Vol. 04, No. 2, pp. 89-104 | DECEMBER 2024
DOI: https://doi.org/ 10.34118/jskp.v4i02.4010

Article history (leave this part):
Submission date: 2024-04-26
Acceptance date: 2024-09-20
Available online: 2024-12-23
Keywords:
therapeutic framework; demand; child; sychoanalytic psychotherapy
Funding:
This research received no specific grant from any funding agency in the public, commercial, or not-for-profit sectors.
Competing interest:
The author(s) have declared that no **competing interests**exist.
Cite as (leave this part):
KOBIBI, H. (2024). title. Journal of Science and Knowledge Horizons, 4(01), 71-81.
https://doi.org/10.34118/jskp.v4i01.3852

The authors (2024). This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution(CC BY NC) (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/), which permits non-commercial re-use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited

Journal of Science and Knowledge Horizons
ISSN 2800-1273-EISSN 2830-8379

Spécificité de la pratique clinique en Algérie

Cas de la consultation pour enfants et adolescents

Specificity of clinical practice in Algeria

Consultation for children and adolescents.

Dr Gaci Khelifa*

Université A/Mira de Bejaia, khelifa.gaci@univ-bejaia.dz

https://orcid.org/ 0009-0001-1159-5914

Résumé:

La pratique clinique en Algérie se caractérise par des règles du cadre à respecter, ses principes sont liés au contexte socioculturel de la société qui guident les consultations psychologiques chez les enfants et adolescents, cela permet non seulement de comprendre la demande d'aide mais également pour conduire un travail relativement contrôlé pour les psychologues non psychanalystes.

* Gaci Khelifa

Summary :

Clinical practice in Algeria is characterized by the rules of the framework to be respected, its principles are linked to the socio-cultural context of the society that guides psychological consultations with children and adolescents, this allows not only to understand the request for help but also to conduct a relatively controlled work for non-psychoanalyst psychologists.
Keywords: therapeutic framework; demand; child; psychoanalytic psychotherapy

Introduction:

Dans de nombreux pays y compris l'Algérie, le psychologue clinicien, si bien formé soit-il, n'est pas préparé par ses études universitaires à conduire des psychothérapies. S'il y songe en souhaitant se référer au corpus théorico-pratique de la psychanalyse, il bute sur cette évidence que la lecture des textes psychanalytiques ne suffit pas; on lui objectera, à juste titre, que la première condition pour conduire une action au nom de la psychanalyse (psychothérapie psychanalytique) c'est d'être psychanalyste (Perron,1997) . En revanche, et dans le contexte algérien, conduire les psychothérapies psychanalytiques par des psychologues non psychanalystes est une nécessité extrême et non un choix puisque la formation à la psychanalyse dans notre pays existe depuis quelques années, l'exercice de cette fonction nécessite une longue formation de supervision et de lectures ciblées afin de mener à bien son travail de façon plus contrôlée.

Cependant, il se trouve des psychologues cliniciens bien formés. Ceux-ci, dans le cadre ordinaire de leur pratique, sont parfois de fait conduits à revoir un même consultant une seconde fois, une troisième fois, ...etc. Et dès lors peuvent se trouver engagés dans une relation durable. Face à la demande du consultant, et faute de pouvoir l'adresser à un psychanalyste psychothérapeute compétent, le psychologue clinicien ne va-t-il pas se trouver, fût-ce à son corps défendant, conduit à en assumer la position ?

D'où l'alternative : ou bien il refuse par principe tout contact durable avec un consultant, on bien il l'accepte, se trouvant dès lors à assumer *une prise en charge psychologique*. Nous avons à faire dans l'analyse de la demande d'un consultant, à un adulte, un enfant ou adolescent, et à propos des enjeux de la relation nous allons centrer notre réflexion sur la deuxième position, mais avant de discuter avec le consultant, le psychologue est censé avoir suffisamment d'informations sur son cadre thérapeutique et le faire comprendre à son consultant. L'objectif de cet article est de démontrer certaines règles de la pratique de la psychologie clinique notamment, quelques enjeux de la relation thérapeutique ainsi que les principes fondamentaux de l'analyse de la demande dans le cas des enfants et adolescents.
Dans le domaine de la pratique clinique, le terme "cadre" désigne l'ensemble des

accords et du "contrat" conclu entre le psychologue et le patient lorsqu'ils optent pour une relation thérapeutique. Dès les premiers entretiens, il est important de souligner clairement que ce « contrat » doit être passé de manière aussi claire que possible. Ainsi, il est essentiel que le psychologue soit conscient de ce qu'il propose et des raisons pour lesquelles il le propose, et qu'il soit clair dans ses propos. Cela implique qu'il prenne en compte les interrogations du consultant, qu'il prenne en compte ses objections au sérieux et qu'il y réponde de la meilleure manière possible. Évidemment, il n'est pas question ici de se justifier, Cependant, il est important de démontrer que les évolutions de la relation thérapeutique doivent être clairement définies dès le départ par des règles sans ambiguïté. Ces règles ne sont pas le fruit de l'arbitraire ou du bon plaisir du psychologue, mais sont établies par l'institution à laquelle il se réfère. Elles sont également nécessaires au psychologue non psychanalyste qui pratique des psychothérapies – qu'il appelle ainsi son action ou qu'il préfère parler de « prise en charge psychologique », etc. – s'il souhaite éviter les très graves difficultés auxquelles il serait exposé en ne cadrant pas strictement et dès le départ la relation avec le patient.

Nous aborderons quatre aspects fondamentaux du cadre, à savoir :

1. Le temps et l’argent

Selon **Perron Roger** Il est nécessaire que, au-delà du ou des entretiens préliminaires, et lorsque l'on propose des rendez-vous réguliers, les choses soient parfaitement évidentes en ce qui concerne le temps (l'horaire et la durée des séances) et l'argent (leur prix et le moment du paiement) (Cité dans Si Moussi, 2002) .

Il est évident que le thérapeute est extrêmement rigoureux dans son emploi du temps et ne peut se permettre d'être en retard sous aucun prétexte : comment peut-on exiger au patient qu'il paie entièrement un temps écourté? S'il n'en commence cependant, très rarement et pour des raisons vraiment indépendantes de sa volonté, qu'après l'heure, il propose au patient d'allonger d'autant une séance ultérieure. Si aucune autre solution n'est possible que de supprimer une séance, il en avertit suffisamment à l’avance, il présente ses excuses. Si l'on respecte les règles élémentaires de la politesse, tout cela est évident, mais cela dépasse : la relation thérapeutique est une relation basée sur la confiance et le respect réciproque.la question peut paraître plus délicate en ce qui concerne la durée des séances, **Perron** affirme que la durée de l'analyse "de divan" est réglée par les analystes de la SPP à trois quarts d'heure **(45 Minutes)**, et le plus souvent en psychothérapie de face à face. Cependant, dans ce dernier cas, avec des enfants ou des adultes très perturbés, il est possible de prévoir des séances plus courtes (par exemple d'une demi-heure), mais ici encore, à moins de circonstances exceptionnelles, il est nécessaire de respecter cette durée (Cité dans Si Moussi,

2002) .

Il faut que le psychologue soit vigilant quant à la pratique dans le contexte algérien ou les patients se caractérisent par la souplesse de gérer leur temps *(9h ou 9h10 pour certains c'est pareil* !), cela doit être dit d'emblé et d'une façon plus claire qu'arriver à l'heure est une nécessité clinique du cadre à respecter, et en finir également la séance à temps.

Il est évident que le coût des séances doit être précisé dès le départ, et toujours respecté par la suite. Ce prix devrait être adapté aux ressources du patient. La demande d'un prix excessif en raison de ces ressources peut avoir un impact significatif sur le processus thérapeutique (ne serait-ce qu'en raison de la culpabilité que le thérapeute éprouvera...) Lorsqu'on demande trop peu, cela peut donner au patient l'impression que cela n'est pas très important, et qu'un thérapeute qui demande si peu est lui-même peu valorisé et, ayant peu de clients, ne peut les retenir alors. La détermination du prix, qui doit généralement se faire dès la première séance, est donc souvent difficile : attention au masochisme ou à la vantardise de certains, qui paieront trop et vous en voudront, attention à la roublardise d'autres, qui paieront trop peu et s'en regretteront! (Cité dans Si Moussi, 2002) .

A travers une pratique clinique de plus d'une quinzaine d'années, nous constatons à ce jour que la relation psychothérapeutique est une situation ou la régression, les rêves et les fantasmes, sont réactivés ou exacerbés, c'est une situation dans laquelle le patient se retrouvait dans une position infantile. Si durant votre enfance vous n'étiez pas tenu de payer l'attention, les soins bienveillants et affectueux que vous donnaient gratuitement vos parents ce n'est pas possible avec le psychologue, l ' acte de payer rétabli une relation d'égalité entre les deux protagonistes il ne peut y avoir une relation de dominant-dominé de parent et enfant qu'en dehors de la séance, cela reviendrait à dire que vous refusez de quitter la position infantile dans laquelle vous vous êtes placé pendant le temps de la séance!. Donc payer c'est structurer la relation psychique qui va introduire le principe de réalité, il est important que le patient soit conscient de la réalité extérieure, payer rappelle la temporalité, la reconnaissance du cadre et les limites, permet au patient de relativiser ses désirs et de tolérer la frustration. Quand le patient paye cela lui permet de reconnaitre et d'admettre la réalité extérieure et le cadre qui contient les limites de ces pulsions. Il va banaliser la situation analytique : c'est rompre avec la compulsion de répétition et éviter le retour des résistances, d'une part ce qui se joue en séances est connu admis comme étant del'ordre du fantasme ce qui fait il n'est plus rejoué dans la réalité. D'autres part, les résistances c'est à dire les censures de la chaine associative qui empêchent le travail psychothérapique sont écartés, il faut donc que la séance soit délimitée et la réalité admise et pour se faire, il faut que le patient paye chaque séance.

Quand le psychologue travaille en institution, il est très bénéfique que ce soit l'institution qui établisse des tarifs variés en fonction des cas et que les aides sociales soient utilisées. « Les absences de séances sont justifiées, peu importe la raison », nous ne sommes pas à la merci de ses résistances de fuite, la durée de la séance appartient au patient, c'est son temps à lui, il le paye, il l'investie, si même il arrive en retard le psychologue ne peut allonger sa séance qui doit se terminer dans la durée prévue, et il faut bien souligner que cela implique que si le patient ne se présente pas, je suis prêt à l'accueillir à tout moment et pendant la durée de sa séance. Ainsi, et selon les psychanalystes de **SPP**, il n'est pas nécessaire de planifier un autre rendez-vous si le patient a déclaré qu'il ne serait pas disponible à tel jour : il est nécessaire d'être présent et prêt à le recevoir s'il ne vient pas malgré ce qu'il avait annoncé (Cité dans Si Moussi, 2002) .

. En revanche, en Algérie nous pensons qu'être trop rigoureux et stricte à propos des rendez-vous est un facteur de risque qui peut renforcer la fuite des patients d'un côté et de ne pas pouvoir assurer une relation de continuité d'un autre coté, dans notre société algérienne représentée par ses différentes professions qui se caractérisent généralement par la souplesse exagérée en facteur du temps, aucun spécialiste sans dénigrer personne et sans porter un regard généralisable, ne peut aussi bien régler parfaitement sa montre (son temps) qu'un psychologue bien formé. De sorte que les gens se sont habitués à cette pratique, avoir un rendez-vous chez un médecin à 9h00 cela n'implique pas de passer à cette heure pile, mais peut être une heure après, mais à chacun son contexte de travail et son cadre.

Il est fréquent que le patient "attaque le cadre", comme on dit. Il s'agit le plus souvent du temps et de l'argent : il arrive en retard (ou au contraire très en avance, de manière à comprendre qui le précède), manque des séances, se trompe de jour ou d'heure, « oublie » de payer et accroît sa dette, ou se trompe de manière répétée quant à la somme à payer, etc. Il arrive fréquemment, comme nous avons mentionné plus haut, qu'il refuse de régler une séance manquée alors qu'il a initialement accepté cette clause sans aucune difficulté apparente,...Etc. L'originalité de certains patients, dont les résistances s'expriment ainsi, est remarquable. Le thérapeute n'a d'autres règles que de demander avec fermeté le respect du cadre, sans aucune concession : surtout pas de négociation! Il est clair qu'il ne le fait pas. Il lui accorde son respect : toute autre attitude serait légitimement perçue comme un abus de pouvoir inacceptable par le patient et par l'enfant en lui-même**.**

Il est néanmoins prévu qu'un jour, celui qui avait accepté sans difficulté cette règle la remettra en question : « Oui, bien sûr, mais là je ne pouvais pas faire autrement! ». Il est essentiel de se maintenir : c'est l'un des aspects où le respect des conventions est essentiel. La raison en est que pour le psychologue qui est présent dans son cabinet même lorsque le patient ne vient pas, la séance existe même en son absence, cela rassure en réalité le patient en lui donnant le sentiment d'une continuité qui n'est pas soumise à ses résistances et à ses tentatives de fuite.

2. la règle de l'abstinence :

C'est la consigne de l'« association libre », souvent formulée sous la forme : « vous dites ce qui vous vient à l'esprit, même si cela vous semble gênant, difficile à dire. ». Il n'est pas nécessaire de dire ça en psychothérapie puisque le patient en cette position de face à face, ne dira pas tout ce qu'il sait et évidement ce qu'il ne sait pas, mais toute l'attitude du thérapeute encouragera une parole libre. Quoi qu'il en soit, il est important de respecter les défenses du patient et de ne pas le perturber par des interprétations trop hâtives : le thérapeute non expérimenté commet souvent l'erreur d'interpréter trop et trop tôt.

En début de la psychothérapie, il peut être difficile d'être reconnu et inacceptable pour le patient qui, choqué, ému par la nouvelle relation ainsi que la découverte de son monde mystérieux. L'interprétation appropriée est celle qui se produit à temps, parfois après une période de réflexion prolongée, et lorsque le patient, l'entendant, répond par « oui, c'est ça ! apparemment c'est vrai… ». Il est important de noter que souvent, Il a davantage de chances de ne pas avouer ce qu'il ne sait pas, car alors, évidemment, tout repose sur la capacité du thérapeute à faire ressortir ce qui était méconnu et qui, enfin, pourra être dit. Le complément indispensable de la règle de libre parole est la règle d'abstinence. Si la situation thérapeutique souhaite préserver sa santé, elle doit respecter des règles rigoureuses tant sur le plan professionnel. Le thérapeute évite donc toute action qui, même banale, relèverait d'une relation personnelle. Tout contact personnel doit être évité, à l'exception de toucher la main pour se saluer (Si Moussi, 2002) .

De plus, tout ce qui peut conduire à une relation explicitement sexualisée, voire sexuelle, est évidemment interdit. Le thérapeute et le patient restent assis dans leurs positions respectives (fauteuil-fauteuil), les corps peuvent se communiquer mais jamais se toucher et ne jamais quitter les potions qu'à la fin de la séance, cela implique même quand il s'agit des provocations de consultant, en cours de la 3^{éme} séance de consultation, une patiente me demandant si c'est possible de s'asseoir juste à coté du psychologue et non en face et de lui pratiquer la relaxation ? Cela implique bien sûr de comprendre son attitude transférentielle et de ne pas tomber dans une relation sexualisée. Certaines techniques dites psychothérapeutiques (ex : la relaxation) ! Peuvent présenter un danger pour la prise en charge, comme il affirmait **Si Moussi (2004)** : « …comment une psychologue femme s'engage à relaxer un névrosé dans le désir et incontrôlable et destructeur? on laisse le lecteur imaginer ce qui peut se passer dans la tête et dans le corps de cet homme allongé par une femme qui lui parle d'une voix douce maternelle, la porte fermée dans une société où ce type de relations induit toujours une présence diabolique du désir certains patients vivent passivement et en silence ces situations de difficultés extrêmes comme une torture dont ils ne peuvent se défendre d'autres fuient rapidement cette relation… » (P.123). Sans parler sur la

pratique désastreuse de la relaxation pour certains qui ne respectent pas les regels du cadre, le plus souvent on assiste à une relation personnelle y voir sexuelle.
Dans le même contexte de la règle d'abstinence- ne rien faire-, cela implique tout geste, action, mouvements et même pas dire quelque chose qui pourrait nuire au patient ou à l'une des personnes qu'il mentionne. Ce n'est pas toujours simple, car il est possible de causer des dommages à son insu, par maladresse, par un mouvement irréfléchi, etc. C'est à ce moment-là que se manifeste l'importance de surveiller ses propres mouvements contre-transférentiels afin de contourner les pièges de la relation thérapeutique.
De plus, il est évident que le thérapeute évite toute action qui ne serait que bénéfique pour lui même, pendant le traitement et en dehors.

Selon **Schaeffer et Diatkine (1998)** La difficulté réside dans le fait qu'il arrive parfois de rencontrer différents protagonistes d'un conflit ou d'un drame familial, amical, professionnel, etc. Cela est courant pour les enfants et les adolescents ou les conflits de couple, etc. ; donc, une action (par des interventions, des interprétations, voire des conseils si on ne peut pas l'éviter) peut toujours amener le patient à agir au détriment d'autrui. Il est primordial de ne pas se faire, de manière volontaire ou inconsciente, l'allié du patient contre d'autres individus. Certains sont capables de piéger leur thérapeute.

3 .Le respect du secret

Tout ce qui se dit et se déroule pendant la séance est strictement confidentiel, y compris et surtout avec les proches du patient, que nous évitons autant que possible, cela implique certainement l'importance de travailler sur rendez-vous pour éviter le croisement des patients (des proches) à la salle d'attente, nous rappelons que la salle de consultation chez les psychanalystes contient deux portes ; une porte pour entrer les patients et une autre porte pour la sortie, cela permet de mettre en garde l'anonymat des patients et réserver leur secrets. Il faut bien être vigilant quand un parent ou celui qui accompagne le patient demande des éclaircissements concernant son état, il ne faut jamais divulguer les secrets ou la vie privée des patients. C'est seulement de cette manière que le patient peut accorder sa confiance à son thérapeute et lui confier ce qui ne pourrait être dit à personne d'autre et dont le poids parfois l'accablerait. Pour cette règle y a trois exceptions sont envisageables selon **Perron (1998)**:

- les échanges avec des collègues, afin de mieux comprendre un cas complexe, ou parce que le travail institutionnel y oblige (par exemple lorsque deux thérapeutes travaillent ensemble, l'un s'occupant de la mère et l'autre de l'enfant).
- les supervisions, où un cas est présenté à un thérapeute expérimenté. Dans tous les cas, il est essentiel de préserver l'anonymat du patient. Pendant une longue expérience des échanges entre collègues et des supervisions, je ne me rappelle pas d'un seul cas où le nom de famille d'un patient ait été évoqué.
- les articles. Elles sont indispensables à la réflexion professionnelle et à la promotion du développement de la pratique, de la clinique, de la théorie.

Cependant, il est nécessaire de garantir que personne ne pourra identifier le patient en lui attribuant un prénom fictif, en modifiant certains détails biographiques, etc. ; on évite de mentionner des événements ou des détails personnels qui faciliteraient l'identification.

4. L'anonymat du thérapeute

Cette règle, qui s'ajoute aux deux précédentes (non-agir et respect du secret), a été enseignée à travers une longue histoire du mouvement analytique. Le Psychologue ne mentionne pas sa vie personnelle, ses opinions politiques et religieuses, etc., et ne doit en aucun cas chercher à convaincre le patient de ses propres opinions. Il est important de prendre soin de cela, car elles peuvent s'introduire dans certaines interventions, à l'insu du thérapeute lui-même. Dans le contexte actuel en Algérie il paraît très facile de décrypter les tendances religieuses ou culturelles chez certains psychologues concernant la posture, la tenue vestimentaire (le voile, barbe et sa tenue islamique-*Qamis*-), les choix personnels peuvent être interprétés en fonction de la langue (l'accent, dialecte,…) utilisée par le thérapeute(Cité dans Si Moussi, 2002) .

Nous pensons que plus important à retenir, c'est que la tenue vestimentaire peut ne pas être un obstacle majeur dans le travail clinique si la (e) psychologue contrôle suffisamment son système de valeur voir sa religiosité au moment de la consultation, à titre d'exemple une jeune femme psychologue voilée (*jilbab*) s'est installée en privé et elle ne reçoit dans ses consultations que les enfants et les femmes ! (*informations mentionnées sur le panneau signalétique de son cabinet)*, cela implique que le patient homme pour elle présente un danger sexuel (s'enfermer seule avec un homme, et une représentation religieuse que le troisième sera le diable), alors que si le psychologue se contrôle (parole et l'écoute) et plus il respecte le cadre déjà évoqué plus haut le travail sera contrôlé sans dépassement.

Toutes ces règles sont à respecter aux moments des consultations et avant d'engager une psychothérapie, cela permet de mener à bien l'analyse de la demande qui sera développé juste après.

- L'analyse de la demande en consultation pour enfants et adolescents :

1. Qui demande, quoi, à qui *?*

Selon Perron (1998), On peut répartir de ce qui définit la position du psychologue clinicien, même dans le cas d'un contrat unique à visée d'évaluation du fonctionnement psychique du consultant: quelqu'un lui demande quelque chose, et il s'efforce de répondre au mieux à cette demande. Il se créé alors une situation qu'on peut analyser comme suit:

A. Cette situation est toujours définie par trois caractéristiques fondamentales:

1. C'est une relation de personne à personne. Le psychologue n'est pas un

technicien visant à caractériser, par simple analyse de mécanismes défectueux, le mauvais fonctionnement d'une machine. Il y a homologie des deux protagonistes. Ceci doit être posé d'emblée, et porte d'importantes conséquences. Au plan déontologique d'abord: le consultant, par définition, quel que soit son âge, et quelques difficultés qu'il présente, est égal en droits au psychologue; toute manipulation est donc exclue, en évoquant ce point, en Algérie nous attendons toujours à l'élaboration d'un code de déontologie professionnel pour la pratique clinique pour mettre fin à certaines actions anti-déontologiques (prescription de médicaments par certains psychologues, alors qu'ils n'ont aucune compétence scientifique ou légale à la prescription !). Au plan pratique et technique ensuite : seule cette position de respect de l'autre peut créer le climat de collaboration fructueuse nécessaire à la démarche du diagnostic psychologique, et éventuellement de la prise en charge ultérieure.

2. Cependant, cette relation est asymétrique, car l'une de ces personnes demande quelque chose à l'autre. Nous pensons que ce point est très important afin de distinguer la relation amicale, personnelle de la relation professionnelle bien cadrée : il ne s'agit pas d'une asymétrie dans le pouvoir ou le niveau intellectuel (supériorité et infériorité), mais les deux positions, l'un est un patient qui demande quelque chose à l'autre qui est professionnel pour répondre mieux à cette demande de l'aide.

3. Le (la) psychologue est censé(e) savoir plus (y compris en savoir plus sur le sujet que le sujet lui-même) et pouvoir plus (pouvoir répondre à la demande, porter remède à ce qui ne va pas).

B. Tout ceci selon ***Perron(1998)*** est vrai dans tous les cas. Mais lorsqu'il s'agit d'enfants et d'adolescents, nous devrions nous poser la question ; qui demande quoi, et à qui ?

1. qui demande ? C'est très rarement l'enfant lui-même. Le plus souvent, ce sont les parents (et il faut alors s'interroger: pourquoi la demande est-elle formulée par le père, ou par la mère, ou par le couple parental se présentant comme tel ?) Le demandeur peut être un enseignant, ou un médecin généraliste, pédiatre ou psychiatre; etc. Mais, dans tous ces cas, des adultes parlent au nom de l'enfant, c'est-à-dire au nom de ce qui est supposé être son bien actuel et futur. Or ceci tend à placer l'enfant en position passive et/ou de refus, larvé ou explicite, et à masquer sa propre demande, qui peut être très différente.

Lorsque l'enfant allègue une demande, il est fréquent qu'elle reproduise simplement celle de l'adulte ("je travaille mal en classe", etc); mais souvent alors on a l'impression que c'est un écho, plus ou moins bien intégré, du discours des adultes. Il arrive parfois que la demande de l'enfant soit explicitement différente « mes parents disent que je suis méchant, nais mon père me tape quand il a bu, faites quelque chose, etc. ». Assez souvent, il n'y a chez l'enfant aucune demande apparente. En fait il y en a toujours une... et c'est l'un des objectifs majeurs du psychologue que de lui permettre de s'exprimer.

Nous pourrions ajouter également que le psychologue ne doit en aucun cas recevoir un enfant ou un adolescent tout seul sans l'un ou/ses parent(s), ou la tutelle (un membre de sa famille), et bien évidement sur le plan technique de consultation ou de prise en charge, la présence des parents est primordiale, l'enfant n'existe pas seul, mais il existe en relation avec ses parents sorte la problématique de l'enfant est à comprendre dans la dynamique relationnelle avec les parents, et sa réglera qu'avec les parents.

2. on demande **quoi** ? c'est le motif de la consultation ou les motifs allégués sont en général assez peu variés. Ils se rangent sous deux grandes rubriques, les incapacités et les fautes.

Les incapacités peuvent concerner des retards du langage, des retards psycho-moteurs, la maladresse, l'instabilité, plus tard des retards et incapacités scolaires, puis des incapacités d'ordre professionnel, etc. Ces incapacités sont en général imputées en proportions variables à "il ne peut pas" (l'accent est alors mis sur une insuffisance, atteignant des valeurs essentielles), et à "il ne veut pas" (prévaut alors la condamnation morale: paresse, opposition "caractérielle", etc).

Les fautes les plus banales sont de l'ordre de la mauvaise conduite, des mauvaises fréquentations, de la prédélinquance ou délinquance, des vols, voire des toxicomanies, etc. Mais sous les motifs allégués, il y en a toujours d'autres.

Chez les parents, il y a souvent demande de remédiation à une souffrance, et demande d'allégement de l'atteinte narcissique, lorsque prévaut l'image d'un enfant "abîmé" (*voir l'illustration de cas un peu plus tard*), qui se conduit mal, etc. On a parfois affaire à une demande d'alliance, contre le conjoint ("'établissez que "ça vient de son côté", pas du mien"; "faites la preuve qu'il (elle) n'est pas un(e) bon(ne) père (mère)", etc.), contre les enseignants ("'le maître ne leur apprend rien, il lui fait peur", etc.). Mais souvent aussi, le parent demandeur passe par le truchement d'une demande pour l'enfant dans l'espoir inavoué d'une aide personnelle. Ce dernier type de demande est difficile à dégager, et la souligner trop vite risque de soulever de vives protestations; il y faut en général la confiance établie par plusieurs contacts, et les possibilités d'un travail en équipe, deux personnes différentes s'occupant de l'enfant et du parent concerné.

De même, sous la demande alléguée de l'enfant, ou sa non-demande apparente, il y en a toujours une: être entendu, reconnu comme personne, pour ce qu'il est, en deçà de ses actes, et aimé...

Le psychologue clinicien est dans une position difficile à l'entrecroisement de ces demandes, de leurs ambivalences chez chacun des interlocuteurs, de leurs contradictions entre acteurs …

3. Tout ceci est demandé **à qui** ? Le psychologue clinicien peut être perçu et traité comme: un parent qui réussira ce qu'on ne réussit pas soi-même; un médecin, un psychiatre; un enseignant très qualifié; quelqu'un qui dispose de solutions magiques; quelqu'un de redoutable parce qu'il "lit les pensées secrètes"; quelqu'un de dérisoire parce qu'il ne sait que parler, et que "les paroles ça ne sert à rien",

etc... Il lui faut se donner les moyens de repérer quelle figure lui prête chacun des protagonistes, et ajuster sa position face à tous ces possibles. (Perron, 1998), C'est le *transfert,* le patient investi l'image, l'attitude de psychologue en l'a restituant dans son registre d'investissement relationnel, en s'adressant positivement ou négativement au psychologue, cela ne veut pas en déduire que le psychologue est avisé mais s'adressant à quelqu'un d'autre à travers son image. Dans l'une des consultations que je conduisais il y a quelques années, une jeune fille de 22 ans, dont la problématique est de l'ordre d'abus sexuel paternel quand elle était encore adolescente (vers l'âge de 13 ans) et également à ce jour par son voisin, cela la conduisait à me demander : « …pourrais-tu me serrer dans tes bras… », nous dit elle ; en tant qu'une petite fillette qui parlait en elle, en s'adressant peut être à son papa sans intérêt sexuels, comme toute petite fille qui veut être câlinée par son père, être aimée sans condition, ce transfert devrait être compris et replacé qu'en rapport avec sa problématique et non d'y répondre favorablement ! dans ce cas je lui avais répondu par : « est ce qu'il n' y a pas de risque que je sois comme votre papa (l'abuseur) si je vous serre dans mes bras ?, selon vous, si vous demandiez cela à quelqu'un d'autre ce serait qui ?. Vous auriez pensé à qui ? ». Cette réponse lui avait fait travailler quelque chose dans sa pensée (désirs, inceste, compulsion de répétition,…etc), d'un coté nous n'avons pas refusé directement sa demande pour ne pas la frustrer et pour ne pas être trop défensif de notre part, et surtout il vaut mieux ne pas accepter. Le transfert est à comprendre qu'à travers sa problématique personnelle et familiale et de lui rapprocher la vraie image à laquelle elle voudrait s'adresser ; son bon papa pas le mauvais. donc cela implique, selon **Poussin Gérard (1994)** que le psychologue ne doit en aucun cas jouer le rôle de quelqu'un d'autre (le papa) que son rôle de psychologue, cela nous interpelle sur la notion du couple transférentiel en cours d'un entretien clinque d'évaluation ou de psychothérapie, c'est une dynamique transférentielle entre le patient et son psychologue dans un investissement parental, le patient s'dressant au psychologue comme s'il s'adresse à l'un de ses parents.

Illustration de cas :

Amina, enfant de 10 ans, est en 5ème année primaire, elle est accompagnée par ses parents, le père travaillant comme cadre à la Daïra, et sa mère enseignante au lycée.

Le motif déclaré de la consultation selon la mère, était la passivité flagrante devant ses pairs et la crainte d'un trouble de la personnalité chez Amina.

Lors du premier entretien, Amina présentait une certaine persévérance dans la parole, très attentive et bien concentrée sur la parole de ses parents, la mère me demanda discrètement (à voix très basse) si c'était normal de parler devant Amina ? Nous avons demandé à la mère, s'il y avait des choses à nous confier et qui la concernaient personnellement !, cette question permet d'avoir un aperçu

global sur les demandes implicites, la mère nous répondit que Amina est sensible et qu'elle ne pouvait pas comprendre les événements marquants sa famille. Nous avons demandé à la mère de nous parler sur sa peur et sa crainte sur le devenir de sa fille, elle nous dit : « Amina n'est pas comme sa sœur ou ses deux frères, elle est sensible, passive, lente, et froide, elle peut mettre une heure pour s'habiller et si je ne la surveille pas ou ne lui demande pas fermement les choses, elle peut rester sans rien à faire. En sorte, elle a des moments ou elle ne se concentre pas du tout, elle est comme absente. À l'école également, elle ne se défend pas du tout pendant les provocations des élèves, cela me rend en colère et je ne supporte plus que ma fille soit mal traitée ». Nous avons demandé à Amina, à quoi pensait- elle quand elle a entendu sa mère: elle me répondit : « les élèves de ma classe sont difficiles et coquins, ils me taquinent chaque jours, et la maitresse ne fait rien, surtout une élève assez grande de taille, qui me fait peur parce que elle crie beaucoup ». La colère, les cris ont caractérisé la famille de Amina, le père nous confirme qu'il crie beaucoup et qu'il est incontrôlable face à Amina et beaucoup moins avec les autres ! La mère aussi, elle se décrit comme dépassée par son travail et elle n'arrive plus à avoir la patience pour ces enfants,- Qu'en est-il de la place du père dans cette famille ? Pourquoi c'est aussi souvent la mère qui prend la parole même en s'adressant au père ? On dirait que la mère est la porte parole de cette famille.

L'histoire familiale de Amina est caractérisée par les séparations, ses parents travaillaient un peu loin du domicile familial et depuis sa naissance elle est confiée à sa grand-mère paternelle jusqu'à l'âge de sa scolarisation, et elle ne voit ses parents que le soir et ce à cause du travail, les deux rentrent fatigués et ils n'ont plus le temps pour se livrer à leur fille, cela peut être vécu par Amina comme un rejet et un abandon, surtout que les parents n'ont pas expliqué leur préoccupations à leur fille.

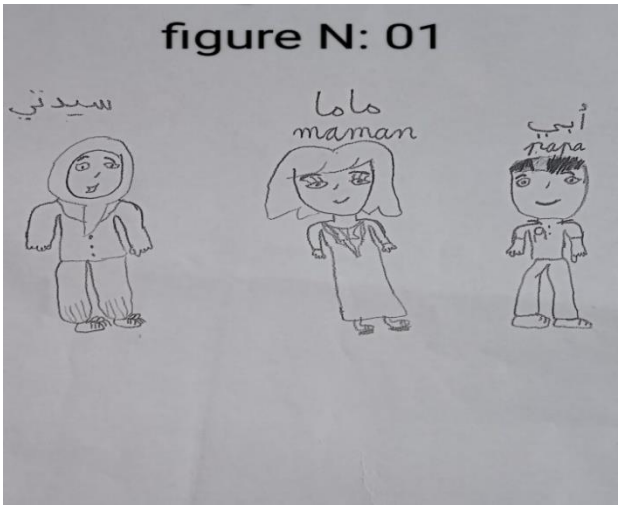
A l'âge de 08 ans Amina quitte son école en déménageant en ville et elle ne se retrouvait plus dans le nouveau primaire, les élèves se moquaient d'elle et elle ne pouvait plus supporter et ses parents non plus. La relation mère –fille s'est caractérise par la froideur et une distance affective, cela a été confirmé par la mère à partir de la 03ème consultation, chose qui nous a été frappé c'est quand la mère nous a dit textuellement à propos de sa relation avec Amina : « je ne l'ai câliné que deux fois dans sa vie ! Et ce depuis la semaine passée », la demande de l'aide implicite de la mère se manifeste clairement par sa relation froide envers sa fille, nous pourrions nous demander ce qui empêche la mère de s'investir affectivement avec sa fille ? Si elle est devant une fille qui l'a déçoit contre une fille imaginaire qui aurait pu lui combler ces lacunes, ou réparer son narcissisme ? Ou bien elle est incapable de voir les besoins fondamentaux de sa fille à cause de son propre ratage ! Ces questions ont été confirmées par la réponse bouleversante du père quand, il nous a confirmé qu'à la naissance d'Amina, sa mère a subi un choc

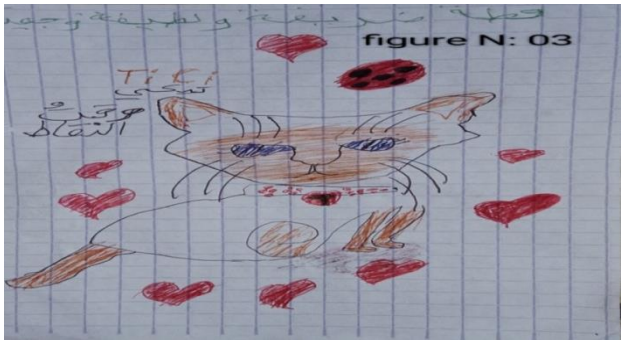
émotionnel à cause du meurtre de sa sœur par son mari, il l'a égorgé ! Et depuis la mère de Amina est en deuil interminable, sa mimique est dominée par la tristesse, elle sourit très rarement en s'adressant à sa fille, c'est pour cette raison d'ailleurs qu'elle a préféré la position du porte parole, la position dominante dans sa famille, mais dominer qui au juste! Son mari peut-être par peur d'être victime comme sa sœur ? Même cas pour Amina qui fait du karaté pour se défendre mais contre qui ? À ce point, se sentent-elles en insécurité ? Quand une maman est en deuil et traumatisée, sa fille va se retrouver en clivage vers le bon et le mauvais objet, c'est pour cette raison peut être qu'elle préfère être passive pour rester en harmonie avec son bon intérieur. Quelques séances plus tard, nous avons remarqué à travers les consultations que la mère a changée de position d'assise, elle est presque collé à sa fille, cela peut témoigner soit sur le travail d'élaboration intérieur qui se fait pour chacun des protagonistes entre désir de changement et résistance ou bien cette position est une façon de la protéger fasse à un homme étranger (psychologue) !. Vers la 5ème consultation, nous avons informé la mère sur la nécessité qu'elle fasse des consultations individuelles avec un autre psychologue pour mieux voir la réalité de sa fille et sa réalité à elle car elle a besoin d'être écoutée, afin que son deuil soit élaboré et parce que sa fille Amina a besoin que sa mère soit disponible, et présente affectivement. La mère a réagit avec résistance face à cette demande sous prétexte qu'il n y a pas de psychologue de confiance, et c'est très difficile qu'elle confie sa vie à quelqu'un d'autre. Nous avons été clairs avec elle que l'amélioration de sa fille dépend de l'amélioration de son état et de son histoire à elle. L'histoire propre de la mère est presque identique à celle de sa fille, la mère a vécue une relation très distante avec sa propre mère et elle s'identifiait carrément à son papa qui était un enseignant au lycée tandis que sa mère femme au foyer, elle n'a aucun beau souvenir avec sa mère !, c'est pour cette raison que nous lui avons demandé si elle ne constatait pas encore la similitude et la répétition de sa troublante histoire avec l'histoire de sa fille ? La prise de conscience de cette répétition, et de l'état de sa fille servira pour demander de l'aide. Amina, vers la 6èmeconsultation, est venue qu'avec son papa et elle m'a apporté un dessin bien réussi d'un chat *(voir la figure N: 03)*, dont elle a mentionné « chatte adorable, propre et belle » elle aime beaucoup dessiner, d'ailleurs les dessins effectués dans le contexte de test du dessin libre *(figure N: 01)* plein de significations et le test de dessin de la famille *(figure N: 02).* Ces dessins sont caractérisés par l'absence de l'écoute, l'absence d'une oreille attentive, carence affective, et d'un autre coté un dessin d'une famille idéale rêvée. Royer Jacqueline (1984) affirme que ce genre de tentations peuvent servir à une bonne expression émotionnelle et affective d'un coté et cela nous aide à déterminer bien évidement quelques indicateurs de la souffrance individuelle et familiale (P.116).

Nous continuons toujours à voir Amina et sa famille à raison d'une fois par semaine.

Les figures de test du dessin d'Amina







Conclusion :

Le travail de la prise en charge avec un enfant impose le plus souvent un travail avec ses parents , voir sa famille, puisque un enfant existe dans la relation

avec ses parents, s'il y a un problème chez l'enfant donc c'est une incarnation de la problématique relationnelle avec les adultes, c'est pour cette raison et surtout dans le contexte algérien ou l'éducation se caractérise généralement par l'attachement des enfants aux parents même à l'âge très avancé, cela peut générer des angoisses et des sentiments d'inquiétude chez l'enfant qui se retrouve tout seul avec le psychologue étranger, le problèmes de l'enfant est à régler avec ses parents, sa peur, son inquiétude, ses angoisses à comprendre qu'avec ses parents. Cette nécessité a été soutenue par certains psychanalystes (winnicott, Dolto,…etc.) et psychothérapeutes (Chiland,1983).

Références

Chiland C. (1983). The clinical interview, Presses Universitaires de France. ;
Si Moussi A. (2002). Neurosis and transference, the problems of the framework, proceedings of the conference organized by the psychology association of Algiers, held on April 8 and 9 at (APA Algiers), 2001. ;
Si Moussi A. (2004). Speech and thought therapy, psychoanalytically inspired psychotherapy, a clinical necessity, scientific journal of the SLANCOM laboratory, proceedings of the international conference, held on May 20 and 21, 2000 at the Aurassi hotel. Algiers, Vol: II, number 1, ;
Perron R. (1997). The practice of clinical psychology, Paris, Dunod.
Perron R. (1998), The clinical psychologist: consultations and care in SARP review, Algiers, Vol: I, N: 3. ;
Poussin G,(1994). The practice of clinical interview, Paris Dunod.
Schaeffer J. and Diatkine G. (1998). Psychoanalytic psychotherapies, Paris, PUF.
Royer, J.(1984). The personality of the child through the drawing of the stickman, editest, 2nd ed, Brussels

Chiland C. (1983). L'entretien clinique, Presses Universitaires de France. ;

Si Moussi A. (2002). Névrose et transfert, les problèmes du cadre, actes du colloque organisé par l'association de psychologie d'Alger, tenu le 8 et 9 avril à (APA Alger), 2001. ;

Si Moussi A. (2004). La thérapie par la parole et la pensée, la psychothérapie d'inspiration psychanalytique, une nécessité clinique, revue scientifique du laboratoire SLANCOM, actes de colloque international, tenu le 20 et 21 mai 2000 à hôtel Aurassi. Alger, Vol:II, numéro 1, ;

Perron R. (1997). La pratique de la psychologie clinique, Paris, Dunod.

Perron R. (1998), Le psychologue clinicien: consultations et prise en charge in revue SARP, Alger, Vol:I, N : 3. ;

Poussin G,(1994). La pratique de l'entretien clinique, Paris Dunod.

Schaeffer J. et Diatkine G. (1998). Psychothérapies psychanalytiques, Paris, PUF.

Royer, J.(1984). La personnalité de l'enfant à travers le dessin du bonhomme, editest, 2e éd, Buxelles