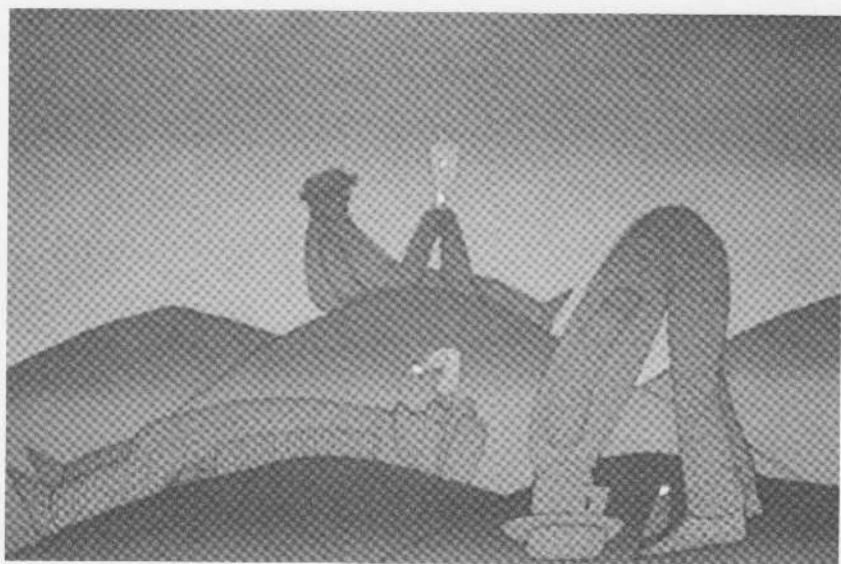


ENTRETIENS CLINIQUES



Revue de l'Association Romande
des Logopédistes Diplômés

Décembre 2008 n° 42

SOMMAIRE



Présentation	
Gaëlle ZANIER	2
Dossier	
Michèle GROSSEN	
L'analyse de la demande dans le «premier» entretien: une construction collective	10
Françoise JOLIAT	
L'entretien de famille. La construction d'une alliance «pour» et non «contre» l'enfant	18
Josette SLOOVES	
Les entretiens sont aussi une expérience, ou comment inviter les parents à être présents	27
Mari Luz GUERRERO & Fabrice GUILLAUME	
La consultation brève: un modèle systémique centré sur les compétences appliqué dans le cadre logopédique	38
Francine ROSENBAUM	
Entretiens ethnocliniques: la reconstruction de l'identité narrative des migrants	52
Inter-Actions	
Karin LERESCHE BOULLIANE	
Entretiens cliniques logopédiques et entretien d'explicitation	70
Hiéroglyphes	
Anne ROLLER	
Voyage associatif à travers des expressions trop «in»	81
Notes de lecture	92
Memento	
Colloques, formation permanente, mémoires	99



demande » entretien: collective

ation pour enfants, le but
fois le fruit d'un travail
une activité collective et
proposé la consultation).
ales entre patient et thé-
absents collaborent à la
clinique recueilli dans

gues ou psychiatres,
consultation. C'est le
e», de Roten, 2006)
à une analyse de la
es du patient au-delà

de sa plainte immédiate (Tilmans-Ostyn, 1983). Mais cette situation de consultation classique s'avère encore plus complexe lorsque la consultation concerne un enfant. S'appuyant sur une série de travaux qui étudient les interactions verbales entre patient et thérapeute, le but de cet article est alors d'examiner les spécificités du «premier entretien» et de l'analyse de la demande dans la consultation pour enfants. Je commencerai donc par présenter brièvement les spécificités de la place de l'enfant dans l'entretien clinique, puis discuterai le terme de «premier» entretien en montrant qu'il s'inscrit dans une trajectoire et n'est donc pas «premier». Je me pencherai enfin plus longuement sur l'analyse de la demande et montrerai qu'elle inclut non seulement les participants à l'entretien mais aussi des tiers absents.

2. La place de l'enfant dans l'entretien clinique

La situation de l'enfant dans la consultation revêt quatre spécificités au moins: (a) l'enfant, c'est-à-dire le patient, n'est pas à l'origine de la demande de consultation. Il a souvent une représentation très vague des motifs qui le conduisent auprès d'un thérapeute; (b) la consultation est souvent recommandée aux parents par un tiers (un référent) qui constate des difficultés et conseille aux parents de recourir à un spécialiste. Il y a donc des cas où les parents ne sont eux-mêmes pas convaincus de la démarche et n'ont pas de demande personnelle; (c) dans la situation d'interaction proprement dite, l'enfant se trouve dans une position de double asymétrie. Il a un statut de *patient* (par opposition à celui de thérapeute) et un statut d'*enfant* (par opposition à celui d'adulte). Ce sont donc les parents qui sont les principaux interlocuteurs du thérapeute et qui, bien souvent, expriment à la place de l'enfant ses sentiments, peurs, désirs, (etc.), c'est-à-dire rendent compte de son monde interne. Dans un tel contexte, l'enfant cesse donc d'être le «propriétaire» de sa propre expérience (Peräkylä & Silverman, 1991); (d) la prise de parole de l'enfant peut comporter certains risques pour les parents. L'enfant peut, par exemple, divulguer des épisodes de la vie privée de la famille ou dévoiler des événements qui nuisent à l'image des parents. C'est un des éléments qui expliquent que les parents exercent parfois un contrôle étroit sur la parole de l'enfant (Aronsson & Rundström, 1988).

Pour ces différentes raisons, et aussi en raison de leur âge et de leurs compétences communicatives, les enfants, surtout les jeunes, s'expriment peu au cours d'un entretien clinique, même quand ils sont invités à le faire. Bien souvent, c'est l'enfant lui-même qui se place en position de «non-participant» en refusant, activement ou passivement, les sollicitations des adultes (Cederborg, 2006; Grossen & Diemand Rollet, 2003).

Par conséquent, parler de «premier» entretien, c'est prendre le point de vue du praticien qui, lui, voit l'enfant pour la première fois et c'est négliger le champ institutionnel et interpersonnel plus large dans lequel s'inscrit la consultation.

4. Construction de la demande et participation des tiers absents

Un entretien clinique peut être considéré comme une situation de communication qui s'appuie principalement sur le langage verbal (Grossen & Salazar Orvig, 2006). Le travail auquel se livrent les participants consiste à mettre en mots les difficultés de l'enfant, son comportement, ses émotions, (etc.), c'est-à-dire à leur donner une forme et à les interpréter. Cette mise en mots s'effectue au travers d'un discours qui s'adresse à un destinataire en fonction de certains objectifs. Parler à quelqu'un, c'est donc tout à la fois anticiper l'effet que son discours peut produire sur l'autre et sa propre réponse à la réaction de l'autre. Ainsi, un parent qui présente à un thérapeute la difficulté de son enfant ne fait pas qu'offrir une certaine description de cette difficulté, il oriente son discours en fonction de la réponse qu'il anticipe chez le thérapeute. En d'autres termes, la réponse de son destinataire fait déjà partie de sa mise en mots du problème. On a donc affaire à un processus intersubjectif au sens fort du terme (Jacques, 2000), puisque chaque contribution porte en elle la marque de l'autre et du contexte social plus large dans lequel le dialogue se construit. Sous cet angle, l'analyse de la demande peut être considérée comme un processus de négociation des significations (Grossen, 1992) qui s'effectue dans l'interaction entre patient et thérapeute, et donne lieu à un produit original, propre à cette interaction. Le thérapeute ne fait donc pas qu'utiliser des moyens qui permettent au patient d'exprimer sa demande (littéralement: de l'exprimer); il est partie prenante d'un processus qui s'effectue dans et par l'interaction et donne lieu à une *construction originale* qui découle du travail d'intercompréhension réalisé *in situ*.

Le fait qu'il y ait construction interactive *in situ* n'empêche toutefois pas que cet entretien (qui, comme on l'a vu, n'est pas «premier») soit traversé par les multiples dialogues que les participants ont tenus avec différentes personnes en différents endroits. Il est en effet peuplé de tiers absents dont certains, comme le référent, peuvent occuper une place centrale. Un entretien à but thérapeutique, loin de se réduire à une situation interpersonnelle intime entre deux personnes ou plus, constitue une sorte de condensé de différents discours qui se sont tenus sur l'enfant (Grossen, 2006). Il porte les marques de discours qui l'ont précédé, que ce soient ceux de personnes réelles ou ceux d'entités symboliques, par exemple les médias ou internet. Il fait résonner plusieurs voix qui dialoguent les unes

(etc.). Il y a ainsi un
«*voix à distance*» entre
(Grossen, 2008). On
entend dans un entre-
problème de l'enfant.

La consultation est
la «premier» entretien
La consultation est
en début d'entretien
tités de l'enfant :

la maîtresse m'a aussi

il est assez brusque

empruntant le terme
)». Elle se fait ainsi
(M 34: «(...) la mai-
sur cette difficulté. La
«brusque») et l'adresse
ment ils réagissent
peu la mise en mots
marque elle non plus
pour la confronter au

changement rapide entre
montante; [...]. [...];
gements de syllabes plus
discours ayant réellement

Cet exemple illustre un schéma récurrent dans cet entretien: la mère utilise la voix de la maîtresse pour présenter le problème sans donner son propre point de vue et la thérapeute de son côté se réapproprie cette voix pour la confronter à la mère ou à l'enfant, et les obliger ainsi indirectement à prendre position. Elle utilise donc la voix d'un tiers absent pour mieux faire parler les participants présents.

L'exemple 2 illustre une autre fonction de la voix d'autrui. Il se situe dans la seconde moitié de l'entretien. La mère rapporte la voix d'un médecin consulté quelques années auparavant:

Exemple 2

- M 184 (...) + en principe on n'a pas de problème mais quand il a l'impression maintenant euh j'ai pas envie d'être tout seul il tyrannise, voilà le mot
T 200 Hmm
M 185 c'est un petit tyran, il a il a été malade quand il était petit deux trois ans je l'ai eu à l'hôpital, parce qu'il a de l'asthme + euh pas chronique, allergique=
T 201 Hmm
M 186 =aux poils d'animaux, poussières et toute sorte, je l'ai eu à trois ans à l'hôpital le médecin il m'a dit + ça veut ça veut pas aller comme ça madame il vous tyrannise il vous: il me suçait déjà à l'époque hein =

Voyons ici comment le mot «tyran» («tyranniser») circule dans le dialogue. Après l'avoir présenté comme sa propre mise en mots (M 184: «il tyrannise, voilà le mot»; M 185: «c'est un petit tyran»), la mère en indique la source: le médecin (M 186: «le médecin il m'a dit (...) il vous tyrannise»). Par une reformulation qui reste dans le même champ sémantique (M 186: «il me suçait déjà à l'époque»), elle fait alliance avec la voix du médecin qui légitime ainsi son propre discours. On relèvera toutefois que dans la mise en mots «tyran» résonnent également les voix de nombreux écrits scientifiques ou ouvrages de vulgarisation qui portent sur des thèmes analogues, par exemple celui de l'«enfant-roi» (de Becker & Lescalier-Grosjean, 2005). La mise en mots du médecin renvoie donc à certaines voix, plus ou moins anonymes, qui relèvent de certains savoirs sociaux partagés et représentations sur l'éducation des enfants.

Dans la suite de l'entretien, la thérapeute reprendra plusieurs fois le mot «tyranniser» et lui fera jouer un rôle-clé dans son interprétation du problème. Elle y reviendra plus particulièrement en fin d'entretien:

Exemple 3

- T 316 (...) et puis vous avez quand même dit qu'il vous tyrannisait donc c'est quand même quelque chose qui est + douloureux pour vous de vous laisser tyranniser par votre fils et probablement aussi difficile pour Alain de réaliser quelque part qu'il peut tyranniser sa maman

6. Références

- ARONSSON, K., & RUNDSTRÖM, B. (1988). Child discourse and parental control in pediatric consultations. *Text*, 8, 159-189.
- CEDERBORG, A. C. (2006). La place de l'enfant dans l'entretien clinique. In M. Grossen & A. Salazar Orvig (Eds.), *L'entretien clinique en pratiques*. Paris: Belin, 89-107.
- DE BECKER, E., & LESCALIER-GROSJEAN, I. (2005). La «famille-enfant-roi» et la thérapie familiale. *Cahiers Critiques de Thérapie Familiale et de Pratiques de Réseaux*, 34 (1): 13-34.
- DE ROTEN, Y. (2006). L'alliance thérapeutique: un processus de co-construction. In M. Grossen & A. Salazar Orvig (Eds.), *L'entretien clinique en pratiques. Analyse des interactions verbales d'un genre hétérogène*. Paris: Belin, 111-129.
- GROSSEN, M. (1992). Intersubjectivité et négociation de la demande lors d'un entretien thérapeutique. In M. Grossen & A.-N. Perret-Clermont (Eds.), *L'espace thérapeutique. Cadres et contextes*. Neuchâtel: Delachaux et Niestlé, 165-192.
- GROSSEN, M. (2006). Analyse de la demande et «construction du problème» dans un premier entretien. In M. Grossen & A. Salazar Orvig (Eds.), *L'entretien clinique en pratiques. Analyse des interactions verbales d'un genre hétérogène*. Paris: Belin, 129-148.
- GROSSEN, M., & DIEMAND ROLLET, S. (2003). La prise de parole de l'enfant dans des entretiens cliniques: les effets pragmatiques des changements de cadre participatif provoqués par un adulte. *Psychologie de l'Interaction*, 15-16, 153-193.
- GROSSEN, M., & SALAZAR ORVIG, A. (2006). Variété et hétérogénéité des entretiens cliniques. In M. Grossen & A. Salazar Orvig (Eds.), *L'entretien clinique en pratiques. Analyse des interactions verbales d'un genre hétérogène*. Paris: Belin, 9-30.
- JACQUES, F. (2000). Dialogue, dialogisme, interlocution. *L'Orientation Scolaire et Professionnelle*, 29 (2), 547-565.
- MEHAN, H., HERTWECK, A., & MEIHLS, J. L. (1986). *Handicapping the handicapped. Decision making in student's educational careers*. Stanford: Stanford University Press.
- PERÄKYLÄ, A., & SILVERMAN, D. (1991). Owning experience: Describing the experience of other persons. *Text*, 11 (3), 441-480.
- SALAZAR ORVIG, A., & GROSSEN, M. (2008). Le dialogisme dans l'entretien clinique. *Langage & Société*, 123, 37-52.
- STRAUSS, A. (1992). Maladie et trajectoires. In I. Baszanger (Ed.), *La trame de la négociation*. Paris: L'Harmattan, 143-189.
- TILMANS-OSTYN, E. (1983). Analyse de la demande versus analyse de la plainte. *Thérapie Familiale*, 4 (2), 201-205.

Pour le praticien, la difficulté est à la fois d'obtenir l'implication des parents (condition indispensable à une éventuelle prise en charge de l'enfant) et de maintenir avec l'enfant un contact qui en fasse, immédiatement ou par la suite, un participant actif à son traitement, le «propriétaire» de ses difficultés. Le problème n'est donc pas tant de donner davantage la parole à l'enfant, que de gérer un dialogue marqué par de fortes asymétries de rôles, de statuts et de connaissances.

3. Le «premier» entretien

L'expression «premier» entretien est trompeuse. Elle tend en effet à négliger le fait que tout «premier» entretien est précédé de bien d'autres entretiens au cours desquels les parents ont discuté de la situation de leur enfant, que ce soit avec leur famille, leurs amis ou des professionnels. De ce point de vue, le «premier» entretien constitue non pas le début d'un processus, mais un point dans une trajectoire (Strauss, 1992). Il s'inscrit donc dans un passé et prépare le futur.

Par conséquent, le fait qu'un enfant soit pris en charge pour ses difficultés ne résulte jamais de l'action d'un seul professionnel. Pour être pris en charge, l'enfant doit tout d'abord avoir été «déclaré» en difficultés par quelqu'un (souvent l'enseignant) qui considère que certaines manifestations de l'enfant (actions, verbalisations, expressions d'émotions, etc.) méritent une attention particulière. Chaque professionnel a des outils interprétatifs (des théories) qui lui permettent d'attribuer un sens à ces manifestations. Il utilise aussi certains dispositifs d'observation (par exemple des tests) qui lui permettent de faire émerger des manifestations, de les interpréter et, *in fine*, de proposer une prise en charge, d'adresser l'enfant auprès d'un autre professionnel ou de ne rien faire du tout. Depuis le moment où l'enfant est déclaré en difficulté jusqu'à celui où il reçoit une certaine aide, de nombreux professionnels sont donc susceptibles d'intervenir et de faire produire à l'enfant certaines manifestations. Selon la manière dont elles sont interprétées, elles deviennent ensuite un motif pour poursuivre la trajectoire ou y mettre un terme (Mehan, Hertweck, & Meihls, 1986).

Dans cette perspective, le «premier» entretien constitue le résultat d'une activité qui est à la fois collective et distribuée: *collective*, parce que le fait que l'enfant arrive en consultation résulte de la participation d'un grand nombre de personnes, qu'ils soient ou non des professionnels; *distribuée*, parce que ces personnes n'ont pas toutes agi au même moment et au même endroit.

Par conséquent, parler
praticien qui, lui, voit
institutionnel et interp

4. Construction de l'

Un entretien c
nication qui s'appuie
Orvig, 2006). Le trava
les difficultés de l'enf
donner une forme et à
discours qui s'adress
quelqu'un, c'est donc
sur l'autre et sa propr
te à un thérapeute la
cription de cette diffi
anticipe chez le thé
déjà partie de sa mis
subjectif au sens for
en elle la marque de
se construit. Sous ce
processus de négocia
interaction entre patie
interaction. Le thé
patient d'exprimer s
d'un processus qui
tion originale qui d

Le fait qu'
que cet entretien (c
multiples dialogue
différents endroits
réfèrent, peuvent
loin de se réduire
plus, constitue un
l'enfant (Grossen
ce soient ceux de
les médias ou int

avec les autres, pour se compléter, se légitimer, s'opposer, (etc.). Il y a ainsi un enchevêtrement entre un *dialogue en présence* et un *dialogue à distance* entre les participants et certains tiers absents (Salazar Orvig & Grossen, 2008). On peut alors se demander quelles sont les voix qui se font entendre dans un entretien et quelles sont leurs fonctions dans la construction du problème de l'enfant.

Cet enchevêtrement est intéressant à observer lorsque la consultation est recommandée par un référent. Voyons l'exemple 1 tiré d'un «premier» entretien entre une mère, son fils Alain de 6 ans, et une psychologue. La consultation est recommandée par la maîtresse d'Alain. Cet extrait se situe en début d'entretien au moment où la mère et la thérapeute décrivent les difficultés de l'enfant :

Exemple 1¹

- T 37 vous avez l'impression qu'il a de bons contacts avec ses copains?
M 34 oui il a des il a des il a des bons contacts mais justement la la maîtresse m'a aussi dit qu'à l'éco – il s'entend bien,
T 38 hmm
M 35 il a des des bons copains même des copines mais justement il est assez brusque aussi dans son dans son dans ses comportements c'est un:
T 39 [un direct]
M 36 [petit peu] un exalté, un direct ouais ouais +
T 40 alors il est **brusque** et puis ça provoque des réactions
M 37 ouais
T 41 de la part des autres'
M 38 ouais (T se tourne vers A)
T 42 (se tourne vers A) comment ils réagissent quand tu es **brusque**?

La mère qualifie le comportement de son fils en empruntant le terme «brusque» à la maîtresse (M 35: «(...) il est assez brusque»). Elle se fait ainsi l'écho d'une difficulté attribuée au discours de la maîtresse² (M 34: «(...) la maîtresse m'a aussi dit»), mais ne se prononce pas elle-même sur cette difficulté. La thérapeute reprend ensuite ce terme (T 40: «alors il est brusque») et l'adresse finalement à l'enfant sous forme de question (T 42: «comment ils réagissent quand tu es brusque?»). Ce faisant, elle s'approprie peu à peu la mise en mots «brusque» et fait disparaître la voix de la maîtresse. Elle ne marque elle non plus aucune adhésion à cette mise en mots, mais elle l'utilise pour la confronter au point de vue de la mère et de l'enfant.

¹ Dans les transcriptions, + indique une brève pause; =.= indique un enchaînement rapide entre deux tours de parole; l'apostrophe en fin d'énoncé indique une intonation montante; [...]....[...]: indiquent deux segments qui se chevauchent; : ou : indiquent des rallongements de syllabes plus ou moins longs.

² Il va de soi que le discours rapporté n'est pas à considérer comme le discours ayant réellement été tenu.

Cet exemple illustre la voix de la maîtresse présente et la voix de la mère ou à l'enfant, et les se donc la voix d'un tiers

L'exemple 2 illustre la seconde moitié de l'entretien, quelques années auparavant

Exemple 2

- M 184 (...) + en principe
nant euh j'ai pas envie
T 200 Hmm
M 185 c'est un petit tyran.
à l'hôpital, parce qu'
T 201 Hmm
M 186 =aux poils d'animal
médecin il m'a dit
se il vous: il me suçait

Voyons ici comment la psychologue. Après l'avoir présentée, voilà le mot»: M 185: «le médecin (M 186: «le médecin»)», elle fait alors son propre discours. On relève également les voix de la maîtresse et de l'enfant (de Becker & Lescalier-Donc à certaines voix, par les réseaux sociaux partagés et repris

Dans la suite de l'entretien, la mère «tyranniser» et lui fera jouer un rôle qui reviendra plus particulièrement

Exemple 3

- T 316 (...) et puis vous
même quelque chose
par votre fils et par
qu'il peut tyranniser

La voix du médecin a maintenant disparu puisque la thérapeute attribue explicitement le mot «tyranniser» à la mère («vous avez quand même dit qu'il vous tyrannisait»). La thérapeute reprend cette mise en mots pour présenter sa propre évaluation du problème. Elle le fait en se plaçant d'abord du point de vue de la mère («douloureux pour vous de vous laisser tyranniser») puis du point de vue de l'enfant («difficile pour Alain de réaliser (...) qu'il peut tyranniser»). Faisant alliance avec la mise en mots du médecin, elle l'utilise pour appuyer sa propre interprétation mais en fait quelque chose de nouveau qui, comme le montre la suite non rapportée ici, surprendra la mère et justifiera le prochain rendez-vous.

5. Conclusion

En bref, mon propos était de montrer qu'au-delà de sa singularité, le «premier» entretien, celui au cours duquel le thérapeute procède à l'analyse de la demande, s'inscrit dans un contexte social, institutionnel et interpersonnel plus large que la situation de rencontre proprement dite. On peut le considérer d'une part comme un point dans une trajectoire qui résulte d'une activité collective et distribuée dans le temps et dans l'espace, d'autre part comme un enchevêtrement entre un dialogue en présence et un dialogue à distance.

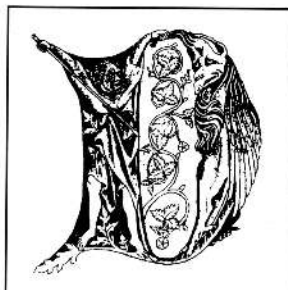
L'analyse de la demande apparaît ainsi comme un processus fondamentalement social. Tout d'abord, le thérapeute n'est pas un simple «facilitateur» qui permet au patient de s'exprimer, il participe pleinement au processus de construction de la demande. Ensuite, comme le montrait l'exemple rapporté, certains tiers absents interviennent dans le processus d'analyse de la demande. Ils jouent le rôle de médiateurs ou de passeurs en permettant aux participants de dire des choses sans les dire, de les mettre à distance, de les dire sans en assumer la responsabilité, de les légitimer, (etc.). Ils donnent donc lieu à des jeux interactionnels subtils qui sont au service de la relation entre les participants et de l'analyse de la demande.

Reste alors à mieux comprendre, comment dans leurs pratiques quotidiennes, les thérapeutes utilisent ces tiers absents et s'appuient sur ces dialogues à distance pour donner sens au problème du patient et orienter la prise en charge.

Michèle GROSSEN est professeure de psychosociologie clinique à l'Université de Lausanne. Ses travaux portent principalement sur l'étude des interactions verbales en situation thérapeutique et en situation d'enseignement-apprentissage.

6. Références

- ARONSSON, K., & RU
consultations. *Text*, 8
- CEDERBORG, A. C. U
Salazar Orvig (Eds.)
- DE BECKER, E., & LE
familiale. *Cahiers Cr*
- DE ROTEN, Y. (2006).
& A. Salazar Orvig (1
d'un genre hétérogène
- GROSSEN, M. (1992).
peutique. In M. Gros
contextes. Neuchâtel
- GROSSEN, M. (2006).
entretien. In M. Gros
des interactions verb
- GROSSEN, M., & DIEM
tiens cliniques: les et
adulte. *Psychologie d*
- GROSSEN, M., & SAL
niques. In M. Grosse
interactions verbales
- JACQUES, F. (2000). E
nelle, 29 (2), 547-56
- MEHAN, H., HERTWE
sion making in studie
- PERÄKYLÄ, A., & SI
other persons. *Text*,
- SALAZAR ORVIG, A.
gage & Société, 123
- STRAUSS, A. (1992). L
Paris: L'Harmattan,
- TILMANS-OSTYN, E.
Familiale, 4 (2), 201



L'analyse de la demande dans le «premier» entretien: une construction collective

Michèle Grossen

Résumé

Partant des spécificités de la consultation pour enfants, le but de cet article est de montrer que l'analyse de la demande constitue à la fois le fruit d'un travail interactif qui s'effectue dans le hic et nunc de l'entretien, et le résultat d'une activité collective et distribuée qui inclut divers tiers absents (par exemple le référent qui a proposé la consultation). En s'appuyant sur une série de travaux qui étudient les interactions verbales entre patient et thérapeute, on montrera comment les interlocuteurs présents et les tiers absents collaborent à la construction et à l'analyse de la demande. Des exemples tirés d'un entretien clinique recueilli dans un centre de consultation psychologique pour enfants illustrera le propos.

1. Introduction

Pour les praticiens, qu'ils soient logopédistes, psychologues ou psychiatres, le «premier» entretien constitue un moment crucial de la consultation. C'est le moment où s'établit un premier lien (une «alliance thérapeutique», de Roten, 2006) entre le thérapeute et le patient, et où le thérapeute procède à une analyse de la demande du patient, c'est-à-dire cherche à comprendre les attentes du patient au-delà

de sa plainte immédiate classique s'avère encore. S'appuyant sur une série d'entretiens avec le patient et thérapeute, le «premier entretien» et de Je commencerai donc par l'analyse de la demande dans l'entretien clinique montrant qu'il s'inscrit dans un processus de recherche cherai enfin plus longuement sur les attentes non seulement les partic

2. La place de l'enfant

La situation de consultation de l'enfant est moins: (a) l'enfant, c'est la consultation. Il a souvent été consulté auprès d'un thérapeute par un tiers (un référent) qui a conduit à un spécialiste. Il y a eu un refus de la démarche et n'a pas eu d'interaction proprement dite. Il a un statut de patient (par opposition à celui d'adulte) et est souvent en concurrence avec les attentes des autres acteurs du thérapeute et de la consultation, peurs, désirs, (etc). Dans un tel contexte, l'enfant est souvent en concurrence (Peräkylä & Silverman, 1998) et présente certains risques pour les parents, la vie privée de la famille et les parents. C'est un des éléments de contrôle étroit sur la parole

Pour ces différentes compétences communicatives, le cours d'un entretien clinique avec un enfant refusant, activement ou passivement (Grossen & Diemar, 2006; Grossen & Diemar, 2006; Grossen & Diemar, 2006)