoup.
- Il se justifie beaucoup.
- Il est peu dans l'agir.
- Il est « trop » dans un monde de fantaisie, surtout quand ça ne va pas bien (et surtout chez les enfants plus vieux).
- Il a l'air d'un mini-adulte ou d'un « schtroumpf à lunettes ».
- Il se préoccupe beaucoup de ce que les autres pensent et ressentent.
- Il peut parfois bien comprendre les états mentaux des autres, mais pas les siens.
- Il a un faux self.
- Il se comprend difficilement, à une vision incohérente de son « self ».
- Il a des sentiments de vide et de non-sens.
- Il dissocie parfois.
- Il attaque parfois son corps qui n'est pas lié à son esprit.
- Il a tendance à faire de l'évitement, de la rationalisation ou de l'intellectualisation.

Quelques exemples concrets :

- Nicolas parle rarement de comment il se sent, malgré le fait que cela aille très difficilement dans sa famille dernièrement. Quand l'éducateur tente de l'aider à

identifier ce qu'il ressent, il dit qu'il est triste et anxieux, mais n'arrive pas à dire pourquoi ni comment on pourrait l'aider.

- Charlotte ne peut s'empêcher de provoquer les autres filles aux abords de ses fins de semaine de sortie dans sa famille. Lorsque l'éducatrice effectue un retour sur la situation après un retrait, elle répond comme toujours qu'elle est stressée pour sa sortie et devrait plutôt parler à l'adulte. Par contre, les éducateurs sentent qu'ils n'ont pas d'emprise pour l'aider à ne plus agir de la sorte.

Ce que cela peut faire vivre, en tant qu'intervenant

- Ennui.
- Impression d'enfant « autopilote », d'un disque qui joue et rejoue.
- Difficile de moduler de façon appropriée l'affect.
- Sentiment d'avoir peu d'emprise.

Visée de l'intervention

- Avant tout :
 - Se questionner quand on ressent de l'ennui ou de la distance dans la relation.
- Recréer le pont entre la pensée et la réalité : agir comme ancrage à la réalité en reconnectant aux représentations primaires et aux autres personnes.

D. Mentalisation

Raisons possibles d'un fonctionnement prédominant en ce mode

De façon générale, le donneur de soins a été suffisamment sensible aux besoins de l'enfant et a réussi à contenir sa détresse tout en répondant de façon contingente et accordée à ce qu'il exprimait. Il a donc su sécuriser l'enfant et l'aider à réguler ses émotions et son comportement.

Grandes lignes

- Bonnes capacités d'autorégulation et d'*insight*.
- Bonnes habiletés relationnelles.

Un enfant est dans un mode de mentalisation lorsque :

- Il considère ce que vous pensez ou ressentez et peut le comparer à ce qu'il pense ou ressent.
- Il va valider auprès des autres ses hypothèses quant à leurs états mentaux.
- Il fait semblant, mais peut revenir dans la réalité au besoin.
- Il est en contact et exprime ses émotions ou demande de l'aide pour le faire.
- Il est curieux.
- Il est débrouillard et imaginatif.
- Il comprend qu'il peut se tromper, parfois, lorsqu'il fait des hypothèses par rapport à ce que l'autre pense ou ressent (et accepte que cela arrive parfois chez les autres qui émettent des hypothèses à son sujet).

- Il est capable d'être seul et tout de même se sentir confiant et en sécurité.
- Il est empathique.
- Il peut jouer avec les mots et les idées et comprend les subtilités.
- Et bien d'autres.

Quelques exemples concrets :

- Johanna est très bonne lorsqu'elle doit faire semblant et mettre en scène des situations conflictuelles au sein d'une activité clinique. C'est aussi elle qui est la plus imaginative pour trouver des solutions aux conflits.
- Ivan montre à son éducateur un nouveau jeu vidéo qui l'enchantement vraiment. Devant la réaction plutôt neutre de ce dernier, il rétorque : « Bien c'est sûr que moi j'aime plus ça que toi parce que je suis un enfant, mais est-ce que tu aurais aimé ça quand tu étais jeune ? ».
- Corinne vient demander conseil à son éducatrice de suivi : aujourd'hui à l'école, Karine avait l'air fâchée contre elle, mais elle ne sait pas trop pourquoi. Elle demande à son éducatrice si cela lui est déjà arrivé et se questionne sur ce qu'elle doit faire.

Ce que cela peut faire vivre, en tant qu'intervenant :

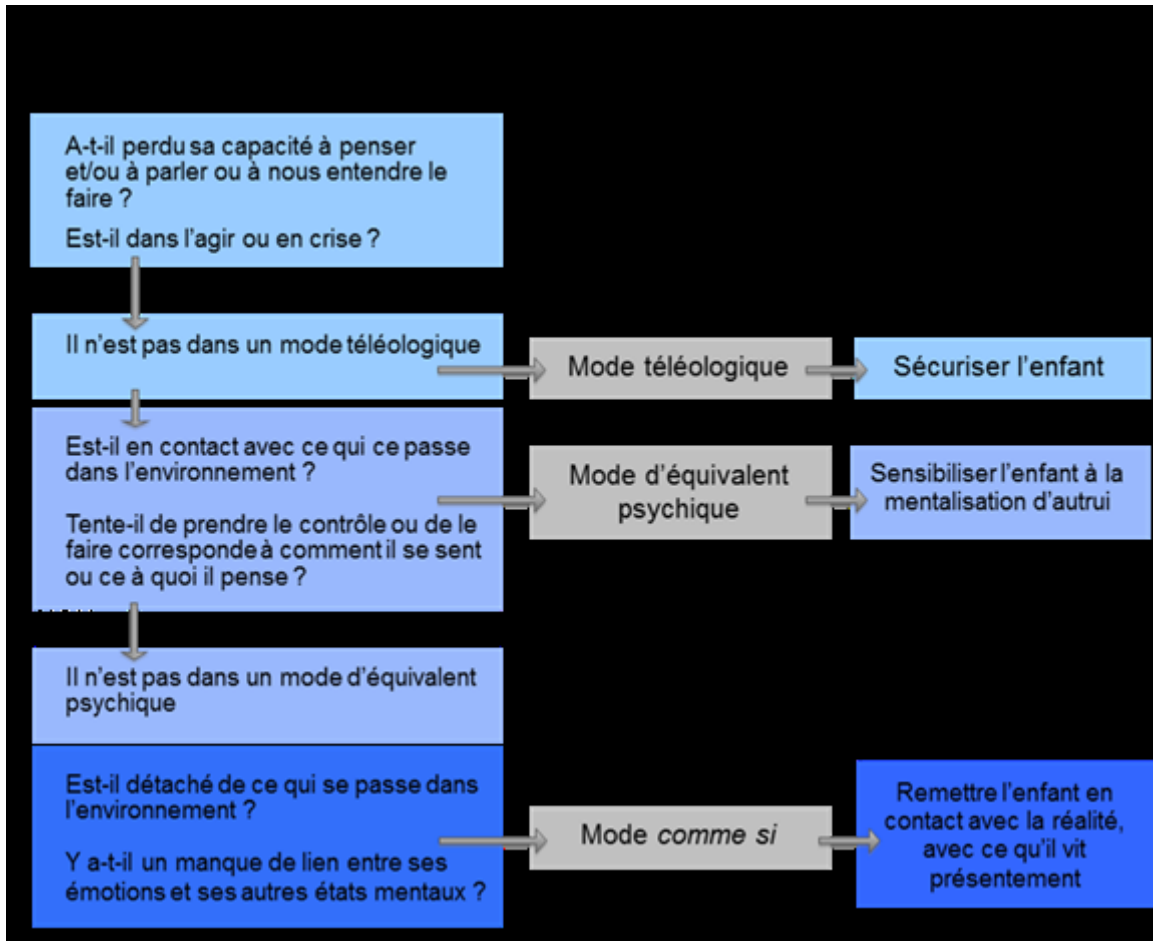
- Joie et légèreté.
- Satisfaction.
- Sentiment d'accomplissement et de fierté.
- Relation enrichissante.

Visée de l'intervention

- Nourrir la mentalisation et son maintien dans d'autres contextes ou des circonstances plus difficiles ou stressantes.

Inspiré d'Allen, Fonagy, & Bateman (2008), de Bateman (2010), de Fonagy, Gergely, Jurist, & Target (2004), de Gergely (2003), de Schmeets (2009) et de Verheugt-Pleiter, Zevalkink, & Schmeets (2008)

Comme mentionné précédemment, nous ne sommes pas toujours en train de mentaliser activement. Cela ne veut pas dire pour autant que nous avons des défauts de mentalisation. Par exemple, dans une situation où nous nous sentons bien et en sécurité, la nécessité de sonder ce qui nous habite ou habite l'autre est moindre...



8. Identification du niveau de mentalisation en jeu chez l'intervenant.

A. Mode téléologique

Je suis dans un mode téléologique lorsque :

- Je suis axé seulement sur le comportement du jeune.
- Je ne vois le jeune et son comportement qu'en termes de diagnostic (c'est un *TDAH*, c'est un oppositionnel, etc.).
- Je dis que je vais « arrêter » ou « casser » un jeune.

B. Mode d'équivalence psychique

Je suis dans un mode d'équivalence psychique lorsque :

- Je ne reconnais pas ce qui m'appartient dans mes conflits avec un jeune ou, au contraire, pense que le conflit ne part que de moi.

- Je dis savoir ce que l'enfant pense et ne me remets pas en doute.

C. Mode « comme-si »

Je suis dans un mode « comme-si » lorsque :

- Je tente de faire coller une théorie ou une connaissance à un jeune.
- Je rationalise, j'intellectualise ou je me détache de ce qui se passe.
- J'applique exactement le même modèle d'intervention à chaque jeune, sans l'adapter à sa réalité.
- Je suis peu en contact avec mes émotions.

D. Mentalisation

Je mentalise dès que :

- Je me questionne à savoir si je suis en train d'en faire !
- Je remets en doute mes présupposés ou ce que j'ai assumé.
- J'implique le jeune dans la recherche de solutions.
- et ainsi de suite !

9. Activité pour les intervenants

Raconte-moi une histoire (Stimulus ambigu).²

- À partir d'une image, chaque individu (ou équipe) écrit une histoire.
- Ensuite, nous la lisons tous ensemble et comparons les différences et similitudes.

La mentalisation : une approche d'intervention.

1. Qu'est-ce qu'une approche d'intervention axée sur la mentalisation ?

- Une approche qui vise à promouvoir, chez l'intervenant, une attitude positive envers la mentalisation et à accroître les capacités de mentalisation de l'enfant.^{2, 3}
- Une approche qui recrée une relation d'attachement entre l'enfant et l'intervenant, lequel sait réguler l'activation émotionnelle de l'enfant de façon à ce qu'elle sollicite ses ressources sans toutefois le submerger.^{2, 3, 4}
- Une approche dont le but ultime est de permettre de mentaliser dans des situations chargées émotionnellement, proches de celles de la vie réelle.^{2, 3}

2. Une question d'objectifs

Les trois grands objectifs d'une approche axée sur la mentalisation sont les suivants³ :

- a) Favoriser la mentalisation à propos de soi.
- b) Favoriser la mentalisation à propos des autres.
- c) Favoriser la mentalisation à propos des relations.

Ceci est autant vrai pour les enfants que pour nous, les intervenants qui œuvrons auprès d'eux. Le but d'une telle approche est donc, en contexte de centre jeunesse, de **diminuer l'agir au profit de la régulation par la pensée réflexive chez l'enfant** et de mieux **gérer les réactions que provoque ce dernier chez l'intervenant** afin qu'il offre l'intervention la plus près des besoins exprimés par l'enfant. On cherche à rendre l'enfant responsable de son propre comportement et à ce qu'il devienne un **agent actif dans la régulation de ses émotions**.

Une série de sous-objectifs peuvent s'ajouter aux précédents objectifs afin de permettre de rendre plus tangible et mesurable la progression d'un enfant en particulier. Par exemple :

- Considérer des états mentaux, sans retrait ni désorganisation.
- Être initié aux différents types d'états mentaux pouvant influencer le comportement.

- Apprendre à tolérer certains états mentaux en situation de stress.
- Afficher une différenciation entre sa pensée et celle des autres.
- Être apte à tolérer les états mentaux ayant une connotation négative (tristesse, colère, délai concernant les désirs, etc.).
- Comprendre que les états mentaux sont des représentations *imparfaites* et *subjectives* de la réalité.
- Saisir l'impact réciproque qu'ont ses états mentaux sur ceux des autres.
- Développer le passage fluide d'une mentalisation implicite à une mentalisation explicite.
- Arriver à mieux élaborer des représentations internes des états mentaux par rapport à soi et aux autres.
- Être capable de faire des liens entre ses pensées et ses émotions.
- ... et ainsi de suite.

3. La question du cadre...

Le cadre de l'intervention et les règles dans un milieu de vie est un sujet qui est souvent à l'ordre du jour dans les discussions entre les intervenants, qui le modifient, et même avec les enfants qui le questionnent. Les interventions axées sur la mentalisation nécessitent-elles un nouveau cadre ? La réponse est non ! Toutefois, elles peuvent s'y inscrire et le faire évoluer. Voici quelques principes, cohérents avec l'approche axée sur la mentalisation, s'appliquant à la mise en place et au respect du cadre.

Notons deux principes fondamentaux :

- 1- **Le cadre vise d'abord et avant tout à sécuriser les enfants et à rendre prévisible leur environnement.**
- 2- **Le cadre doit en second lieu tenir compte des besoins d'autonomie et d'exploration des enfants, sans contrevenir au principe 1.**

Des principes de second ordre s'ajoutent à ces considérations :

- 3- Il est plus facile et productif de fonder un cadre contenant quelques grandes règles et d'utiliser les principes 1 et 2 pour guider les décisions ponctuelles. Multiplier les règles augmente les chances que les enfants les oublient ou s'y opposent.
- 4- À l'extérieur des grandes règles décidées en équipe, il est important de personnaliser le cadre selon l'intervenant, d'y ajouter sa couleur. On peut aussi

le faire avec les différents enfants. Il importe cependant de s'assurer que notre cadre réponde aux deux premiers principes.

- 5- Quand un enfant ne comprend pas le cadre ou s'oppose à une règle établie, cela peut aider d'expliquer à voix haute le rationnel derrière cette règle. Il est cependant préférable d'éviter de mettre l'accent sur les difficultés de l'enfant à comprendre ou appliquer celle-ci. Il est en effet plus bénéfique d'insister sur les avantages et retombées positives de la règle en question pour l'enfant (sécurité, protection, égalité entre les jeunes, etc.) tout en imageant, si possible, les conséquences de l'absence de cette règle sur le fonctionnement du groupe.
- 6- Pour les règles secondaires, on peut permettre aux jeunes, voire même les encourager à exprimer leur point de vue.
- 7- Quand il y a dissension ou triangulation d'un jeune avec deux éducateurs par rapport à des règles secondaires, il importe d'utiliser cette opportunité pour souligner l'individualité et la vision unique du monde de chacun, tout en signifiant que les deux principes fondamentaux sont respectés malgré les différences apparentes.

4. Quelques conseils de la neuropsychy...

La neuropsychologie nous apprend que plusieurs régions du cerveau sont impliquées dans la capacité d'autorégulation d'un individu.^{3,11} Retenons cependant trois grandes régions très grossièrement schématisées ici :

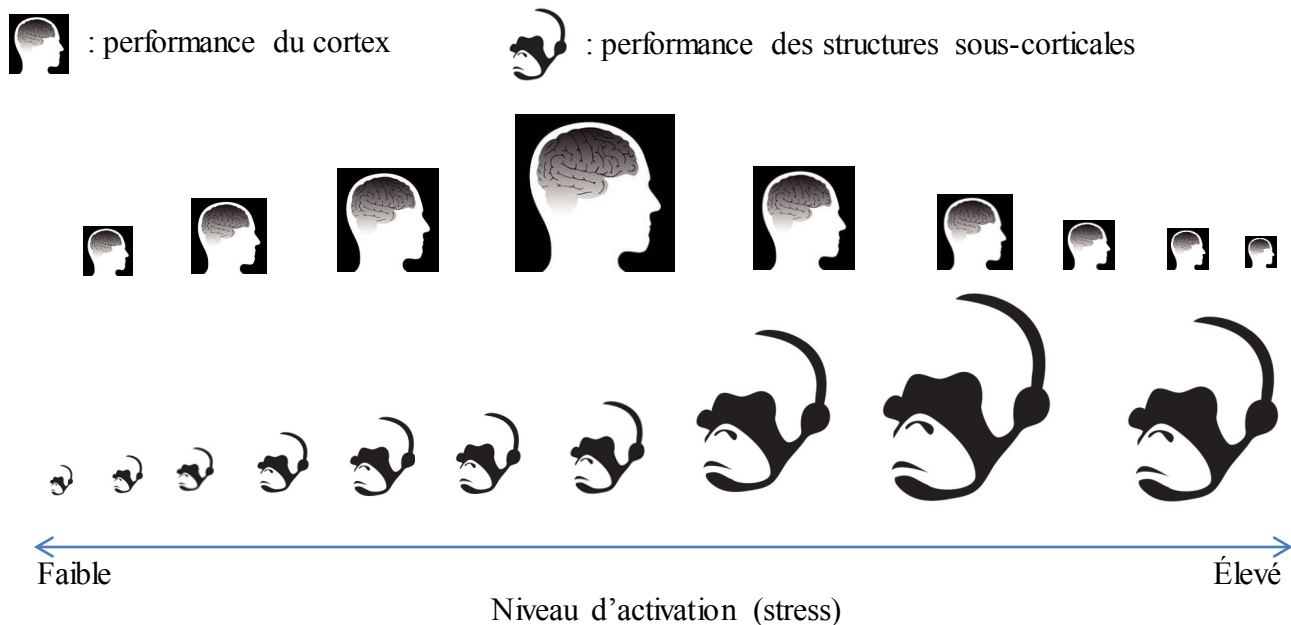


<u>Amygdale</u>	<u>Insula</u>	<u>Cortex préfrontal</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Une des structures sous-corticales (impliquées dans la survie et les réponses aux stimuli internes et sensoriels). • Impliquée dans : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Reconnaissance et évaluation de la valence émotionnelle des stimuli sensoriels. ✓ Réponses associées à la peur et l'anxiété (survie : fight, fright or flight) • Atteintes pouvant être permanentes suite à un trauma psychologique. • Impact sur agressivité, mémoire, troubles anxieux, troubles de l'humeur, phobies et stress post-traumatique. 	<ul style="list-style-type: none"> • Structure de "connexion" entre le les régions sous-corticales et le cortex préfrontal. • Permet l'émergence du sentiment conscient . • Rend l'information relative à l'état du corps disponible pour un traitement d'ordre supérieur (cognitif et émotionnel). • Associée à la douleur et aux émotions de base 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation d'indices sociaux et émotionnels pour guider l'action. • Jugement . • Cognition sociale. • Planification, mémoire et maintien de l'attention. • Régulation de l'action. • Réflexion. • Traitement émotionnel et affectif. <p>Bref, régulation socioaffective et cognition.</p>

Inspiré de Neuville (2011)

Si nous résumons, les structures sous-corticales (dont fait partie l'amygdale) reçoivent en premier l'information sensorielle et viscérale et provoquent une activation émotionnelle automatique qui vise à stimuler une réaction de l'organisme, un comportement généralement de l'ordre de la survie ou de l'adaptation immédiate à l'environnement. Ensuite, des structures de connexion (comme l'insula) réalisent un premier traitement de base et rendent l'information relative au corps disponible pour un traitement plus raffiné. Finalement, le cortex préfrontal vient réguler cette activation de telle sorte à fournir la réponse la plus adaptée possible, freinant ou modifiant la réponse initiale de l'organisme.

Au niveau du cerveau, les parties anciennes priment sur les plus récentes. Ainsi, plus l'intensité émotionnelle monte et n'arrive pas à être régulée efficacement par le cortex cérébral, plus le pouvoir du cortex diminue au profit de celui des structures sous-corticales.^{3, 4} Ceci a une fonction adaptative (il serait inutile, voire mortel, de se mettre à se réguler et analyser la situation face à un tigre qui apparaît devant nous lors d'une promenade en forêt). À partir d'un certain seuil d'activité, donc, nos mécanismes d'adaptation font que nous délaissions l'action réfléchie et concertée du cortex pour investir uniquement les réflexes et réponses automatiques des régions sous-corticales.³ En d'autres mots, les émotions intenses diminuent, voire inhibent parfois complètement les activités cognitives plus évoluées comme la capacité de mentalisation.³ Le seuil de ce passage des fonctions corticales aux fonctions sous-corticales diminue avec l'augmentation de l'exposition au stress et aux traumatismes (On s'attend plus à croiser un tigre en forêt lorsque cela est déjà arrivé)³. Voici un graphique résumant cette situation (inspiré de Bateman, 2010) :



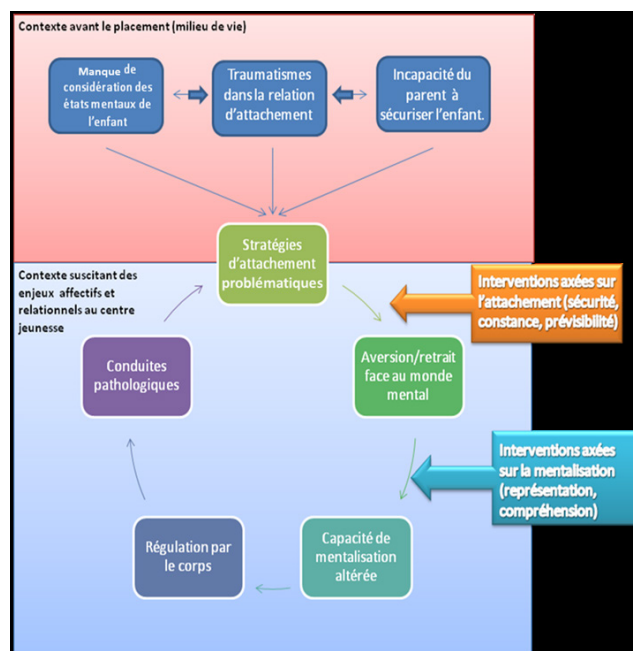
De plus, lorsque soumis à un stress prolongé, le cerveau libère des hormones qui font que la réponse du système limbique est plus facilement et rapidement déclenchée sur une certaine période de temps.

Ce qu'il faut retenir de cet exposé est que :

- Lorsqu'un enfant est en crise, il n'est plus « rationnel ».
- Lorsqu'un enfant est en crise, il faut proscrire les interventions longues, verbales et cognitives (et donc la mentalisation) et plutôt veiller à le sécuriser.
- Le seuil de perte des fonctions corticales est différent pour chaque enfant et chaque situation. Cependant, vaut mieux s'assurer de redescendre un peu l'intensité avant de procéder à des interventions verbales et cognitives.
- La période de retour au calme peut être très longue (généralement proportionnelle à l'intensité de la crise et au nombre de crises récentes; peut parfois durer des heures). Un retour verbal ou une tâche cognitive trop hâtive peut facilement la déclencher à nouveau.

Le travail se fera donc dans le pré et le post crise, de façon à se rapprocher de plus en plus de l'épicentre.

Cela nous ramène donc au graphique d'intervention présenté au sein de la section concernant les définitions liées à la mentalisation :



5. L'ABC de l'approche axée sur la mentalisation

Voici cinq principes fondamentaux d'une approche axée sur la mentalisation, lesquels doivent être considérés et bien intégrés avant d'aller plus loin dans le raffinement des interventions axées sur la mentalisation.

1. Sécuriser.

- Intervenir à l'extérieur des moments de crise (avant ou après). Quand un enfant est en crise, on doit l'apaiser avant tout.
- Stabiliser la capacité de mentalisation dans un contexte de **relation d'attachement** tout en la rétablissant, en sécurisant l'enfant, lorsqu'il la perd.
- Mettre l'accent sur la mentalisation dans un contexte émotionnel qui la met à l'épreuve (une relation), mais en toute sécurité.^{2, 3}

2. Mentaliser.

- Aider l'enfant à se découvrir en gardant constamment son esprit à l'esprit et en mentalisant tout haut pour nourrir sa propre mentalisation.³
- Diminuer les interventions non-mentalissantes et accroître les mentalissantes.³
- Demeurer au niveau où se situe l'enfant et favoriser le processus plutôt que de seulement donner un contenu, une réponse à l'enfant. Un enfant qui est visiblement anxieux pourrait, si on lui dit qu'il semble anxieux, se sentir profondément incompris si ce n'est pas comme cela qu'il comprend les choses à ce stade de son développement. Inversement, il pourrait aussi accepter cette proposition sans que celle-ci n'ait réellement de sens pour lui.¹⁹
- Souligner les actions et le discours mentalissants de l'enfant : penser, réfléchir, vouloir, avoir le goût de, etc.¹⁹

3. Impliquer.

- Rendre l'enfant un collaborateur actif pour qu'il apprenne à mentaliser par lui-même.
- Prendre une position du type : « On ne sait pas ce qui se passe, mais on va chercher à comprendre ensemble. »¹⁹
- Travailler à la limite des capacités de l'enfant : assez proche pour qu'il saisisse qu'il peut y arriver par lui-même; assez loin pour que ça représente un défi et qu'il ait besoin d'un coup de pouce (reprenant les notions d'échafaudage et de zone proximale de développement de Vygotsky³).

4. Être empathique.

- Être incompris est puissamment aversif. Cela génère du stress et des émotions intenses se traduisant souvent en retrait, en coercition, en hostilité ou en rejet. Cela active les stratégies d'adaptation pathologiques.⁴
- Être compris, au contraire, génère de la sécurité dans le moment présent, mais aussi par rapport à des situations qui pourraient survenir dans le futur.
- Accepter que l'important ne soit pas de mettre le doigt exactement sur ce qui se passe chez l'enfant, **mais plutôt le processus consistant à tenter de comprendre ce qui se passe.** Il s'agit de lui montrer qu'il mérite d'être compris.
- Prendre pour acquis que ce que l'enfant nous dit est SA vérité, même si celle-ci ne correspond pas à ce qui s'est réellement passé.¹⁹
- Reconnaître que certains états mentaux sont parfois difficiles à vivre alors que d'autres sont plus plaisants.¹⁹
- Reconnaître sa part de responsabilité dans les conflits avec l'enfant, en ce sens qu'il a interprété à sa façon des gestes que nous avons réellement posés.

5. Jouer.

- Chercher à créer un espace de jeu, d'élaboration des états mentaux qui ne deviendra pas lourd ou difficile à vivre.¹⁹
- Utiliser les intérêts de l'enfant.
- Mentaliser dans la vie de tous les jours, pas uniquement quand ça ne vas pas.
- Utiliser des outils comme l'humour et le faire-semblant, lesquels sont de précieux alliés.

Comme nous le verrons bientôt, il existe diverses formes d'interventions pouvant s'inscrire dans l'approche axée sur la mentalisation, laquelle laisse une grande place à l'innovation et à la créativité des intervenants et des enfants. Mais comment savoir si une intervention est « mentalisante » ou non ? Voici quelques observations qui peuvent nous guider à cet effet.

Un discours « mentalisant » se caractérise par :

- De la réflexivité.
- Du dynamisme (être actif, poser des questions).
- De l'humour et des métaphores adaptés à l'enfant.
- De la spontanéité.
- De la créativité.
- De la curiosité.
- Un discours simple et direct.
- Du « gros bon sens ».
- Une ouverture d'esprit.
- Une centration sur l'ici-et-maintenant.
- Peu d'apitoiement sur soi.
- Une acceptation de ses défauts et de ceux des autres.
- De la flexibilité : une capacité à modifier son point de vue.
- De la compassion.

Inspiré d'Allen, Fonagy, & Bateman (2008)

À l'inverse, certaines interventions sont contraires aux principes de l'approche axée sur la mentalisation. Voici comment les reconnaître :

Un « discours non-mentalisant » se caractérise par :

- Une volonté d'être le plus brillant, d'avoir raison.
- Des interventions longues et complexes.
- De la passivité.
- Des propos au profit de la rationalisation et de l'intellectualisation.
- Une attribution des états mentaux à l'enfant en tablant uniquement sur ses conceptions théoriques ou personnelles.
- Une présentation de nos idées comme si elles étaient certaines (position rigide sans remise en question).
- Une attention portée sur la hiérarchie de la relation plutôt que sur son processus.
- Des silences prolongés.
- Un miroir réfléchissant des émotions intenses et non marquées.
- Des phrases du genre : « Tu as juste à... » dans nos interventions.

Inspiré d'Allen, Fonagy, & Bateman (2008)

Lorsqu'on devient conscient que nos interventions ne sont pas « mentalisantes », (on commence à mentaliser. Par contre, lorsqu'on devient obsédé par la mentalisation et qu'on se rigidifie, on perd cette capacité.³

6. Plein feu sur la mentalisation des émotions

Pourquoi porter une attention particulière aux émotions ?

- Parce qu'une émotion, c'est un état mental qui accompagne presque toujours les autres états mentaux. ^{2, 3, 9}
- Parce que la mentalisation est la plus riche et complète lorsqu'empreinte d'émotions. ^{2, 3, 9}
- Parce que mentaliser est plus difficile au sein d'émotions intenses. Lorsque l'émotion croît, on perd peu à peu notre capacité de mentalisation. À partir d'un certain seuil d'intensité, on en perd complètement la capacité. Il faut donc apprendre à penser à ce qu'on ressent au fur et à mesure qu'on ressent. Le but n'est pas d'avoir une position détachée et intellectualisée de l'émotion, mais bien d'arriver à la clarifier. Comme nous l'avons vu, mentaliser ne consiste donc pas uniquement à penser clairement, mais aussi à ressentir clairement.³
- Parce que la convergence entre la cognition et l'émotion au sein du processus de mentalisation représente le cœur de la régulation affective, de notre capacité à nous réguler par la pensée.⁹ Plutôt que de la subir passivement, on apprend à utiliser l'émotion pour se comprendre et comprendre le monde qui nous entoure.

Définition³

- Émotion :
 - Provient du latin « ex-movere » qui signifie mouvement vers l'extérieur.
 - A plusieurs définitions. En résumé, c'est un changement par rapport à un état initial.
 - Est associée à des structures très anciennes du cerveau.
- Une émotion, comporte :
 - Composante physiologique :
 - Activation
 - Composante comportementale :
 - Une tendance à l'action
 - Des expressions motrices

- Composante subjective
 - Notre expérience
- Une émotion, c'est un engagement subjectif dans le monde. C'est de donner un sens subjectif à une réaction physiologique causée par l'environnement afin de guider nos actions. D'un point de vue évolutif, l'émotion sert à s'adapter.

Comment l'intégrer à l'intervention ?

Les constituants de la mentalisation affective

1. Identifier l'émotion

- La nommer (les nommer dans le cas d'une combinaison).
- La distinguer d'autres affects.
- Possibilité de confusion ou d'une difficulté à identifier. L'important est d'élaborer.

2. Moduler l'émotion

- Modifier l'intensité ou la durée (plus ou moins) par l'intervention.
- Raffiner l'émotion (un même affect peut avoir plusieurs sens).

3. Exprimer l'émotion

- Vers l'extérieur (l'agir quand c'est approprié)
- Vers l'intérieur ou par la communication

Inspiré d'Allen, Fonagy, & Bateman (2008) et de Jurist (2005)

7. L'intervention individuelle : lorsque la tension monte.

Tel qu'il fut mentionné précédemment, lorsqu'on sent qu'un jeune devient envahi suite à une situation et que la tension monte en lui, il fera un retour vers un niveau antérieur du développement de la capacité de mentalisation. Dans cette situation, il est préférable de préconiser des interventions se situant à l'intérieur du niveau de (pré-) mentalisation dans lequel il se trouve afin de lui permettre, si possible, de retrouver sa capacité de mentalisation.

Considérations initiales :

Il importe de mentionner qu'en raison des difficultés vécues par ces enfants, il nous faut demeurer réaliste quant à ce qu'ils arriveront à verbaliser d'eux-mêmes dans les premiers temps. Considérant cela, il faut **accepter que les enfants « parleront » d'abord avec leurs gestes** qui devront être considérés comme une expression de soi, même si elle est souvent

inadéquate. Il convient alors de les aider à « penser » ce qu'ils veulent exprimer dans leurs comportements. Ensuite, il faudra aussi **valoriser la mise en mots inadéquate plutôt que l'agir**. Par cela, on n'entend pas d'encourager l'enfant à tenir des propos inadéquats, mais bien à les accepter, à les renommer adéquatement en termes d'états mentaux et à encourager une telle expression plutôt que des gestes agressifs. En ce sens, il faut renforcer chaque petit gain de l'enfant, même lorsque le comportement n'est pas encore optimal !

Mode téléologique : en crise/désorganisation

But de l'intervention :

- Apaiser jusqu'au retour à un niveau d'activation tolérable pour l'enfant (réconforter tout en assurant la sécurité physique).
- Ne pas recommencer à considérer les états mentaux avant qu'il ne soit apaisé.

Exemples d'intervention :

Lors de la crise :

- Contenir dans un lieu sécuritaire et sécurisant tout en demeurant à proximité.
- Parler peu, faire des requêtes simples.
- Éviter de répondre aux questions/commentaires de l'enfant à moins que ça ne soit absolument nécessaire (pour sa sécurité).
- Attendre que la tempête passe tout en lui « survivant ».
- Éviter les tâches cognitives immédiatement après la crise.
- Laisser une pause à l'enfant lorsqu'il est apte à rester seul, mais lui montrer à quelques reprises qu'on est toujours là pour éviter qu'il se sente seul et apeuré.

Lors du retour après la crise (retour au calme) :

- Refaire la séquence, en étapes claires et observables, de ce qui est arrivé et de quand la tension est devenue trop élevée pour l'enfant. Pour ce faire, s'en tenir aux comportements car les états mentaux sont souvent inaccessibles à ce moment.
- Ensemble, émettre des hypothèses et mettre des mots sur ses comportements et ce qui pouvait se passer en lui alors que la crise était sur le point de se produire. L'aider à dégager, si possible, quelques états mentaux de ces observations.
- Souligner le fait que la crise est maintenant finie et qu'il n'est pas désorganisant de mettre en mots et de mentaliser de la sorte.

Mode téléologique : fonctionnement habituel

But de l'intervention

- Amener l'enfant à considérer les états mentaux dans sa compréhension de lui-même et d'autrui.
- Aider l'enfant à graduellement moins se référer à l'observable au profit de ce qui ne l'est pas (les états mentaux).

Exemples d'intervention :

- Inviter l'enfant à observer, décortiquer et expliquer son comportement dans différentes situations. Relever tout ce qui peut ressembler à des états mentaux dans ses explications ou tout ce qui peut se lier à des états mentaux dans ses descriptions.
- Clarifier avec l'enfant les gestes qu'il pose, afin de les comprendre. Faire de même avec ses sensations physiques.
- Identifier ses propres comportements afin de les distinguer de ceux de l'enfant, de l'amener à réfléchir à l'interaction sociale.
- Exagérer certains comportements et manifestations sociaux afin que l'enfant comprenne qu'il y a quelque chose « derrière » (par exemple, exagérer une expression de surprise ou de souci).
- Quand l'enfant est calme et disposé, l'inviter à réfléchir ensemble sur les états mentaux sous-jacents à ses comportements et à ceux des autres. Pour ce faire, il est possible de recourir à des images, des films, des émissions de télévision. Bref, à quelque chose de plus concret.
- Quand l'enfant est calme et disposé, mettre des mots sur les états mentaux qu'il peut vivre ou que vous pouvez vivre le plus souvent possible, surtout dans les situations sociales.
- Souligner toute tentative de l'enfant de considérer les états mentaux.
- Souligner les apparences parfois trompeuses et les indices plus subtils qui peuvent être riches de sens.
- Dans le jeu : faire des gestes de faire-semblant et simuler des sensations. Souligner tout faire-semblant chez l'enfant.

En cas de doute, pour savoir quelles interventions privilégier :

- Un bon indice qu'un enfant est près de la crise ou pas complètement sorti de celle-ci est lorsqu'il peine à réaliser des tâches simples ou qu'il réussit habituellement facilement.
- Dans le doute, aller lentement et adopter une attitude soutenante et sécurisante.

Mode d'équivalence psychique

But de l'intervention :

- Recréer la séparation entre la pensée et le monde extérieur : favoriser la mentalisation d'autrui et nuancer la mentalisation de soi.

Exemples d'intervention :

- Refaire la séquence, en étapes claires et observables, de ce qui amené l'enfant à attribuer aux autres ses états mentaux. Chercher ensemble des indices pour et contre ces attributions.
- Clarifier avec l'enfant ses états mentaux, afin de les comprendre.
- Parler de comment l'enfant et ses gestes nous font sentir ou font sentir les autres, ou encore inviter l'enfant à le faire. Ce faisant, insister surtout sur les états mentaux qui sont différents de ceux de l'enfant (« Je m'inquiète quand tu te fâches »; « Je suis triste de te voir te faire mal »; « Je suis content que tu exprimes ce qui ne va pas »).
- Aborder fréquemment nos états mentaux afin que l'enfant puisse se rendre compte qu'ils peuvent être différents des siens.
- Utiliser les projections de l'enfant sur l'environnement comme indice de sa mentalisation à propos de lui-même, de ses craintes, ses peurs, ses attentes, etc.
- Décrire ou demander à l'enfant d'imaginer ce que pourrait penser un observateur qui regarderait ce qui se passe.
- Souligner toute bonne hypothèse de l'enfant par rapport aux états mentaux d'autrui.
- Confronter avec des exagérations, de l'humour ou des métaphores les distorsions dans la mentalisation (y aller graduellement car certains enfants peuvent penser qu'on les invalide ou qu'on rit d'eux). L'autodérision peut être une forme d'humour plus facilement acceptée qui confronte doucement les erreurs de perception de l'enfant.
- Dans le jeu : relever les différences entre le jeu et la réalité, entre les personnages.

Mode « comme-si »

But de l'intervention :

- Recréer le pont entre la pensée et la réalité : agir comme ancrage à la réalité en reconnectant l'enfant aux représentations primaires et aux autres personnes.

Exemples d'intervention :

- Dès que l'enfant vit une émotion ou une situation intense (positivement ou négativement) l'inviter et l'aider à décrire ce qui se passe en lui.

- Démontrer un souci accru pour ce que l'enfant pense et ressent et renforcer cette expression.
- Favoriser un discours axé sur les émotions, utiliser des images et des métaphores qui parlent à l'enfant.
- Lorsque le discours s'éloigne du vécu interne et de la réalité, identifier à quel moment le tout a débuté. Identifier les états mentaux qui produisent cet éloignement.
- Aider l'enfant à se reconnecter avec son corps et avec les autres.
- Dans le jeu : souligner l'intégration d'éléments réels dans le jeu (sensations physiques, correspondances avec des situations réelles, objets).

Mais quand on est pris de cours ou dans un cul-de-sac, que faire ?

Quelques pense-bêtes...

- Allez-y lentement et restez simples !³
- Mettre l'accent sur le moment présent, ce qui se passe dans l'ici-et-maintenant.³
- Être ferme devant l'agir hors crise : « Tu t'assieds et tu écoutes ». Cela représente une forme de contenance.³
- Être actif plutôt que passif : questionner, explorer, réagir, confronter le discours non-mentalisateur.³
- Reconnaître sa part de responsabilité dans la situation présente. Cela n'équivaut pas à prendre le blâme, mais bien seulement à souligner que nous demeurons conscients que notre comportement ou notre discours a peut-être pu susciter certains états mentaux désagréables chez l'enfant même si ce n'était pas notre intention.⁴
- Souligner les bons coups, même s'ils sont petits.
- Encourager l'enfant à expliquer davantage.
- Refaire la séquence des événements qui se sont produits.¹⁹
- Nommer à l'enfant lorsqu'on ne sait pas quoi dire ni faire pour l'aider en lui « qu'est-ce que je peux faire pour t'aider ».⁴
- Valider le vécu et la perspective de l'enfant avant de lui offrir des alternatives.
- Faire savoir à l'enfant que l'expression d'affects négatifs ne nuira pas à la relation ou n'engendrera pas de conséquences négatives, au contraire.
- Référer à des exemples passés, si cela s'applique.

Bref, faire comprendre à l'enfant qu'on garde son esprit à l'esprit !

NOTE. Le but de l'intervention n'est pas de trouver la bonne réponse, de mettre le doigt sur ce qui se passe exactement ou de livrer à l'enfant nos interprétations, qu'elles soient justes ou non. Dans ce cas, nous mentalisons pour l'enfant et non avec lui. Notre but est plutôt de favoriser le processus de mentalisation, de l'enrichir.³

Quelques techniques...

- La « main mentalisante ». Quand l'intervention fait escalader, on se réfère à soi : « qu'est-ce que j'ai dit ou fait qui a bien pu te faire réagir comme ça ? » tout en faisant un signe de stop avec la main dans les airs, paume vers l'autre.^{3,4}
- Le film. On demande de décrire la situation problématique comme si on avait filmé le tout. On peut faire pause, stop, *rewind* et *fast-forward*. On peut aussi modifier la fin ou certaines séquences.¹
- La photo. On prend une photo imaginaire du moment présent et on décrit ce qu'on perçoit qui se passe ou ce qu'un observateur percevrait.
- La métaphore. Utiliser des images (p. ex., un animal, un toutou, une marionnette) pour décrire le vécu de l'enfant.

Des difficultés à identifier les états mentaux d'un enfant ?

Faites-vous un petit guide personnalisé !

- Trouvez des états mentaux qui correspondent bien au portrait de l'enfant, à ce que ce dernier exprime souvent.
- N'hésitez pas à utiliser votre imagination pour qualifier les états mentaux. Par exemple :
 - « J'ai envie d'un câlin. »
 - « Je suis content de te voir. »
 - « J'ai besoin d'une pause. »
 - « C'est moi qui décide ! »
 - « Je ne comprends pas. »
 - « Je suis triste. »
 - « Ne me parle pas ! »
- Impliquez l'enfant et même les autres enfants !
- Prenez des photos de chacun des principaux états mentaux.
- Faites un tableau pour chaque enfant.
- Référez-y pour identifier, pour nuancer, pour confronter les émotions affichées par l'enfant.
- Ce processus s'utilise bien pour l'identification des émotions.

8. L'intervention individuelle : les interventions de la vie de tous les jours.

Puisque nous ne sommes pas toujours en train d'intervenir en situation de crise et que nous n'avons pas non plus toujours le temps d'intervenir longuement auprès d'un enfant qui, même s'il n'est pas en crise, éprouve certaines difficultés dans le groupe, voici quelques techniques simples et générales à garder en tête pour intervenir individuellement au quotidien.

- Penser tout haut pour permettre à l'enfant de corriger nos hypothèses quant aux états mentaux et de lui apprendre à avoir ce genre de réflexion.
- Être simple et utiliser le gros bon sens : « Qu'est-ce que je ferais si un de mes amis me dirait ou me ferait cela ? ». « Comment est-ce que je me sentirais si j'avais vécu cela ? ». Si on ne sait pas comment réagir ou quoi dire, le nommer, tout simplement.³
- Parler au « je ». Parler à l'autre comme on voudrait qu'il nous parle.⁴
- Utiliser des hypothèses pour confronter ou générer des explications alternatives : j'ai l'impression que, il me semble que, corrige-moi si je me trompe mais je pense que, peut-être que, etc.³
- Mentaliser les situations difficiles à l'avance ou après-coup.
- Reconnaître ses propres erreurs de mentalisation tout en favorisant la compréhension de l'incompréhension.^{3, 4}
- Imiter l'enfant pour imaginer ce qu'il nous présente comme langage non verbal et ce que nous pouvons en penser, quand c'est approprié bien sûr !
- Favoriser chez l'enfant la prise de diverses perspectives face à une situation ou une interaction.^{3, 4}
- Questionner, défier les présupposés de l'enfant à-propos de nos états mentaux, qu'ils soient appropriés ou non.
- Faire des dévoilements de soi, lorsqu'adéquat, par rapport à ce qu'on vit face à l'enfant ou à des situations similaires vécues dans le passé.
- Poser des gestes paradoxaux : quand l'enfant ne parle que de lui-même, l'encourager à considérer les autres et quand il ne parle que des autres, à se considérer lui-même.⁴
- Penser avec l'enfant plutôt que de lui donner le produit « digéré » de notre réflexion.³
- Chercher la part qui nous appartient dans les réactions adverses de l'enfant.

ATTENTION ! Comme le veut le dicton, toute vérité n'est pas bonne à dire. Parfois, même si on possède de bonnes capacités de mentalisation, il est préférable de garder pour nous ou de modifier certaines hypothèses concernant autrui. Par exemple, avec un enfant qui

semble répéter avec nous certains aspects de sa relation avec ses parents, nous n'irons pas d'emblée lui soumettre cette hypothèse qui ne fera qu'augmenter ou réactiver sa détresse. La mentalisation de certains états mentaux peut être très douloureuse pour les individus ayant vécu des traumatismes, il est important d'y aller graduellement.

9. Un bref mot sur l'intervention de groupe

Le groupe est un puissant allié tant en ce qui a trait aux interventions lorsque la tension monte qu'à celles touchant la vie quotidienne. Source intarissable de perspectives, regards, idées... bref d'états mentaux variés, on peut le mettre à profit au sein de diverses interventions axées sur la mentalisation. On peut, par exemple, lorsque la situation se présente et que le jeune auprès duquel on intervient n'est pas en crise, aller questionner ses hypothèses ou celles du jeune par rapport à ce qui l'habite, nous habite ou se joue dans la relation auprès d'un ou de plusieurs pairs ou adultes. Le but n'est pas de confirmer ou d'infirmer, mais bien d'avoir un autre regard qui favorisera encore plus la mentalisation de soi, d'autrui et de la relation. Le fait d'utiliser un pair peut contribuer à diminuer l'effet des positions hiérarchiques dans la relation enfant-éducateur et faire comprendre au jeune que la mentalisation est un processus accessible à tous.

Voici d'abord une brève liste des techniques précédemment mentionnés où il est possible d'utiliser un ou plusieurs pairs ou adultes pour ajouter une couleur, une perspective différente au processus mentalisant :

- Le film.
- La photo.
- La métaphore.

11. En résumé...

Voici un tableau qui dresse un portrait imagé des différentes tâches, des différents chapeaux qu'un éducateur doit porter lorsqu'il intervient auprès d'un enfant selon une approche axée sur la mentalisation. Vous vous rendrez compte, nous l'espérons, que nous portons déjà plusieurs de ses chapeaux dans le vécu quotidien en ressource d'hébergement du centre jeunesse...

<p>Détective</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enquêter au sujet des états mentaux, émettre des hypothèses sur ce qui peut être en train de se passer en nous et en l'enfant.
<p>Acteur/humoriste</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faire semblant, prendre des personnages, être flexible, avoir le sens de l'humour.
<p>Explorateur</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ne pas avoir peur de l'inconnu, de l'ambiguïté.
<p>Météorologue</p> <ul style="list-style-type: none"> • Considérer les indices dans l'environnement qui pourrait expliquer ou prédire un comportement de l'enfant. • Savoir mesurer la « température émotionnelle » d'un enfant ou d'un groupe.
<p>Mime</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prendre la place de l'enfant pour voir comment il se sent et comment nous nous sentons dans sa position. • Demander à l'enfant de prendre notre place pour voir comment nous nous sentons et comment il se sent dans notre position.
<p>Guide</p> <ul style="list-style-type: none"> • Être à l'écoute de l'enfant, se situer tout juste en avant de lui en ce qui concerne ses habiletés.

12. Activité pour les intervenants

Raconte-moi ton histoire.²

a) Récit en deux temps.

- Premièrement, un volontaire raconte une situation difficile ou significative vécue récemment. Ce faisant, il n'utilise que des faits sans recourir à l'utilisation d'états mentaux.
- Ensuite, les autres sont invités à émettre leurs hypothèses sur les états mentaux en jeu dans la situation. Le conteur peut valider, infirmer ou raffiner les hypothèses soulevées.

b) La métaphore.

- Il s'agit maintenant de trouver la meilleure métaphore possible pouvant illustrer ou expliquer la situation décrite dans la première partie de l'exercice.

La mentalisation et le milieu de vie.

La mentalisation ne s'apprend pas comme on peut apprendre une matière à l'école. Chez l'enfant, elle se développe graduellement dans des circonstances favorables : dans le contexte d'une relation d'attachement sécuritaire au sein de laquelle un adulte bienveillant aide ce dernier à porter attention, à prendre contact avec les différentes facettes de la mentalisation afin qu'il les intègre peu à peu. Comme mentionné dans les précédentes sections, la mentalisation est un processus mu par une attitude qui l'encourage et la favorise, d'abord et avant tout.

Cette dernière section, plus légère, vise justement à nous rappeler que la mentalisation est d'abord et avant tout une capacité naturelle présente chez tous les humains. Comme nous l'avons vu, elle peut cependant être grandement affectée par des contextes suscitant des émotions vives, voire disparaître complètement lors de moments de crise. Par contre, au quotidien, à l'extérieur de ces contextes, on peut nourrir cette capacité de façon simple et ludique par le biais de différentes activités pouvant être offerts dans le milieu de vie.

1. Connaître et maîtriser son corps.

Comme nous l'avons vu dans la sous-section abordant les concepts neuropsychologiques, la capacité de mentalisation se perd rapidement lorsque l'activation physiologique augmente chez un individu en proie à de vives émotions. Une bonne façon d'outiller les jeunes à mieux réguler cette activation part donc de la connaissance et de la maîtrise de leur corps. À elles seules, ces techniques ne peuvent permettre la régulation complète de l'individu. Par contre, elles peuvent permettre d'amoinrir l'activation à un niveau où il sera possible de le faire à l'aide des techniques d'intervention axées sur la mentalisation. Voici quelques techniques ou activités allant en ce sens.

La relaxation.

De la respiration abdominale à la relaxation neuromusculaire, la relaxation s'enseigne facilement aux jeunes et s'inscrit bien dans une programmation quotidienne puisqu'elle prend peu de temps à réaliser. Elle peut être une alliée fort utile lorsqu'un enfant vit une émotion grandissante.

La méditation ou la visualisation.

Une activité qui, de façon surprenante, est relativement accessible aux enfants du moment qu'elle est réalisée de façon simple et succincte. Permet notamment à l'enfant de développer sa concentration, d'appivoiser le calme et d'être en contact avec lui-même.

Le yoga.

Le yoga est une alternative plus active qui peut plaire davantage aux enfants qui aiment bouger permettant néanmoins de développer la respiration et la maîtrise de soi.

L'activité physique.

Pour ses nombreux bienfaits au niveau physique et psychologique.

ATTENTION ! Il est certes important d'adapter ces activités à l'âge et aux caractéristiques d'un groupe d'enfants donné.

2. Activités mentalisantes.

Il est possible de donner une saveur de mentalisation à une foule d'activités souvent déjà implantées ou facilement implantables au sein de la programmation d'un milieu de vie en centre jeunesse. Avant toute chose, rappelons-nous ce qui caractérise une approche axée sur la mentalisation :

- De la réflexivité.
- De l'authenticité.
- Du dynamisme.
- De l'humour et des métaphores.
- De la spontanéité.
- De la créativité.
- De la curiosité.
- Un discours simple et direct.
- Du « gros bon sens ».
- Une ouverture d'esprit.
- Une centration sur l'ici-et-maintenant.
- Peu d'apitoiement sur soi.
- Une acceptation de ses défauts et de ceux des autres.
- De la flexibilité : une capacité à modifier son point de vue.

- De la compassion.
- Une tolérance à l'ambiguïté.
- Une acceptation et une utilisation de ses erreurs.

Inspiré de Allen, Fonagy et Bateman (2008)

Voici maintenant différentes activités qui permettent d'actualiser au quotidien ces grands principes.

En individuel ou en petit groupe

Jeu de faire semblant

- Formidable véhicule d'expression chez l'enfant et qui nécessite peu de matériel. Il permet l'expérimentation de différents états mentaux.
- Consiste simplement à jouer à faire semblant avec l'enfant tout en modulant son niveau d'activation afin qu'il ne vive pas de détresse (le but est de faire semblant !).
- Permet de faire des interventions axées sur la mentalisation à travers le jeu et les personnages, ce qui est parfois moins menaçant et confrontant pour l'enfant. L'utilisation de la voix hors-champ (sortir momentanément du personnage pour poser une question concernant le jeu en chuchotant) est aussi riche pour aider l'enfant à élaborer ce qui est en train de se passer dans la tête des personnages et au sein de la relation les unissant.
- Certains enfants auront des grandes difficultés à faire semblant. Tout comme les interventions axées sur la mentalisation, il est important de suivre leur rythme, quitte à jouer à des jeux plus concrets au départ. Le jeu se développera ainsi peu à peu.
- Ce médium permettra à l'enfant de mieux harmoniser le mode d'équivalence psychique et le mode comme-si, harmonie nécessaire à la mentalisation.

Devine ce que je pense

- Peut prendre la forme d'une activité de dessin au sein de laquelle l'autre tente de deviner ce que nous dessinons, et vice-versa. Peut aussi prendre tout simplement la forme de devinettes.
- L'idée est de favoriser la découverte d'états mentaux (d'où on peut parfois littéralement dessiner ces derniers) et la mentalisation d'autrui (la différenciation entre ce qu'on pense et ce que l'autre pense).

Dessin partagé

- Chacun son tour, effectuer une partie de dessin.
- Ne pas hésiter à surprendre l'enfant, à aller dans un sens différent de ce vers quoi il veut nous amener ou se laisse emmener.

- On peut parler ensuite des intentions et des attentes de la personne qui a fait le barbeau et des idées de la personne qui a fait le dessin (différentes perspectives d'un même événement).
- Une variante intéressante est celle du Gribouillis de Winnicott (1968). L'enfant fait un barbeau que nous devons compléter en faisant un dessin et vice-versa. On peut parler ensuite des intentions et des attentes de la personne qui a fait le barbeau et des idées de la personne qui a fait le dessin (différentes perspectives d'un même événement).

Histoire en images

- Montrer une série d'images.
- Demander à l'enfant de faire une histoire.
- Lui poser des questions : comment le personnage se sent-il, quelle était son intention; comment va-t-il réagir, etc.
- Effectuer des interventions axées sur la mentalisation en lien avec ses réponses.

Histoire à compléter

- Inspiré de l'histoire à deux (Berger, 2005) :
- Proposer à l'enfant de faire une histoire à deux. C'est l'intervenant qui commence l'histoire et qui favorise le récit de l'enfant. Il était une fois...
- Chacun des participants invente une phrase ou un bout d'histoires à tour de rôles.
- L'intervenant peut profiter de cette activité pour mettre l'emphase sur des éléments favorisant la mentalisation (identification des états mentaux des personnages, différenciation des états mentaux des divers personnages, introduire la notion d'intention derrière le comportement, la notion de diverses perspectives d'un même comportement).

En groupe

Improvisation sur un état mental

- Demander à un ou deux jeunes de mimer en silence un état mental ou une situation provoquant des états mentaux précis (une chicane, un rejet, une bonne nouvelle, etc.).
- Demander aux autres de deviner ce que c'est et, dans le cas d'une situation, quels sont les états mentaux impliqués.

<p><u>Fais-moi un dessin !</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dessiner un état mental ou une situation provoquant un état mental. • L'idée est de favoriser la découverte d'états mentaux (d'où on peut parfois littéralement dessiner ces derniers) et la mentalisation d'autrui (la différenciation entre ce qu'on pense et ce que l'autre pense).
<p><u>L'histoire.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Lire une histoire. • S'arrêter pour demander aux enfants quels sont les états mentaux en jeu et pourquoi ils pensent cela. Demander aux enfants comment ils peuvent se sentir ou ce qu'ils pensent qu'ils ressentiraient s'ils seraient dans une situation similaire.
<p><u>Théâtre</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Donner des personnages aux enfants tout en spécifiant leur état mental. • Décrire une histoire et demander de la mettre en scène. • Faire un retour sur comment on se sentait dans la peau de... et demander aux autres comment ils se seraient sentis, ce qu'ils pensent de la situation. • Variantes : on se donne un personnage pour un moment de vie (personne avec une migraine, individu gêné, quelqu'un de ricaneux ou encore de bougon, etc.). On demande ensuite aux autres de deviner qui était qui. • Le but est de se mettre dans la peau d'autrui.
<p><u>Histoire à compléter</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Commencer une histoire verbalement. • Chaque enfant doit ajouter une ou deux phrases. • On pose des questions: comment se sent le personnage; quelle était son intention; comment va-t-il réagir, etc.

Ces exemples ne représentent qu'une petite partie des possibilités d'activités ou de variantes pouvant être élaborées avec un souci de favoriser la mentalisation. Il suffit de s'inspirer des grands principes et de laisser aller son imagination !

3. Un environnement axé sur la mentalisation

Le milieu de vie dans lequel évoluent les enfants en centre jeunesse est souvent façonné, décoré par divers éléments témoignant de ce qu'on tente de leur apprendre ou de développer chez eux. Une approche d'intervention axée sur la mentalisation ne fait pas exception à cette réalité.

Des rappels ou objets de toute sorte peuvent être élaborés dans le milieu de vie pour permettre aux enfants de garder en tête certaines techniques ou certains principes liés aux interventions axées sur la mentalisation. En voici quelques exemples :

- Des affiches de toutes sortes du genre : « Stop ! Qu'est-ce qui se passe dans ma tête et mon cœur ? »; « Les grandes émotions sont... »; « Quand je suis fâché, je prends trois grandes respirations! »; « Je sais que je suis fâché/triste/content quand... », etc.
- Un micro des conflits (géré par l'éducateur) : celui qui l'a peut s'exprimer tandis que l'autre doit écouter. Il peut y avoir deux micros : l'un où on parle de soi uniquement et l'autre où on parle d'autrui seulement.
- Un collier d'apaisement : lorsqu'on le met, c'est pour se calmer ! On doit respirer calmement et/ou méditer ou visualiser.
- Des œuvres d'art (dessins, peintures, bricolages) illustrant des états mentaux ou des situations les générant.
- Etc.

L'important est d'impliquer les enfants dans la réalisation de ces objets afin qu'ils aient un sens et soient importants pour eux. Il importe aussi de les placer dans les endroits où ils risquent d'être le plus utiles (la salle de retrait pour l'apaisement, la cuisine pour les enjeux des conversations à table, le local où on réalise certaines activités, etc.)

Pour susciter l'intérêt des enfants et favoriser l'imagination et la créativité, il est aussi possible de donner une thématique au milieu de vie, lequel pourra orienter les autres activités. Des exemples de thèmes seraient la préhistoire, les amérindiens, la vie dans un autre pays, le futur, etc.

4. Agir en exemple.

En tant qu'intervenants œuvrant auprès des jeunes en difficulté, nous avons l'opportunité d'agir quotidiennement comme source de référence, comme mentors auprès de ceux-ci. Les particularités et caractéristiques uniques à chacun sont autant de richesses dont les enfants, mais aussi une équipe d'intervenants peuvent tirer profit. Il suffit de garder en tête l'attitude mentalisante afin d'enrichir l'exploration des enfants du monde qui les entoure !

La mentalisation entre collègues ou envers les parents, devant les enfants, est une autre façon de prêcher par l'exemple en ce qui concerne la mentalisation.

5. Activité

Fais-moi ton cinéma.²

Premièrement, un volontaire raconte une situation difficile ou significative vécue récemment. Ce faisant, il n'utilise que des faits sans recourir à l'utilisation d'états mentaux.

Deuxièmement, il recrute des « acteurs » parmi les participants afin d'incarner les protagonistes de l'histoire.

Troisièmement, les « acteurs » sont appelés à mettre en scène la situation, sans recevoir davantage d'information de la part du « metteur en scène ». On peut aussi réessayer une seconde fois en inversant les rôles des protagonistes.

Quatrièmement, les participants parlent des états mentaux vécus lors de la mise en situation.

Finalement, le « metteur en scène » compare le tout avec ce qui s'est réellement passé.

Le mot de la fin...

Nous espérons que ce court manuel vous aura permis de mieux saisir cette capacité naturelle à l'être humain qu'est la mentalisation et vous aura fait découvrir tout le potentiel de son utilisation dans la compréhension clinique et l'intervention auprès des jeunes. Dans les prochaines séances, nous discuterons maintenant ensemble de situations difficiles que vous avez vécues ou de questionnements que vous avez en lien avec l'approche des interventions axées sur la notion de mentalisation. Soyez bien à l'aise de vous exprimer librement et souvenez-vous qu'un des premiers signes confirmant que nous mentalisons est de se demander si nous sommes en train de le faire ! Bonne mentalisation !

Vincent Domon-Archambault

Miguel M. Terradas

Remerciements

Nous aimerions remercier les personnes suivantes pour leur précieuse collaboration au projet et sans lesquelles ce dernier n'aurait pu être ce qu'il est :

Julie Achim

Claud Bisailon

Guytaine Lehoux

Daniel Breton

Références

1. Allen, J. G. (2001). *Traumatic relationships and serious mental disorders*. Chichester: John Wiley & Sons.
2. Allen, J. G., & Fonagy, P. (2006). *Handbook of mentalization-based treatment*. London: John Wiley & Sons.
3. Allen, J. G., Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2008) *Mentalizing in clinical practice*. Washington : American Psychiatric publishing.
4. Bateman, A. W. (2010, Avril). *Trouble de la personnalité limite : l'intervention base sur la mentalisation pour les intervenants de première ligne*. Conférence présentée à l'Université McGill, Montréal, Canada.
5. Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2004). Attachment and reflective function: Their role in self organisation. Dans Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. *Affect regulation, mentalization, and the development of the self* (pp.23-64). New York: Other Press.
6. Fonagy, P., & Target, M. (2005). Bridging the transmission gap: An end to an important mystery of attachment research? *Attachment & Human Development*, 7, 333-343.
7. Fonagy, P., Target, M. (2006). The mentalization-focused approach to self pathology. *Journal of Personality Disorders*, 20, 544-576.
8. Gergely, G. (2003). The development of teleological versus mentalizing observational learning strategies in infancy. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 67, 113-131.
9. Jurist, E. L. (2005). Mentalized affectivity. *Psychoanalytic Psychology*, 22, 426-444.
10. Meins, E., Fernyhough, C., Fradley, E., Tuckey, M. (2001). Rethinking maternal sensitivity: Mother's comments on infants' mental processes predict security of attachment at 12 months. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 637-648.
11. Neuville, V. (2011, janvier). *La mentalisation : Aspects neurobiologiques*. Présentation réalisée dans le cadre du cours Mentalisation, Université de Sherbrooke, Québec, Canada.
12. Sharp, C., Fonagy, P., & Goodyer I. M. (2006). Imagining your child's mind: Psychosocial adjustment and mother's ability to predict their children attributional response styles. *British Journal of Developmental Psychology*, 24, 197-214.
13. Sharp, C., Williams, L. L., Ha, C., Baumgardner, J., Michonski, J., Seals, R., Patel, A. B. Bleiberg, E., & Fonagy, P. (2009). The development of a mentalization-based outcomes and research protocol for an adolescent inpatient unit. *The Bulletin of the Menninger Clinic*, 73, 311-338.
14. Slade, A. (2006). Reflective parenting programs: Theory and development. *Psychoanalytic Inquiry*, 26, 640-657.

15. Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: An introduction. *Attachment & Human Development*, 7, 269-281.
16. Slade, A., Grienenberger, J., Bernbach, E., Levy, D., & Locker, A. (2005). Maternal reflective functioning, attachment and the transmission gap: A preliminary study. *Attachment & Human Development*, 7, 283-298.
17. Schmeets M. G. J. (2009). *Mentalizing Child Psychotherapy*. Communication présentée au Colloque Fonction réflexive, mentalisation et autorégulation présenté par le service de pédopsychiatrie du Département de psychiatrie de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et du Département de psychologie de l'Université de Sherbrooke, Montréal, Canada.
18. Terradas, M. M. (2007). *La fonction réflexive chez les mères d'enfants victimes d'abus sexuels. Développement d'une échelle mesurant le fonctionnement réflexif de la mère dans un contexte d'interaction mère-enfant*. Thèse de doctorat inédite, Université Laval.
19. Vergheugt-Pleiter, A. J. E., Zevalkink, J., & Schmeets, M. G. J. (2008). *Mentalizing in child therapy : Guidelines for clinical practitioners*. London : Karnac.

Appendice B

Version française de l'Empathy Quotient

Document retiré pour respect du
droit d'auteur

Document retiré pour respect du
droit d'auteur

Document retiré pour respect du
droit d'auteur

Document retiré pour respect du
droit d'auteur

Document retiré pour respect du
droit d'auteur

Document retiré pour respect du
droit d'auteur

Appendice C

Canevas d'entrevue inspiré de l'Entrevue sur le développement du parent

Canevas d'entrevue inspiré de l'Entrevue sur le développement du parent

(Parent Development Interview-Revised, PDI, Slade, Aber, Mayes, Target, & Blatt, 2001)

appliqué à la relation entre un enfant et son intervenant de suivi en centre jeunesse.

Informations sociodémographiques

Nom de l'unité : _____

Code de l'intervenant : _____

Code de l'enfant : _____

Âge de l'enfant : _____

Aujourd'hui, nous allons parler de vous et de (nom de l'enfant), votre jeune de suivi.

Nous commencerons en parlant de votre jeune de suivi et de votre relation avec lui.

Débutons d'abord en parlant un peu de la situation de vie de (nom de l'enfant).

Depuis combien de temps est-il à l'unité ? Depuis combien de temps est-il votre jeune

de suivi ? Quelle est son histoire de placement (*motif de placement, le nombre, la durée, le projet de vie, le nombre et la forme des contacts avec la famille d'origine*).

A. Perceptions de l'enfant

1. Je voudrais commencer en vous demandant de me parler de votre jeune de suivi.

Quel genre d'enfant est _____ (*Nom de l'enfant*). Pourriez-vous me donner 3 mots ou adjectifs qui le décrivent.

Maintenant, si on reprend chacun de ces mots ou adjectifs, pouvez-vous me donner un souvenir ou un exemple qui représenterait bien le mot ou l'adjectif _____ ? (*Demandez un exemple pour chaque mot ou adjectif*)

2. Si on parlait de vous maintenant. Quel genre d'intervenant êtes-vous ? Pouvez-vous me donner 3 mots ou adjectifs qui vous décrivent en tant qu'intervenant ?

Si on reprend chaque mot ou adjectif, pouvez-vous me donner un souvenir ou un exemple d'évènement qui vous revient à l'esprit et qui définirait ce que vous voulez dire par _____ (*Nommez les mots ou adjectifs un à la fois*).

B. Perceptions de la relation

1. J'aimerais que vous choisissiez 3 mots ou adjectifs qui décrivent la relation entre vous et votre jeune de suivi. (*Faire une pause pendant que l'intervenant réfléchit et énumère les mots ou adjectifs*). Reprenons chaque mot ou adjectif : pourriez-vous me donner un souvenir ou un évènement qui vous vient à l'esprit

et qui reflète bien ce que vous voulez dire par _____ (*Tentez d'obtenir un exemple pour chaque mot/adjectif*).

2. Maintenant, décrivez-moi un moment qui s'est passé dans la dernière semaine où vous et votre jeune de suivi étiez vraiment en accord. (*Questionnez plus si nécessaire : « Pouvez-vous m'en dire plus à propos de ce moment ? Comment vous sentiez-vous ? Comment pensez-vous que votre jeune de suivi se sentait ?*)

3. Maintenant, décrivez-moi un moment de la dernière semaine où vous et votre jeune de suivi n'étiez vraiment pas en accord. (*Questionnez plus si nécessaire : « Pouvez-vous m'en dire plus à propos de ce moment ? Comment vous sentiez-vous ? Comment pensez-vous que votre jeune de suivi se sentait ?*)

C. Expériences affectives liées au fait d'être intervenant

1. Qu'est-ce qui vous donne le plus de plaisir comme intervenant de _____ (*Nom de l'enfant*).

2. Qu'est-ce qui vous cause le plus de souffrance comme intervenant de _____ (*Nom de l'enfant*).

3. En lien avec votre vécu au travail, vous est-il déjà arrivé de vraiment sentir que vous aviez besoin de quelqu'un pour prendre soin de vous ? (*Explorer si nécessaire : Quel genre de situation vous fait sentir comme ça ? Que faites-vous avec ces sentiments ? Comment gérez-vous ces sentiments ?*).

3.a) Quels sont les effets de ces sentiments sur votre jeune de suivi ?

4. Vous sentez-vous parfois vraiment en colère en tant qu'intervenant de _____ (*Nom de l'enfant*) ? (*Explorer si nécessaire : Quel genre de situation vous fait sentir comme ça ? Comment gérez-vous ces sentiments de colère ?*).

4.a) Quels sont les effets de ces sentiments sur votre jeune de suivi ?

5. Vous sentez-vous parfois vraiment coupable en tant qu'intervenant de _____ (*Nom de l'enfant*) ? (*Explorer si nécessaire : Quel genre de situation vous fait sentir comme ça ? Comment gérez-vous ces sentiments de culpabilité ?*).

5.a) Quels sont les effets de ces sentiments sur votre jeune de suivi ?

6. Lorsque _____ (*Nom de l'enfant*) est fâché, que fait-il ?

6.a) Comment vous sentez-vous dans ces moments-là ?

6.b) Que faites-vous ?

7. Est-ce que _____ (*Nom de l'enfant*) se sent parfois rejeté ?

D. Séparation/perte

1. Maintenant, je voudrais que vous pensiez à la dernière fois où vous et _____ (*Nom de l'enfant*) étiez séparés l'un de l'autre (*Nommez des exemples comme vacances, congés prolongés, absence maladie, etc*). Pouvez-vous me décrire ce moment ? (*Explorer davantage : Quel impact cela a-t-il eu sur votre jeune de suivi ? Quel effet cela a-t-il eu sur vous ?*)

Appendice D

Liste de vérification du comportement des jeunes de 6 à 18 ans

Document retiré pour respect du
droit d'auteur

Document retiré pour respect du
droit d'auteur

Document retiré pour respect du
droit d'auteur

Document retiré pour respect du
droit d'auteur