

Nicolas Zorbas

**CAPA : le temps de construction
d'un espace analytique ?**

Je vais vous faire part de mon expérience d'intervenant au CAPA (Centre d'accueil psychanalytique pour adolescents et jeunes adultes) ainsi que de son fonctionnement. Je vais vous parler ainsi des quelques interrogations que soulève pour moi ma pratique au sein de ce centre.

Il s'agit d'un constat général fait par nous tous, la politique actuelle des soins en coordination avec le savoir médical ordonne au champ de la santé mentale un programme d'efficacité qui s'apparente au management. De ce fait, il est imposé aux institutions l'obligation de fournir un produit mesurable de leur activité. Par conséquent, la clinique en général et les méthodes basées sur la psychanalyse plus spécialement se trouvent directement attaquées, trouvant de moins en moins de place dans les institutions pour exercer leur pratique.

Préoccupée alors par le discours actuel et l'orientation politique de la santé mentale, notre communauté a eu l'idée de la création du RIP (Réseau institution et psychanalyse), comme un lieu pour débattre du rapport de l'institution et de la psychanalyse, ainsi que de l'ACAP-CL (Association des centres d'accueil psychanalytique du Champ lacanien) et du CAPA, auquel je participe comme consultant depuis trois ans.

Le CAPA a été créé, il y a cinq ans, suite à la constatation d'une pénurie d'offre générale de lieux d'accueil où se pratique une clinique qui se veut conforme au discours analytique. Le centre s'adresse aux adolescents et aux jeunes adultes et se situe à Paris. Pendant toute cette période de trois années, j'ai eu l'occasion de recevoir des demandes de patients d'une gamme d'âge très large : le plus jeune avait 12 ans et le plus âgé 28. La plupart d'entre eux arrivent au centre attirés par la gratuité de l'accueil. Quelques autres, suite aux recommandations d'amis qui connaissent l'existence du centre.

D'autres aussi sont orientés par leur généraliste à cause de troubles d'angoisse ou du sommeil. Enfin, il y a ces sujets qui se trouvent à l'écart de la prise en charge par d'autres institutions et qui finalement trouvent au CAPA un lieu de parole.

Cette offre de parole participe souvent à une limitation des effets nocifs de la jouissance du sujet. L'écoute analytique des efforts du sujet pour construire des fictions de vérité peut avoir un rôle thérapeutique. Cependant, notre offre n'est corrélée ni à un idéal thérapeutique, ni à un idéal d'adaptation, ni à une tentative de normalisation.

Cela est important à souligner, d'autant plus que les demandes sont souvent de cet ordre : soit des demandes de réparation des difficultés au travail (scolaire) – tant sur le plan comportemental que des performances –, soit une amélioration des rapports sociaux et de la normalisation de la personne. Suivant S. Freud, nous pouvons dire que « notre but n'est pas modeler l'esprit du patient selon les idéaux personnels, mais plutôt selon les dispositions et les possibilités que celui-ci renferme ¹ ». Alors, il s'agit d'abord de préserver l'écoute analytique de toute tendance à modéliser la cure et son déroulement.

Je me rappelle, par exemple, la famille de ce jeune garçon de 12 ans venue au CAPA, car elle considérait que son fils était « trop gros » et « cleptomane ». Elle voulait alors qu'un travail thérapeutique lui permette de changer. Il a fallu seulement quelques séances pour révéler la souffrance psychique bien réelle du jeune garçon, une psychose infantile voilée aux yeux de cette famille derrière ces deux manifestations symptomatiques.

Beaucoup de patients s'adressant au CAPA, comme souvent d'ailleurs en dehors, croient que l'efficacité thérapeutique va de pair avec la disparition du symptôme, symptôme conçu comme comportement à éradiquer. Bien sûr nous savons que dans la perspective psychiatrique le diagnostic du symptôme est externe. Mais pour ce qui est du symptôme qui s'adresse à l'analyse, il y a souvent implication du subjectif, une sorte d'autodiagnostic. À l'exception de quelques adolescents trop jeunes, le sujet se présente avec l'idée qu'il y a chez lui un phénomène qui le gêne, quelque chose qui « ne va pas ». Parce qu'il s'agit d'une première étape dans ce processus, il faut que

1. S. Freud, « Préface à la "méthode psychanalytique" de O. Pfister » (1913), tr. fr. de N. C. Scevy et C. Millot, *Ornicar?*, n° 2, mars 1975, p. 67-69.

l'empêchement qui constitue le symptôme soit d'une certaine façon pensé comme tel.

Dans un second temps, comme Lacan le disait dans son séminaire *L'Angoisse*, il faut que le sujet pense qu'il y a une cause à cela. À partir de ce moment-là, il est capable de transformer ses difficultés en question, des questions qu'il va peut-être adresser à l'analyste. L'analyste semble alors avoir les clefs du symptôme sous la forme du savoir qu'on lui suppose. Mais cette relation reste toujours fragile.

Prenons, par exemple, le cas de ce jeune homme de 16 ans qui venait au CAPA depuis presque un an. Malgré des difficultés à se mettre au travail, venir à ses séances lui permettait d'éviter de violents passages à l'acte et lui ouvrait une perspective de reconstruction psychique. Un événement aléatoire l'a ramené aux urgences de l'hôpital Cochin, où deux médecins urgentistes (dont un psychiatre) lui ont annoncé, ainsi qu'à sa mère, sur un ton tout officiel, qu'« il est un schizophrène atypique et [qu']il sera obligé de prendre des médicaments pendant toute sa vie. S'il respecte les doses, les choses vont s'arranger pour lui ». À la suite de cela, il a considéré qu'il n'avait plus besoin de venir me voir au CAPA, car les médicaments étaient suffisants. Malgré quelques séances où j'ai essayé de mettre en question ses considérations, ce jeune homme a décidé d'arrêter les consultations : la parole de ces médecins faisait office de vérité pour lui, en lui offrant en même temps le réconfort de s'épargner tout effort de travail psychique. Quatre mois après, sa mère m'a contacté ; elle était désespérée, car les passages à l'acte du jeune homme avaient repris avec une très grande intensité. Suite aux violences répétitives de son fils, elle avait décidé de s'adresser au juge et le jeune homme se trouve actuellement sous AEMO judiciaire.

Voyons dans cet exemple comment l'intervention de ces psychiatres replace l'axe sur lequel se trouve le symptôme pour ce sujet : ses « crises violentes », ces « moments où il s'affole » étaient au départ un élément gênant de son comportement, une manifestation morbide qu'il devait trouver les moyens de supprimer, raison pour laquelle il s'est adressé à un analyste. Le travail effectué au CAPA lui a permis de commencer à inscrire ces passages à l'acte dans la logique de sa propre histoire. Une sorte de dialectisation subjective de son symptôme eut lieu peu à peu, permettant de déplacer son point de vue d'une

synchronie (il parlait des « moments violents », des « réactions agressives », des « comportements ») à une diachronie, à un enchaînement sur la chaîne signifiante, en les inscrivant dans sa propre histoire subjective. Par le fait d'écouter le jeune homme en tant que sujet de la parole, une petite brèche s'ouvrait pour lui, permettant des déplacements possibles au long de sa chaîne signifiante, tout en limitant l'ampleur des manifestations de sa jouissance. Avec les propos des médecins en tant que représentants de la science, tout a été replacé sous un angle d'extériorité par rapport au sujet, effaçant la perspective de sa responsabilité face à sa jouissance et ses actes.

D'ailleurs, l'exemple ci-dessus me fait penser à un autre risque que j'ai rencontré souvent au CAPA. Les premiers moments de rencontre risquent de se limiter à un soulagement rapide de l'angoisse du sujet et de ses symptômes, réduisant l'opération à une simple approche psychothérapeutique destinée à se conclure relativement vite.

À ce point-ci, je voudrais évoquer deux conditions particulières, imposées par le cadre du CAPA et qui ont des effets très concrets sur l'exercice de notre pratique.

Premièrement, la gratuité de notre offre. Il s'agit sûrement d'une condition qui ne facilite pas notre acte. Nous savons très bien qu'au moins pour le sujet névrosé le premier rapport à la pratique analytique passe par une stratégie où il veut qu'on lui demande (par ses symptômes ramenés par petits bouts dans la séance) et il ne veut rien payer. Laisser croire au sujet que nous allons dans ce sens-là ne fait qu'augmenter ses résistances au travail analytique. Mais c'est vrai qu'au CAPA nous ne recevons pas seulement des névrosés. Bien au contraire !

Deuxièmement, les conditions préalables de ce centre permettent une délimitation très concrète du champ de notre action. Nous n'offrons pas la perspective d'une psychanalyse et cela fait une différence importante par rapport aux offres similaires que nous avons vues par le passé dans d'autres écoles ou sociétés psychanalytiques. Ainsi, le travail se limite au franchissement de ce seuil qui permet l'entrée dans la dimension analytique. Et cela à condition que les entretiens du début réussissent à ramener le sujet devant ce seuil. Ensuite, la seule proposition possible de notre part est celle d'une offre analytique dans le cadre du privé.

Il me semble que le CAPA par son existence et son offre ouvre la possibilité à quelques sujets de se trouver en contact avec la clinique psychanalytique. Donner au sujet cette possibilité, ce choix, par les temps qui courent, va à l'encontre du discours actuel. L'offre du CAPA, et de l'ACAP-CL plus généralement, constitue une alternative au discours du maître actuel quant au traitement de la souffrance psychique.

Le désir propre de chacun de nous, les intervenants, est bien sûr en jeu. Aussi, la conception qu'on se fait de la fin de l'analyse est déterminante de l'idée que nous avons quant à son entrée et par conséquent des entretiens préliminaires. Cela bien sûr ne veut pas dire que tout est joué d'avance, mais il constitue un indice du rapport qu'a le praticien avec sa pratique et qui ne s'ordonne pas sur l'axe d'une logique linéaire.

Je crois que nous tous, nous réalisons que les effets thérapeutiques ne constituent pas une caractéristique particulière de la psychanalyse. Les avatars du discours du maître (la suggestion, l'hypnose) peuvent aussi avoir leurs effets.

Cependant, en tant qu'analystes, nous visons à traiter le réel du symptôme. Nous ne pouvons pas nous contenter des simples effets thérapeutiques de l'offre, de l'écoute, ou pire encore d'une offre de guérison rapide. Ainsi convient-il de toujours se poser la question de la place du transfert et de sa dynamique. Il ne faut pas rester dupe de cette question ainsi que de celle de notre propre désir et de sa fonction dans la cure. Sinon, nous risquons d'en rester à une approche psychothérapeutique, ou encore à une approche psychologisant l'acte du praticien.