

L'analyse de la demande dans le cas de l'enfant et l'adolescent, consultation et prise en charge par **Perron. R**

Introduction

Dans de nombreux pays, 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 théorique-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 (condition nécessaire et d'ailleurs non suffisante), c'est l'analyse personnelle...

Il faut savoir que la formation et les conditions d'exercice de la psychanalyse (qu'il s'agisse de la "cure classique", ou, par extension, des psychothérapies psychanalytiques) ont été définies par un organisme créé par Freud lui-même, l'Association Internationale de Psychanalyse (I.T.A.). En France, il existe deux Sociétés de Psychanalyse qui se réfèrent à ces règles : la Société Psychanalytique de Paris (S.P.P.) et l'Association Psychanalytique de France (A.P.F.). Il se trouve sans doute de bon psychanalystes dans d'autres groupes. La difficulté est cependant que, en France comme dans bien d'autres pays, cette profession ne fait l'objet d'aucune définition garantie par les pouvoirs publics ; n'importe qui, quelle que soit sa formation, et même sans aucune formation, peut se dire psychanalyste. Face à la prolifération de pseudo-psychanalystes qui en fait usurpent le titre, et parfois conduisent des "cures" dans des conditions déontologiquement inacceptables, les analystes sérieux s'alarment. Ils sont donc hostiles à toute pratique de la psychothérapie qui se dirait psychanalytique", dès lors qu'elle serait conduite par quelqu'un qui n'aurait pas satisfait à des règles précises, et n'aurait d'abord fait l'expérience d'une analyse personnelle.

Cependant, il est bien clair que le problème doit être repensé en fonction des conditions propres à chaque pays. La psychanalyse en tant que telle reste à créer en Algérie. Par contre, il s'y 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, ou bien il l'accepte, se trouvant dès lors assumer une prise en charge psychologique" (préférons d'emblée ce terme pour éviter les pièges du terme "psychothérapie"). Je soutiendrai ici que, dans les conditions actuelles en Algérie, il est légitime qu'un psychologue clinicien expérimenté prenne la seconde position, s'il sent pouvoir la tenir. Je formulerai dans ce qui suit quelques indications sur ce qui alors peut définir et cadrer sa position, et par là le garder des dérives les plus dangereuses. Certaines de ces propositions sont valables que le consultant soit un adulte, un adolescent ou un enfant ; cependant, je centrerai plus particulièrement mon propos -ainsi qu'il m'a été demandé- sur le cas des enfants et des adolescents.

1. Qui demande, quoi, à qui ?

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 crée 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. 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.

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").

Tout ceci décrit la position du psychologue praticien ; il en va différemment

lorsque le même psychologue clinicien conduit une recherche : car alors, en général, c'est lui qui demande quelque chose à l'autre....

B. Ceci est vrai dans tous les cas. Mais lorsqu'il s'agit d'enfants et d'adolescents, qui demande quoi, et à qui ? (C'est-à-dire quelle figure est-elle attribuée au psychologue clinicien ?)

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, mais 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.

2. on demande quoi ? 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 psychomoteurs, 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 pré-délinquance 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'allègement de l'atteinte narcissique, lorsque prévaut l'image d'un enfant

“abîmé”, 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 bon 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 acteurs, 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,1992)**