



De la « non-demande » au jeu des demandes

Julien Fousson ¹

« "On ne répond pas à son père", vous connaissez la formule ? Dans un sens, elle est singulière. A qui répondrait-on en ce monde sinon à ce qu'on aime ? Dans un autre sens elle est convaincante. Il faut bien que quelqu'un ait le dernier mot. »

Camus (1956)

Nous sommes souvent confrontés, en psychiatrie de crise, à des demandes de consultations émanant de parents en difficulté avec leur adolescent. Dès l'appel téléphonique, ces demandes de type « je vous appelle pour mon fils / ma fille » nous interrogent sur la demande de l'adolescent lui-même et sur les moyens à mettre en œuvre pour lui permettre de s'exprimer.

Dans cet article, nous allons chercher à préciser ces questions à travers l'analyse d'un appel téléphonique, celui de la mère de Dalila. Cette analyse nous amènera à constater que le professionnel se trouve, dans la pratique, confronté à un jeu complexe de demandes et que, parmi celles-ci, toutes ne lui sont pas adressées.

La « non-demande » de l'adolescent

Afin d'introduire notre propos, nous allons brièvement évoquer comment la question de la demande de l'adolescent est habituellement envisagée dans la littérature psychiatrique.

L'adolescent et sa demande

L'adolescence constitue un processus de maturation psychique caractérisé par des transformations radicales, notamment dans ses relations à son entourage. Pour Jeammet (2001a, 2001b), ces relations se trouvent placées sous le signe de la dépendance : l'adolescent a besoin des autres pour assurer ses « assises narcissiques ». En même temps, cette dépendance lui est difficilement supportable dans le cadre de sa recherche d'autonomie. Ainsi se trouve constituée une situation paradoxale dans laquelle « l'intolérance au lien est à la mesure de sa nécessité » (2001b). Marcelli et Berthaut (2001) insistent quant à eux sur la transformation du lien œdipien à l'adolescence. La puberté rend désormais possibles dans la réalité les

¹ Praticien Hospitalier, secteur 78G11, Centre Hospitalier Jean-Martin Charcot, Plaisir (78).

fantasmes incestueux œdipiens. La force de l'interdit de l'inceste oblige alors l'adolescent à un travail psychique de désengagement, de mise à distance du lien aux objets parentaux : « Alors que, dans l'enfance l'apaisement était directement proportionnel à la proximité parentale (plus l'enfant était proche de ses parents plus il se sentait rassuré, apaisé, calmé...), avec la puberté, il y a un point de proximité entre parent et adolescent au-delà duquel le rapproché devient plus excitant qu'apaisant. L'excès de proximité (...) peut devenir excitant et désorganisant : désormais c'est en lui-même et par lui-même que le jeune pubère doit trouver l'apaisement. ». Les deux lectures ici résumées se révèlent complémentaires : la problématique de la dépendance est d'autant plus prégnante qu'elle se joue au cœur d'un lien fortement sexualisé, et inversement la question de la distance aux objets œdipiens implique celle des assises narcissiques de l'adolescent.

Dans ce contexte, on comprend combien la possibilité d'expression d'une demande par l'adolescent se révèle problématique. En effet, le paradoxe qui régit ses liens à autrui ne lui permet pas de reconnaître son désir : « Le plus grand danger [pour les adolescents], c'est celui d'exprimer leur désir en tant que celui-ci leur fait sentir ce qu'ils vivent comme une forme d'emprise de l'objet du désir sur eux. (...) Ces adolescents sont dans une attente perçue comme totalement aliénante. » (Jeammet, 2001a). Si donc les patients se montrent souvent opposés aux prises en charge pourtant destinées à leurs venir en aide, cette opposition n'est en fait bien souvent qu'apparente et repose au contraire sur un désir inavoué de l'adolescent – inavoué parce qu'inavouable, et en premier chef à lui-même : « Ceci peut nous conduire à prescrire ce qu'on pense que le patient désire. Cette secrète attente qu'on le devine est typique de l'adolescent. Paradoxalement la prescription le soulage. Il faut qu'il y ait une contrainte extérieure pour qu'ils ne soient pas obligés de saboter tout ce qu'ils désirent. Face à leurs menaces de rupture ce peut-être au thérapeute d'être pour un temps porteur de leurs demandes. » (Jeammet, 2001a).

Dans la même perspective, Botbol (2000) remarque que plus l'adolescent va mal, plus il lui est difficile d'exprimer une demande de soins – ce qui lui fait parler de « non-demande » de l'adolescent. Il revient donc à un « médiateur social » de se faire le porteur de cette demande (par ce terme, l'auteur désigne « tous ceux qui ne sont pas des professionnels de la santé mentale » c'est-à-dire, le plus souvent, les parents ou des travailleurs sociaux). Le soignant, quant à lui, doit « accepter de reconnaître comme demande suffisante *pour une évaluation au moins* toutes les manifestations qui font l'objet d'une adresse ». De plus, il doit pouvoir proposer un cadre d'accueil qui à la fois respecte les défenses mises en place par l'adolescent pour protéger son narcissisme et néanmoins permette un relais ultérieur.

Il convient de remarquer que ces réflexions sur la demande de l'adolescent reposent toutes sur une distinction entre ce que l'on pourrait nommer la demande explicite et la demande implicite : le soignant (Jeammet) et les « médiateurs sociaux » (Botbol), malgré l'absence de *demande explicite* (la « non-demande »), tentent de soutenir une *demande implicite* que l'adolescent ne peut exprimer autrement que par son comportement.

L'adolescence comme crise familiale

Les remaniements des liens à l'adolescence, que nous avons jusqu'ici examinés au niveau du psychisme de l'adolescent, ont également des répercussions sur la dynamique familiale. L'adolescence constitue en effet un de ces moments de crise que traverse toute famille au cours de son évolution. Si l'on considère, à l'instar de Pommereau (2001), que « la fonction essentielle de toute crise est de trancher, de

séparer afin d'individualiser les éléments de ce qui formait jusque-là un "ensemble" unitaire peu ou pas différencié », on comprend qu'une crise soit nécessaire pour que l'adolescent puisse s'autonomiser. Les transformations radicales que représente l'adolescence sur un plan individuel constituent donc également un changement qui affecte toute la famille, et notamment les parents renvoyés « à leur propre vieillissement, tandis que surgissent chez eux les fantômes du passé et ceux des difficultés de leur propre adolescence ». Qui plus est, les parents traversent souvent à ce moment-là une « crise du milieu de vie » qui « entre parfois en résonance avec la problématique de l'adolescent et favorise la confusion des générations et le trouble des limites chez l'adolescent » (Jeammet, 2001b). Cependant, la « crise d'adolescence » est le plus souvent surmontée par la famille grâce à une « modification de la définition des relations » entre l'adolescent et ses parents, mais aussi entre les membres de la famille, ainsi qu'à une « nouvelle distribution des rôles » au sein de celle-ci (Neuburger, 1988).

Dans certains cas néanmoins, la trop grande rigidité du fonctionnement familial, « du fait d'un événement particulier et d'une fragilité préexistante » (Neuburger, 1988), ne permet pas de telles modifications. Cela n'est pas sans répercussions sur le processus d'adolescence qui se trouve ainsi entravé. Dès lors, la seule solution pour que puisse reprendre ce processus d'autonomisation consisterait pour l'adolescent à rompre avec sa famille. Mais, comme le note Salem (1990), « dans les familles comme dans d'autres groupes, la loyauté la plus fondamentale consiste dans l'engagement à sauvegarder le groupe lui-même ». Une telle rupture ne pourrait se faire qu'au prix d'une déloyauté telle que l'adolescent y renonce le plus souvent. Le développement d'une symptomatologie peut alors représenter une forme de compromis entre le besoin d'autonomisation de l'adolescent et le maintien de sa loyauté envers la famille, sans pour autant, bien sûr, apporter de réponse satisfaisante à la question de l'autonomisation. Par cette symptomatologie, l'adolescent précipite alors sa famille dans une situation de crise, au sens psychiatrique du terme cette fois.

Situation clinique

Nous allons tenter de préciser quelque peu la question de la « non-demande » à l'adolescence à partir d'une demande d'intervention en urgence que nous avons reçue sur le service E.R.I.C. (Équipe Rapide d'Intervention de Crise).

Le service E.R.I.C.

Ce service est une unité mobile d'urgence psychiatrique. Son fonctionnement original ayant donné lieu à plusieurs publications (cf. notamment Robin & al., 1996 et 1998, Zeltner & al., 2002), nous nous contenterons ici de donner quelques éléments nécessaires à l'intelligibilité de notre exposé.

Les interventions sont initiées par des appels téléphoniques émanant soit de professionnels (généralistes, travailleurs sociaux, etc.), soit directement de familles. L'intervention d'urgence est effectuée par un binôme médecin-infirmier ou psychologue-infirmier et peut déboucher sur un suivi de crise, avec pour seule limite de ne pas dépasser un mois de prise en charge. L'entretien d'urgence ainsi que les entretiens proposés dans le cadre de ce suivi sont des entretiens familiaux, l'accent étant porté sur la capacité des proches à étayer le patient dans les moments de crise. Cette unité intersectorielle couvre actuellement sept secteurs de psychiatrie adulte, mais les situations concernant des adolescents constituent un motif d'intervention de plus en plus fréquent.

L'appel téléphonique

Mme S. nous appelle pour sa fille Dalila, 19 ans, qu'elle « n'arrive plus à gérer » depuis le décès du père il y a trois mois. Madame nous explique avoir été en conflit avec son mari pendant plusieurs années, depuis que ce dernier s'était retrouvé au chômage. Elle avait fini par demander le divorce, deux mois avant que Mr S. ne décède brutalement d'un arrêt cardiaque. Elle nous précise que son mari « passait tout » à sa fille, et que celle-ci n'a actuellement plus de limites (elle a notamment reçu une facture de téléphone exorbitante). Dalila, selon la mère, ne l'écoute pas, elle « n'en fait qu'à sa tête » et fait des « crises de nerfs » quand un refus lui est opposé. C'est suite à une de ces « crises de nerfs », survenue la veille et au cours de laquelle Dalila a brisé plusieurs objets et insulté sa mère, que Mme S. nous appelle.

Ces premiers éléments nous sont livrés au milieu d'un flot de récriminations dirigées contre Dalila auxquelles s'ajoutent de nombreux messages d'épuisement : Madame insiste sur le fait qu'elle est « à bout » et qu'elle n'est plus capable de s'occuper de sa fille. Colère et détresse se mêlent dans la voix de cette femme que nous imaginons être d'ordinaire énergique et déterminée. Après l'avoir écoutée et lui avoir fait préciser quelques points, nous lui demandons de patienter un instant, le temps que nous puissions discuter en binôme de la réponse à lui apporter.

Quelle demande faut-il entendre ?

Que peut-on repérer en terme de demande à cet instant de l'appel ? Si l'on s'en tient aux dires de la mère, la demande de Dalila correspondrait à la configuration classique de la demande à l'adolescence : pas de demande explicite (ce n'est pas elle qui appelle) mais une demande implicite à travers son comportement (qu'en professionnels de la psychiatrie nous ne pouvons manquer d'entendre comme l'expression d'une souffrance sous-jacente).

Cependant, ce n'est pas cet aspect qui prévaut au moment de l'appel d'urgence. La forte charge émotionnelle qui accompagne la demande de soins de la mère pour sa fille, et la teneur même de cette demande (« aidez-la à se contrôler ! » semble vouloir dire « aidez-moi à la contrôler ! ») introduisent aussitôt une suspicion : en nous appelant, la mère soutient-elle vraiment une demande implicite de Dalila ou ne cherche-t-elle pas au contraire des alliés pour régler ses comptes avec sa fille ? Car nous ne pouvons manquer de percevoir, derrière la demande explicite de la mère, une demande bien moins avouable : « débarrassez-moi de cette fille insupportable ! ». Une rapide lecture des enjeux relationnels semble confirmer cette impression de rejet : Dalila n'a-t-elle pas choisi le camp de son père dont elle était si proche, poursuivant à travers ses « symptômes » le conflit qui opposait Madame à son mari ? Ne crie-t-elle pas, à sa manière, que sa mère a tué son père en demandant le divorce, exacerbant ainsi la culpabilité de Madame jusqu'à l'insupportable ?

Ces interrogations conduisent à poser la question de la demande de la mère : derrière sa demande explicite de soins pour sa fille, ne doit-on pas entendre la demande implicite d'être entendue dans ce qu'elle vit en tant qu'individu (« aidez-moi à faire face à cette culpabilité dévorante ») ? Ainsi envisagée, la question de la demande de la mère ne fait cependant que renforcer la suspicion à son égard : cette femme n'est-elle pas en train d'utiliser l'image d'une mère inquiète pour attirer l'attention sur elle, quitte à faire de sa fille une malade qui aurait besoin de soins ? Le recours à la psychiatrie n'est-il pas, pour elle, un moyen d'étouffer la parole de sa fille, vécue comme insupportable ? D'ailleurs, ne peut-on pas imaginer qu'elle a largement participé au développement des « symptômes » de Dalila en reportant sur celle-ci la

colère qu'elle éprouvait pour son défunt mari ? La souffrance de la fille n'est-elle finalement pas liée à cette colère que la mère n'arrive pas à endiguer ?²

Élaboration d'une réponse

Toutes ces questions, et d'autres sans doute, nous traversent plus ou moins consciemment au moment de l'appel. Cependant, nous n'avons pas le temps de les considérer sereinement, et nous sommes avant tout pris par les sentiments qui naissent en nous. Il s'agit de sentiments forts mais contradictoires envers cette mère, où la sollicitude pour sa détresse et le désir de l'aider se mêlent à la colère et à l'envie de la condamner pour ce qu'elle fait si injustement vivre à sa fille (et donc de la rejeter). Avec un peu de recul, on pourrait remarquer que nous venons d'entrer de plein pied dans cette famille et que nous commençons à nous faire happer par la danse relationnelle qui la caractérise. La violence des émotions que nous éprouvons fait écho à celle qui est vécue par Dalila et sa mère. Les mouvements relationnels qui nous animent (sollicitude, rejet) se développent en miroir de ceux qui traversent Madame et sa fille. En termes systémiques, nous, soignants, venons d'entrer en résonance avec le système familial.

Toutefois, le temps n'est pas à la prise de recul. Ce que nous venons de décrire s'est déroulé tout au plus en une dizaine de minutes, durée pendant laquelle la plus grande part de notre énergie a été consacrée à endiguer l'émotion de cette mère afin d'obtenir des éléments (symptômes, histoire des troubles, données relationnelles, etc.) permettant une première évaluation de la situation. Arrivé à ce point de l'entretien téléphonique, notre problème est celui de la réponse que nous allons maintenant apporter. Par cette réponse, nous allons devoir adopter une certaine position qui va déterminer une première orientation des soins. Mais cette réponse va aussi fixer indirectement la demande dans une certaine configuration.

En effet, si nous acceptons telle quelle la demande de la mère, nous choisissons de définir avec elle la demande comme émanant de sa fille. Si elle parvient à convaincre Dalila de venir consulter, on peut imaginer que nous allons nous trouver face à une adolescente sans demande explicite de soins. Le travail consistera alors à tisser une alliance avec elle de manière à ce qu'émerge la demande implicite qui s'exprime à travers ses symptômes. On peut cependant craindre que la « non-demande » de Dalila soit telle que cette dernière refuse de nous rencontrer, ou que, acceptant de nous rencontrer, elle « sabote » un cadre construit autour d'une demande censée émaner d'elle – mais en laquelle elle reconnaîtrait surtout la volonté de sa mère d'étouffer sa parole d'adolescente³.

Si en revanche nous choisissons de nous focaliser sur la souffrance de Madame, nous devons alors considérer sa demande de soins pour sa fille comme le versant explicite d'une demande plus profonde, celle d'une femme qui se trouve confrontée à une épreuve douloureuse et qui demande à être entendue. Mais ce faisant, nous risquons d'entrer dans un conflit frontal avec elle autour de la définition de la demande : « c'est bien moi qui demande, pourra-t-elle nous rétorquer, mais *pour* ma fille ». Refuser sa définition de la demande, c'est s'exposer à lui opposer d'emblée une fin de non-recevoir sous couvert d'entendre sa « véritable » demande.

² Une lecture systémique du type « les symptômes de Dalila ont pour fonction d'aider la mère en la détournant de sa culpabilité » n'est qu'une façon un peu plus élégante de formuler la même suspicion.

³ Notons qu'il n'est pas impossible que l'adolescente puisse trouver auprès de certains professionnels des alliés dans ce « sabotage » : ceux-ci pourraient, plus ou moins consciemment, être tentés de lutter contre la « psychiatisation » de sa souffrance.

Notre réponse

Cette question de la demande à entendre se trouve au cœur de notre discussion au sein du binôme d'urgence, même si elle n'est pas explicitement abordée. Pressés par le temps (Madame patiente au bout du fil), notre échange porte sur la manière de créer un contexte d'intervention qui permette que Madame se sente entendue sans pour autant épouser complètement sa définition du problème (selon laquelle seule la demande implicite de Dalila serait à prendre en compte).

Finalement, nous convenons d'une réponse que nous lui transmettons approximativement en ces termes : « Madame, nous sommes très touchés par ce que *vous* vivez en ce moment. *Vous* traversez des épreuves très douloureuses qui doivent toucher *toute la famille*. Nous comprenons que vous soyez inquiète *pour* votre fille. Nous ne savons pas si nous pourrions aider *votre fille* dans sa souffrance, mais nous pensons en tout cas que vous avez besoin d'être soutenue *en tant que maman* dans ce que vous traversez avec elle. Nous sommes prêts à vous rencontrer pour essayer de mettre en place un soutien dans ce moment de crise. »

S'ensuit alors une discussion où nous cherchons à préciser qui pourra être présent lors de l'entretien d'urgence. Pour cela, nous explorons l'entourage de Madame afin de repérer des « personnes ressources ». Nous apprenons qu'un oncle paternel de Dalila, qui habite près de chez eux, vient régulièrement les voir et constitue un soutien pour Madame. Nous demandons donc à Madame de le contacter pour lui demander de venir lors de notre rencontre. Nous insistons également pour que les deux sœurs de Dalila soient présentes. Enfin, nous demandons à Madame d'expliquer à Dalila qu'elle nous a contacté car elle était inquiète pour elle *en tant que mère* – en précisant que, dans le cas où Dalila refuserait de venir, nous attendions tout de même le reste de la famille afin de réfléchir à la situation. Rendez-vous est pris pour le lendemain. Un peu apaisée, Madame raccroche. Pour notre part, nous notons sur une fiche les éléments que nous avons pu recueillir ainsi que la question que nous avons jusque-là choisi de laisser de côté : doit-on ouvrir un dossier au nom de Dalila ou au nom de Madame ?

Le jeu des demandes

Nous avons choisi d'exposer cette demande d'intervention pour Dalila car elle nous paraît représentative des nombreux appels que nous recevons pour les adolescents. En effet, par-delà les singularités de chaque situation, nous nous trouvons très fréquemment confrontés à des demandes émanant de parents dont les enfants ne semblent pas particulièrement demandeurs de nous rencontrer. On ne peut cependant manquer d'être frappé par la complexité relationnelle de ces situations, complexité que l'approche en terme de « non-demande » de l'adolescent tend à négliger. Nous allons voir qu'un affinement de l'analyse clinique passe par un approfondissement du concept de demande et offre alors au professionnel des repères utiles quant à la réponse à apporter.

Qu'est-ce que la demande ?

Nous avons jusqu'ici employé le terme de demande dans le sens de « demande au professionnel » ou « demande de soins » – sens que ce terme revêt dans la littérature psychiatrique que nous avons passé en revue au début de cet article. On peut cependant s'interroger sur la nature de cette demande : d'où provient-elle précisément ? En quoi consiste-t-elle ?

Des éléments de réponse nous sont apportés par Xavier Renders (1991) qui, dans un très bel ouvrage intitulé *Le jeu de la demande*, aborde ces questions à partir des travaux de Lacan. Ce dernier propose en effet de conceptualiser la demande en l'articulant aux notions de désir et de besoin. Par opposition au monde animal dominée par le besoin qui se satisfait de l'appropriation de l'objet visé, le monde humain « impose au sujet de demander, de trouver les mots qui seront audibles par l'autre » (Chemama, 2005). De fait, l'enfant se trouve dès la naissance confronté au désir de l'Autre, incarné en premier lieu par sa mère. Ce désir de l'Autre lui étant pour partie inconnu, il « se met à le questionner : "dis-moi, quel est ton désir, que me veux-tu, che vuoi ?". Dès lors qu'il pose cette question, dès lors qu'il s'interroge, dès lors qu'il demande qu'on lui en dise plus, l'enfant parle. Son propre désir se constitue. Il advient comme sujet » (Renders, 1991). La demande devient ainsi demande d'amour, demande de reconnaissance qui inscrit l'enfant dans l'ordre humain du désir.

La demande que le patient fait à l'analyste (de le guérir, de le révéler à lui-même, etc.) s'inscrit dans le prolongement de cette demande primordiale : « par l'intermédiaire de la demande [à l'analyste], tout le passé s'entrouvre jusqu'au fin fond de la première enfance. Demander, le sujet n'a jamais fait que ça, il n'a pu vivre que par ça, et nous prenons la suite » (Lacan, 1958). Ainsi, en offrant un espace autre où la parole du sujet est invitée à se déployer, l'analyste crée une demande où viennent s'engouffrer les innombrables demandes par lesquelles la personne a interrogé le désir d'autrui à son égard tout au long de sa vie. La demande initiale de soins cache d'autres demandes, inconscientes, qui se révéleront au fur et à mesure de l'analyse, ce qui fait dire à Renders que la demande se situe en plusieurs lieux, il y a « ubiquité de la demande ».

Demandes aux professionnels, demandes aux proches

Mais, poursuit cet auteur, il existe dans le cas de la psychanalyse d'enfant une seconde ubiquité de la demande : aux demandes de l'enfant se superposent celles du père, de la mère, etc. Pour Renders (1991), une psychanalyse d'enfant doit donc toujours commencer par (et souvent se limiter à) des entretiens familiaux : « Au cours de ceux-ci, cette pluralité de demandes (...) cherche à être entendue, si possible comprise, et mieux encore, ventilée, lorsqu'on y parvient, chacun commençant à reconnaître la sienne »⁴.

Ainsi, dans la famille S., au moins deux séries de demandes se mêlent. Nous avons évoqué comment, pour la mère, la demande initiale de soins pour Dalila pouvait cacher une demande d'être entendue en tant que personne en souffrance, demande qui elle-même se décline sous différentes facettes : en tant que femme, en tant que veuve, en tant que mère, etc. Pour Dalila, nous avons supposé, en fonction de notre expérience professionnelle auprès d'adolescents en souffrance, que sa « non-demande » explicite devait recourir une demande implicite, qui sans doute comporte elle aussi plusieurs dimensions.

Mais justement, quelle est la nature de cette demande implicite ? C'est là où les travaux de Lacan évoqués plus haut prennent toute leur importance et rejoignent la réflexion de Camus que nous avons placé en épigraphe. Le problème avancé par Mme

⁴ Nous pouvons remarquer avec Neuburger (1988) que de tels entretiens familiaux apparaissent indiqués, d'une manière plus générale, chaque fois que la demande du patient, enfant ou adulte, se trouve diluée dans celle de son entourage.

S., même si elle n'a pas employé cette expression, est bien que Dalila lui répond⁵. Et la mère, à juste titre, exige d'avoir, en tant que parent, le dernier mot. Mais, d'un autre côté, reconnaître avec Camus qu'on répond « à ce qu'on aime » conduit à interpréter le comportement de l'adolescente comme une demande adressée à sa mère. Si donc il y a du côté de Dalila une demande implicite de soins qui cherche à émerger, cette dernière s'inscrit, au moins pour partie, dans le prolongement d'une demande adressée à sa mère – demande qui, nous l'avons vu avec Lacan, correspond à une interrogation à la fois sur ce que cette mère peut désirer pour sa fille et sur ce qui constitue l'adolescente en tant que sujet. En d'autres termes, s'il n'est pas faux de faire l'hypothèse que Dalila, par ses troubles, indique qu'elle est en quête d'un lieu où sa parole et sa souffrance pourraient être entendues (demande implicite de soins), il ne faut pas perdre de vue que c'est avant tout sa mère qu'elle interpelle (demande à sa mère).

Ainsi, nous voyons se dégager ce que l'on pourrait appeler, pour prolonger les réflexions de Renders, une troisième ubiquité de la demande. Les deux premières tenaient à la multiplicité des lieux d'où la demande émane : conscience (demande ou « non-demande » de soins) et inconscient (demandes issues de l'histoire du sujet) pour la première, le patient et chacun de ses proches pour la deuxième. La troisième ubiquité dépend quant à elle de la multiplicité des lieux où la demande s'adresse : demande aux professionnels et demande à l'entourage.

En pratique, il est peut-être plus simple de retenir que chaque protagoniste de la situation clinique adresse des demandes à la fois aux professionnels et à son entourage, chacune de ces demandes comportant un niveau explicite (conscient) et implicite (inconscient).

Bien entendu, ces distinctions demeurent artificielles ; elles ont toutefois le mérite de souligner que le problème du professionnel n'est pas tant de dégager la demande, au singulier, du patient, que de chercher des repères dans un l'enchevêtrement de ce que nous proposons de nommer le *jeu des demandes*.

La demande et la mort

Nous ne pouvons conclure cette partie consacrée à la demande sans nous interroger sur celle, ou plutôt, sur celles du père de Dalila. A première vue, on pourrait trouver incongru de se pencher sur les demandes d'un défunt : la mort ne suspend-elle pas toute possibilité de soutenir une demande ? Pourtant, plusieurs éléments indiquent l'importance de Mr S. dans le jeu des demandes que nous cherchons à analyser. Tout d'abord, Madame comme Dalila semblent montrer par leurs comportements qu'elles désirent rester fidèles à certaines attentes du disparu (en tout cas telles qu'elles les ont perçues) : l'adolescente, en poursuivant le conflit qui l'opposait à son épouse (répondant à sa demande de se ranger dans son camp), la mère, en assumant seule l'autorité parentale (répondant à son désir de voir leur fille grandir dans les meilleures conditions possibles).

Par ailleurs, la mort en elle-même apporte une demande supplémentaire, qui est exigence de mémoire, appel à ce que la parole du défunt demeure vivante. Le conflit entre Dalila et sa mère peut alors être compris comme une lutte où chacune revendique sa légitimité à répondre à cette demande. En outre, la mort de Mr S.

⁵ Notons que l'expression « Il me répond », autrefois très employée, semble laisser la place à des plaintes du type « Il ne m'écoute pas... Il m'insulte ». Or, si la première inscrit le comportement rebelle de l'enfant dans une relation hiérarchisée aux parents, les secondes font de l'adolescent l'unique référence de ses actes.

participe également au jeu des demandes en confrontant ses proches au fait que certaines de leurs attentes à son égard resteront désormais sans réponse. Ainsi, Dalila devra supporter que ses demandes d'affection maternante, auxquelles son père répondait, ne puissent qu'imparfaitement être comblées par sa mère. Cette dernière, de son côté, restera seule face à sa décision de séparation, Mr S. ne pourra plus la conforter dans son choix.

Nous voyons que la mort, loin de soustraire le défunt au jeu des demandes auquel il participait, pèse lourdement sur ce jeu et tend à le figer⁶. Les proches ne peuvent plus se confronter à la parole vivante du disparu, c'est-à-dire au désir sous-tendant les demandes qu'ils ont cru entendre, et s'exposent dès lors à camper, en son nom, sur des positions que le défunt n'aurait sans doute pas validées. Cette configuration particulière du jeu des demandes va influencer sur la manière de prendre en charge la situation clinique ; mais elle va également avoir un impact sur les demandes de soins adressées aux professionnels, et notamment sur celle de Dalila. Monsieur n'étant plus là pour dire ce qu'il pense d'un recours à la psychiatrie dans cette situation, on peut craindre que l'adolescente ne lui prête plus ou moins consciemment une réponse dont elle usera pour légitimer son propre positionnement.

Conclusion

A partir d'une situation clinique banale, celle d'une mère qui appelle pour sa fille adolescente, nous avons cherché à dégager ce que recouvre la notion de « non-demande » de l'adolescent. En référence à Xavier Renders (1991), nous avons proposé de nommer *jeu des demandes* l'enchevêtrement complexe de demandes auquel doit faire face le soignant : demandes faites par le patient mais aussi par ses proches, chacune se doublant de demandes implicites plus ou moins conscientes, plus ou moins avouables, et pouvant s'adresser autant aux professionnels qu'aux autres protagonistes de la situation.

Ce jeu des demandes se déroule dans toutes les familles et, d'une manière plus générale, dans tous les groupes humains. La seule particularité des situations pour lesquelles nous sommes interpellés est justement qu'un ou plusieurs des protagonistes adressent une demande de soins à une équipe psychiatrique – habituellement, au moment où le jeu des demandes se rigidifie. Quelle réponse donner pour remettre en mouvement la dynamique relationnelle ? S'agit-il de favoriser, chez l'adolescent, l'émergence d'une demande de soins personnelle, ou d'aider ses proches, et notamment ses parents, à faire face à ses demandes ? Une même réponse peut-elle soutenir simultanément ces deux perspectives ?

A ce propos, on peut s'étonner que cette question de la réponse ne soit jamais abordée en tant que telle par les auteurs qui s'intéressent à celle de la demande de soins (nous compris, puisque nous ne faisons que l'évoquer ici). Faut-il comprendre que, comme on ne répond pas à ses parents, on ne répond pas à ses patients ?

⁶ Nous rejoignons ici les réflexions d'Edith Goldbeter-Merinfeld (2005) sur le « tiers pesant ».

Bibliographie

- ALBERNHE K. et T. (2000) : *Les thérapies familiales systémiques*, Paris, Masson (Médecine et Psychothérapie)
- AUSLOOS G. (1995) : *La compétence des familles. Temps, chaos, processus*, Toulouse, Éditions Eres (Relations)
- BOSZORMENYI-NAGY I. (1991) : Thérapie contextuelle et unité des approches thérapeutiques, *Dialogue – recherches cliniques et sociologiques sur le couple et la famille*, 111, pp. 21-44
- BOSZORMENYI-NAGY I., KRASNER B. (1991) : La confiance comme base thérapeutique : la méthode contextuelle, *Dialogue – recherches cliniques et sociologiques sur le couple et la famille*, 111, pp. 3-20
- BOTBOL M. (2000) : Accès aux soins et non demande en psychiatrie de l'adolescent, *Nervure*, 13, 1, pp. 14-17
- CAMUS A. (1956) : *La chute*, Paris, Gallimard
- CHEMAMA R. (2005) : Demande, in CHEMAMA R., VANDERMERSCH B. (ed.). *Dictionnaire de la psychanalyse*, Paris, Larousse, p. 86.
- FOUSSON J., PASTOUR N., ZELTNER L., MAURIAC F. (2013) : « C'est pas de la psy » : limites et extension de l'intervention de crise en psychiatrie, *L'information Psychiatrique*, 89, pp. 143-50
- GOLDBETER-MERINFELD E. (2005) : *Le deuil impossible. Familles et tiers pesant*, Bruxelles, De Boeck
- JEAMMET Ph. (2001a) : Enjeux actuels des thérapies à l'adolescence, *L'autre, cliniques, culture et société*, 2, 1, pp. 29-52
- JEAMMET Ph. (2001b) : Innovations cliniques et psychopathologiques de l'adolescence, *Annales Médico-Psychologiques*, 159, pp. 672-678
- LACAN J. (1958) : La direction de la cure et les principes de son pouvoir, in *Écrits II*, Paris, Éditions du Seuil (Points Essais), 1999, pp. 62-123
- MARCELLI D., BERTHAUT E. (2001) : *Dépression et tentatives de suicide à l'adolescence*, Paris, Masson
- MAURIAC F., ZELTNER L., DEPRAZ N. (2010) : Les figures de la mobilité dans le travail avec les adolescents : déplacement, mobilisation, créativité, in TORDJMAN S., GARCIN V. (ed). *Les équipes mobiles auprès des adolescents en difficultés*, Paris, Elsevier Masson, pp. 51-70.
- NEUBURGER (1988) : *L'autre demande. Psychanalyse et thérapie familiale*, Paris Édition Payot & Rivages (Petite Bibliothèque Payot), 2003
- POMMEREAU X. (2001) : L'adolescence et la crise familiale : qui déclenche quoi ? *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 49, pp. 512-514
- RENDERS X. (1991) : *Le jeu de la demande : une histoire de la psychanalyse d'enfants*, Bruxelles, De Boeck Université
- ROBIN M., MAURIAC F., POCHARD F., WADDINGTON A., KANNAS S., HERVÉ C. (1998) : Éthique pratique et situation de crise en psychiatrie, *L'Évolution Psychiatrique*, 63, 1-2, pp. 227-234
- ROBIN M., POCHARD F., MAURIAC F., WADDINGTON A., KOVÉSS V., KANNAS S. (1996) : Urgences psychiatriques : doit-on aller sur le lieu de leur émergence? , in *L'Information psychiatrique*, 72, 5, pp. 458-462

SALEM G. (1990) : Loyautés, dettes et mérites : contribution théorique et clinique à la thérapie contextuelle, *Dialogue – recherches cliniques et sociologiques sur le couple et la famille*, 110, pp. 50-70

ZELTNER L., AMPELAS J.-F., BRONCHARD M., MAURIAC F., MALLAT V., WADDINGTON A., ROBIN M. (2002) : Prise en charge de crise et enveloppe langagière, *Thérapie Familiale*, 23, 4, pp. 357-366



Cet article est une exclusivité du *Chameau psychiatrique*. Pour le citer :

Fousson J. (2014) : De la « non-demande » au jeu des demandes, *Le chameau psychiatrique*, www.chameaupsy.com/articles-originaux/200-jf-2014b