n° 87- 88
Déc. 2015
Mars 2016

# POUR LA RECHERCHE

http://psydoc-fr.broca.inserm.fr

FFP
FEDERATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

8 €

BULLETIN DE LA FÉDÉRATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

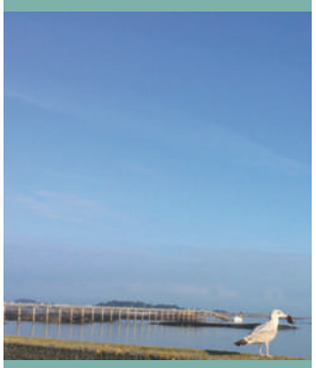
## Editorial

- Bernard Odier* -

**La COP 13®**

**ou**

**Clinique organisée des psychoses**



*Directeur de la Publication :*
***Dr J-J Laboutière***
*Rédacteur en chef :*
***Dr J-M Thurin***

*Comité de Rédaction :*
***Dr M.C. Cabié,***
***Dr N. Garret-Gloanec,***
***Dr D. Roche-Rabreau***
***M. Thurin***

***PLR électronique,***
*Comité Technique*
***J.M. et M. Thurin,***
***D. Vélea, M. Villamaux***

● Les études qui suivent s'inscrivent dans la lignée des travaux contemporains qui cherchent à conjuguer une orientation clinique psycho-dynamique avec une préoccupation d'évaluation méthodique de façon à servir et à étayer la psychopathologie sans la défigurer. « Pour la Recherche » a publié des recherches cliniques dans les domaines de l'autisme, de l'anorexie mentale, des pathologies états-limites que les travaux présentés ici complètent dans le registre clinique des psychoses de l'adulte.

Sont présentés ici différents aspects d'une recherche clinique accomplie patiemment par une équipe de psychiatres d'adultes, de formation psychanalytique, qui ont souhaité renouveler les modalités de description clinique des états psychotiques sous traitement, afin de rendre observables et objectivables les évolutions obtenues par les modalités modernes de traitement et de prise en charge.

Cet ensemble de travaux, réalisés dans un domaine précis, repose sur une méthode d'investigation clinique qui peut être dupliquée dans d'autres secteurs de la clinique. La place de la psychopathologie y est extrêmement précise.

Tandis que l'inventaire sémiologique emprunte aux trois sources actuelles de la clinique : la clinique psychiatrique de tradition franco-allemande, la clinique dite « de secteur » recueillie par les équipes thérapeutiques et la clinique psycho-pathologique précisée par les psychothérapeutes et psychanalystes ces cinquante dernières années, l'étape de regroupement des traits cliniques est organisé par la psychopathologie psychanalytique des psychoses. Ainsi celle-ci a un double rôle : elle est l'une des sources de la sémiologie relevée, mais surtout elle permet les rapprochements et les regroupements entre signes et symptômes qui vont permettre de formaliser, de schématiser et d'organiser le tableau clinique selon une description clinique en 26 items. C'est ce temps d'organisation de la clinique des psychoses qui donne son nom à cette méthode de description clinique : la COP 13® ou Clinique Organisée des Psychoses.

Cette façon de faire le point sur la situation d'un patient, d'organiser la clinique qu'il présente à un moment donné permet, si l'on répète cette opération régulièrement à des intervalles convenables (de deux à cinq ans), de souligner les évolutions obtenues par le traitement et la prise en charge des psychoses bien que celles-ci soient lentes, et toujours partielles. On sait d'expérience, que pour le patient, pour ses proches, et pour ses soignants les petits pas sont de grands progrès.

On trouvera dans ce numéro une description de la COP 13, le pourquoi des choix méthodologiques, le récit d'une évolution clinique sur une vingtaine d'années et sa schématisation par la COP 13, un récit de l'utilisation de la COP 13 dans les services et de ses effets, et enfin le détail de son intérêt comme outil d'aide à la décision clinique.

Sur un plan spéculatif, grâce à la schématisation des évolutions, des régularités peuvent être observées, dont l'interprétation devrait relancer la réflexion psycho-pathologique. La formalisation des évolutions permet également de souligner les effets spécifiques des traitements dans telle ou telle institution (par exemple, les hôpitaux de jour) et de s'interroger sur les mécanismes d'action de ces institutions. Leurs indications pourraient alors devenir plus stratégiques.

D'autres développements sont à l'étude comme la mise au point d'un dérivé de la COP 13 utilisable avec les patients et l'exploration de la possibilité d'une méthode analogue dans le registre des états-limites. ●

* Psychiatre des Hôpitaux, Chef de service à l'ASM 13. odierbernard@wanadoo.fr

# La COP 13 - Structure et fonctionnement

Victor Souffir et Serge Gauthier*

● Un état psychotique est un bouleversement très profond de la personnalité qui modifie et remanie le rapport du patient au monde, au socius, à son entourage. Celui-ci réagit, s'inquiète, cherche à répondre et à s'organiser face à la souffrance et à l'angoisse engendrées par les troubles. C'est ce que nous montre la pratique quotidienne depuis que ces patients ne sont plus isolés, longtemps, dans des asiles qui les coupent de toute vie ordinaire.

Le but initial de la COP 13 est de tenter de décrire les évolutions des états psychotiques, leurs changements significatifs tels que nous les observons aujourd'hui, c'est-à-dire dans des cadres de traitement et d'assistance qui ont été profondément transformés en 50 ans et avec des repères théoriques qui ont eux-mêmes beaucoup évolué.

Avec ce projet, il nous est apparu qu'il fallait d'abord repenser la façon de décrire et d'organiser la symptomatologie psychotique, car la clinique psychiatrique est encore trop influencée par celle du 19ème siècle, et néglige de nombreuses dimensions que nous prenons désormais en compte.

Pour parvenir à cette nouvelle description clinique, nous avons étudié en détail une centaine d'observations de malades très longuement suivis.

### Les trois sources de la clinique

En pratique courante, dans les échanges quotidiens au sein des équipes de soins, nous pouvons dire que trois ensembles sémiologiques sont mobilisés.

1. Le premier est le plus connu. Issu du travail des aliénistes que nous a légué le 19ème siècle, la sémiologie dite « classique » a repéré des signes caractéristiques dont nous nous servons toujours. Elle a séparé et ordonné des syndromes, des formes cliniques que les classifications contemporaines ont en grande partie reprises. Mais, construite sans base psychopathologique commune entre les auteurs, cette clinique pêche par son foisonnement peu ordonné et par une absence de liens compréhensibles entre les signes. De plus, elle cerne peu et mal les évolutions.

2. Un deuxième corpus est celui de la pratique psychiatrique de secteur. La sortie massive des asiles a transformé l'observation des patients dorénavant rencontrés dans leur milieu de vie ordinaire : seuls ou avec leur famille, ils doivent gérer l'argent, leur logement, leurs soins. Il y a là un gisement d'observations nouvelles et utiles. Une nouvelle sémiologie a pris son essor dont les figures nous sont familières et sont venues enrichir la sémiologie classique. Mais là encore, l'avantage d'une observation plus proche, plus vivante ne débouche en rien sur une théorie psychopathologique partagée d'où une polyphonie décourageante de conceptions et de langages.

3. Notre troisième source clinique provient de l'approche psychanalytique des psychoses. Celle-ci permet de repérer de nombreuses figures relationnelles des malades psychotiques avec leur entourage. Elle apporte aussi un nouveau vocabulaire : le déni, le clivage, les défenses, le moi, l'alliance thérapeutique sont maintenant entrés dans notre vocabulaire courant.

Mais surtout, à la différence de nos deux premières sources, la psychanalyse nous fournit une théorie du psychisme et, même en nous en tenant à ce Freud a apporté, elle nous permet de structurer la symptomatologie psychotique d'une façon dynamique et utilisable pour saisir l'évolution des troubles et faire le point sur « où en est le patient ».

### L'organisation freudienne des psychoses

Dès le début de son œuvre et jusqu'à ses derniers textes, Freud n'a cessé d'apporter des éléments à la compréhension des psychoses. Conflit avec la réalité et perte de la réalité, rôle de la projection, mouvements psychiques massifs de désinvestissement de la réalité et de réinvestissement progressif à travers le délire, prévalence de l'investissement narcissique, clivage du moi dans le processus de défense, modalités de pensée particulières : le « travail du délire », le « travail de la mélancolie », l'opposition du « travail du rêve et de la pensée schizophrénique »…

### La structure d'ensemble

A partir de cinq textes principaux, le *Président Schreber* (1911), *Pour introduire le narcissisme* (1914), *Deuil et mélancolie (1917)*, *L'inconscient et le Complément métapsychologique à la théorie du rêve* (1917), Freud suggère des lignes de force pour organiser la clinique des états psychotiques, ce que nous pouvons résumer ainsi : dans un état psychotique on observe en même temps ou successivement :

1. une flambée de la destructivité qui fuse sur soi-même, corps et psychisme, et sur autrui ;

2. une modification globale de tous les investissements du sujet et de son rapport à la réalité ;

3. des modifications profondes de la personnalité qui laissent toujours persister par clivage, à coté d'un moi psychotique qui a son fonctionnement spécifique, des zones de fonctionnement correct adapté à la réalité.

### Le plan de la COP 13

A partir de ces axes organisateurs, la COP 13 regroupe et classe les très nombreux éléments de la sémiologie courante des psychoses en 26 items, dont nous ne pouvons présenter ici en intégralité qu'une sélection. Ils se répartissent en cinq groupes.

Groupe 1. La destructivité : 4 items

Groupe 2. Les modifications psychotiques des investissements : 5 items

Groupe 3. Les capacités fonctionnelles du moi : 8 items

Groupe 4. Description de la situation sociale : 5 items

Groupe 5. Equilibres interactifs du sujet avec son environnement : 4 items.

## Groupe 1 : La destructivité dans les psychoses

La destructivité, tendance à détruire, fait partie de l'expérience commune des psychiatres et des équipes soignantes dans les psychoses mais elle n'a pas été systématisée. Elle a été réduite grâce aux médicaments, mais aussi souvent sous-évaluée dans le contexte de libéralisation et d'humanisation de la psychiatrie contemporaine. Elle est cependant présente dans les traités classiques ainsi, Henri Ey (1970) écrivait du schizophrène : « Son attitude va consister à détruire en même temps la réalité extérieure et intérieure, à nier les ressorts de son être

et à en bouleverser les données pour les rendre méconnaissables ». Les violences, les menaces, les impulsions auto ou hétéro agressives, les destructions d'objets sont d'une extrême fréquence et parfois d'une grande gravité jusqu'à donner une « signature » psychotique à un acte (meurtre froid, immotivé, destruction, automutilations, négativisme, violences dans le milieu familial, pertes diverses et incessantes...). Une grande partie du travail « social » en psychiatrie consiste pour les assistants sociaux, les infirmiers, les médecins, parfois pendant plusieurs années, à endiguer par tous les moyens une destructivité ouverte ou insidieuse orientée indistinctement sur soi et sur les autres. La COP 13 décrit son action en quatre « lieux » : l'entourage qui étaye le malade, le corps propre du patient, son lieu de vie et ses ressources.

### Attaque de l'objet d'étayage

• *Item 1. L'attaque de l'objet d'étayage* (famille ou milieu soignant). L'étayage est un élément fondamental en matière de psychoses : c'est le micro système - famille, institution - qui assure la protection, la survie concrète du patient, ses relations indispensables au monde environnant. Les manifestations de la destructivité concernent prioritairement et paradoxalement cet « objet d'étayage » indispensable. La COP 13 les classe en 3 degrés de sévérité comportant chacun un nuage de signes, évoquant une « ambiance clinique » : c'est ainsi que seront organisés la plupart des items de la COP 13.

| | |
|---|---|
| **Absent = 0** | - pas d'attaque manifeste ou d'ajustement de l'entourage |
| **Présent = 1** | - attitude méprisante<br>- exigences excessives<br>- faire le mort (pas signe de vie à la famille)<br>- tyrannie<br>- hostilité<br>- souffrance de l'entourage |
| **Intense = 2** | - menace : fait peur<br>- violence contre l'objet étayant ou son substitut (parent battu, soignant battu)<br>- tendance au passage à l'acte sexuel<br>- démission ou rejet de l'entourage, nécessité absolue d'une protection par l'éloignement<br>- impose l'intervention d'instances extérieures |

### Attaque du corps propre

• *Item 2. Attaque du corps propre.* Cet item regroupe l'ensemble des signes d'incurie et de destruction opérées sur le corps propre du patient. Les soins et la surveillance soignante, parfois quotidienne, sont la réponse spontanée de l'entourage puis des équipes soignantes à cette tendance profonde des patients psychotiques.

| | |
|---|---|
| **Absent** | - soin personnel suffisant<br>- pas d'observation particulière |
| **Présent** | - absence d'hygiène, négligence<br>- méconnaissance d'une pathologie somatique<br>- pas de traitement médicamenteux spontané : grattage, mycose....<br>- mauvaise denture<br>- indifférence anormale aux éventuels effets secondaires des neuroleptiques<br>- consommation excessive (alcool, tabac, café, aliments)<br>- usage excessif de cannabis |
| **Intense** | - menace : fait - conduites à risques (alimentaire, sexuelle ...)<br>- propension aux accidents<br>- potomanie grave<br>- conduites toxicomaniaques ou alcoolisation<br>- tentative de suicide, en particulier par un geste bizarre ou horrible<br>- automutilations majeures |

### Attaque du lieu de vie

• *Item 3. Attaque du lieu de vie.* Ici l'attaque se présente sous différents degrés. Elle est toujours présente, ce qui explique la fréquence du recours au logement en foyer ou appartement thérapeutique.

| | |
|---|---|
| **Absent** | - silencieuse ou restant dans la sphère privée |
| **Présent** | - lieu de vie désanimé<br>*- nécessitant une action régulatrice de l'entourage ou des soignants* |
| **Intense** | - incapacité à habiter paisiblement<br>- activité nocturne gênante<br>- entassement d'objets et de détritus<br>- saccage de l'habitation<br>- se fait parasiter de façon dangereuse<br>- tendance à la clochardisation<br>- plaintes ou ré*actions du voisinage* |

### Attaque des conditions matérielles de l'existence

• *Item 4. Attaque des conditions matérielles de l'existence* Les pertes d'argent, le gaspillage absurde des ressources nécessitent souvent le recours à une mesure de protection des biens.

| | |
|---|---|
| **Absent** | - pas d'altération apparente des conditions matérielles d'existence<br>- pas de nécessité d'une mesure de protection<br>*- si besoin d'une aide à gérer, elle est bien acceptée* |
| **Présent** | - manque de prévoyance,<br>- gaspillage<br>- abandon de ressources<br>*- nécessité d'une mesure légale de protection* |
| **Intense** | - démunition active<br>*- inefficacité des mesures légales de protection* |

## Groupe 2. Modifications psychotiques des investissements : 5 items

Reprenant des signes largement repérés dans la sémiologie classique, les notions d'investissement et de désinvestissement sont un outil de premier ordre pour décrire la complexité des fonctionnements psychotiques et leur évolution, là ou la clinique traditionnelle ne voit que dysfonctionnement ou déficit.

### Retrait du monde extérieur

• *Item 5. Retrait du monde extérieur.* Le retrait du monde extérieur regroupe des signes parmi les plus fréquents, décrits même dans les formes atténuées : désintérêt, repli, contact lointain voire un isolement social et affectif, une désaffection de la scolarité, de la lecture, des loisirs habituels, du léger retrait jusqu'à la disparition de pans entiers d'activité ou d'investissement.

| | |
|---|---|
| **Absent** | - baisse d'efficience<br>- léger retrait<br>- troubles de l'attention<br>- contact lointain |
| **Présent** | - détachement<br>- perte de contact<br>- manque de consistance et de continuité des investissements sublimatoires<br>- désinvestissement récent d'une activité<br>- désintérêt dans la sphère sociale<br>- appauvrissement social et relationnel<br>- inversion du nycthémère |
| **Intense** | - disparition de pans entiers d'activité ou d'investissement relationnel ou intellectuel<br>- rupture dans la sphère des personnes proches<br>- apragmatisme<br>- dévitalisation du monde extérieur<br>- autisme |

### Désinvestissement du monde interne

• *Item 6. Désinvestissement du monde interne.* Cet item englobe ce que l'on repère classiquement comme trouble de la pensée et du langage. La description fait appel à l'observation directe ou à l'observation indirecte en notant les efforts importants que doit faire le clinicien pour animer ou « suivre » un entretien, ou au contraire l'intérêt nuancé que l'échange avec le patient suscite.

| | |
|---|---|
| **Absent** | - éléments ou moments de présence d'une vie fantasmatique, onirique ou privée<br>- moments de liberté associative<br>- capable d'humour<br>- capable d'une activité créatrice<br>- lit un roman<br>- regarde une émission de télévision |
| **Présent** | - caractère factuel du récit<br>- flou, indécision<br>- banalisation extrême du vécu<br>- impression pour l'examinateur de pauvreté du discours<br>- difficulté à s'intéresser à l'entretien consécutive à la pauvreté du psychisme, du vécu<br>- propos répétitifs<br>- détachement<br>- thématique répétitive<br>- absence de véritable dialogue, rationalisme morbide, pensée hyper rationnelle ou froide |
| **Intense** | - forte activité questionnante du psychiatre dans l'entretien<br>- relâchement marqué des associations, diffluence<br>- pas de contact avec le monde interne<br>- absence de discours ou discours incompréhensible<br>- indifférence<br>- catatonie, sidération, stupeur<br>- stéréotypie motrice ou langagière |

### Troubles de l'investissement de soi

• *Item 7. Troubles de l'investissement de soi.* Il existe dans les psychoses un fond de détresse narcissique produit par tous les désinvestissements. Ce qui est en général le plus immédiatement perceptible, c'est la façon dont le malade surinvestit défensivement des positions narcissiques plus ou moins rigides, plus ou moins chargées d'agressivité et d'opposition à autrui. Cet item décline différentes figures selon que le moi hyperinvesti protège ses limites voire les revendique dans la mégalomanie, ou selon que l'hyper-investissement narcissique concerne un organe, un fonctionnement, des contenus de pensée (mythomanie), ou l'utilisation des mots (logolâtrie…).

| | |
|---|---|
| **Absent** | - sensibilité à l'intérêt de l'interlocuteur<br>- suscite un plaisir dans l'échange<br>- peut communiquer ou faire partager ses centres d'intérêts<br>- se reconnaît malade<br>- inscription dans la temporalité<br>- Investissement tempéré de soi-même |
| **Présent** | - traits caractériels<br>- orgueil<br>- egocentrisme<br>- soi grandiose<br>- sensitivité<br>- ruminations permanentes sur soi-même<br>- hypochondrie<br>- dysmorphophobie isolée<br>- doute identitaire (sexualité - origines)<br>- personnage singulier<br>- confabulation, mythomanie |
| **Intense** | - position d'autosuffisance (déni de la dépendance)<br>- temps figé<br>- omnipotence<br>- délire de grandeur<br>- mégalomanie ou micromanie<br>- identité délirante<br>- transitivisme. Cœnestopathies délirantes<br>- hyper investissement du discours, de la pensée, des rêves qui paraissent sans valeur communicative<br>- hermétisme |

### Hallucinations et délire

• *Item 8. Hallucination et délire.* La COP 13 ne détaille pas les thèmes ni les mécanismes des hallucinations et du délire. L'item 8 cherche à évaluer, dans la perspective freudienne, si le délire semble structurer l'équilibre mental du malade ou si, au contraire, la dissociation et les symptômes productifs obèrent tout commerce objectal. Caractéristiques des psychoses, hallucinations et délire sont fondées sur un déni de réalité et une désorganisation du moi. Les hallucinations sont isolées ou intégrées au vécu délirant. L'hallucination négative se définit ainsi : des pans plus ou moins étendus de la réalité courante semblent ne plus exister ou ne plus être perçus (rues désertes, silence étrange, perte de sensations ou de pensée, disparitions d'objets..). Une seconde notion importante concerne l'investissement - passionnel ou non - du délire. Le délire ou les hallucinations servent-ils d'appui aux échanges du malade ? Ou deviennent-ils une arme irréductible contre ses échanges avec le monde extérieur ?

| | |
|---|---|
| **Absent** | - absence de délire et d'hallucination |
| **Présent** | - hallucinations isolées<br>- interprétations délirantes<br>- intuitions délirantes ou infiltration délirante concernant des évènements non déniés<br>- hallucination négative : le malade affirme que des objets manquent ou disparaissent<br>- activité délirante en secteur n'interdisant pas une adaptation relative à la réalité<br>- peut échanger sur le vécu délirant |
| **Intense** | - hyperesthésie persécutive<br>- envahissement persécutif<br>- activité hallucinatoire continue<br>- neo-réalité, délire autistique<br>- déni extensif de la réalité<br>- hallucination négative : absence de perception d'une part de la réalité semble traverser l'espace comme s'il ne percevait pas des éléments significatifs de la réalité<br>- délire dont l'investissement passionnel empêche tout échange avec autrui.<br>- adhésion inébranlable ou passionnée cherchant à entraîner la conviction d'autrui |

### Investissement du monde extérieur

• *Item 9. Investissement du monde extérieur.* Cet item décrit certaines modalités de réinvestissement de la réalité, non plus au travers des formations mentalisées comme dans les items 7 et 8, mais au travers de certains modes de relation concrète au monde extérieur. Racamier (1976) formule de façon magistrale une quasi addiction au concret qu'on observe chez certains patients : « ils ne peuvent pas se passer du monde extérieur dont ils ont besoin, non pour leur plaisir mais pour leur défense… Plus vif est le désaveu de leur réalité psychique… et plus grand est leur appétit de concrétude ». Des figures diverses ont été décrites par les psychiatres-analystes travaillant en institution psychiatrique, selon que ce besoin d'impact réel reste quasi autistique (présence avec des relations indifférenciées), ou que s'y mêlent des jeux de maîtrise ou de protection contre un sentiment d'invasion de la vie psychique par ce concret indis-

pensable (relations en pointillé, tangentielles). Ailleurs, on observera une relation d'emprise sur autrui, érotomaniaque ou fétichique. La COP 13 intègre le rapport singulier que les patients constituent également avec les institutions qui les accueillent. Cet investissement du monde extérieur, si important, est souvent sous-évalué ou dénié, voire attaqué (*cf.* item1).

| | |
|---|---|
| **Absent** | - capacités présentes de façon autonome - éléments de vie sociale<br>- activité culturelle ou artistique<br>- capacité à se faire des amis ou à vivre en couple<br>- possibilité d'une vie professionnelle y compris en milieu protégé |
| **Présent** | - investissements par l'intermédiaire d'un groupe dans un milieu aménagé<br>- contact peu différencié<br>- présence impersonnelle, anonymat<br>- contacts en pointillé<br>- relation fétichisée<br>- collage à un objet<br>- objet ustensile<br>- investissement d'un double, discontinu ou furtif<br>- relation sadomasochiste<br>- emprise sur autrui<br>- tendance érotomaniaque |
| **Intense** | - restriction du périmètre de vie<br>- besoin d'immuabilité<br>- restriction extrême ou absence de la vie sociale<br>- besoin de repousser autrui : négativisme<br>- refus de l'investissement par autrui<br>- activités autistiques<br>- agitation motrice et verbale subintrante éprouvante<br>- harcèlement érotomaniaque |

## Groupe 3 : Capacités fonctionnelles du moi

Dans l'œuvre de Freud, l'étude des psychoses contribuera de façon décisive à une caractérisation du moi comme entité, précisément à la mesure de ses altérations. Dans les états psychotiques, toutes les fonctions sous le contrôle du moi sont plus ou moins gravement perturbées (contrôle pulsionnel, sentiment et représentation de soi, auto conservation, pensée cohérente, sommeil…)

Les items 10 à 17 explorent la désorganisation du moi ou au contraire la solidité de ses fonctionnements, le brouillage ou l'affermissement de ses limites. Des capacités fonctionnelles du moi dépendent les possibilités d'autonomisation, de séparation / individuation du patient, et nous avons un témoignage indirect des dysfonctionnements du moi en observant a contrario la dépendance du patient, plus ou moins chaotique et conflictuelle à l'égard du monde extérieur (famille, institution).

Les suppléances exigées par des défauts de fonctionnement du moi seront en effet souvent investies de façon ambivalente, conflictuelle. La désorganisation du moi peut compromettre jusqu'à l'autoconservation du sujet. La fréquence de crises graves, la sensibilité au changement, la vulnérabilité à la dépression, à l'angoisse, et plusieurs autres dimensions nous renseignent également sur la souplesse de fonctionnement du moi dans le cadre et l'évolution du traitement.

Nous ne pouvons pas, dans le cadre de cet exposé, détailler tous les items 10 à 17. Indiquons seulement les grandes lignes qui cherchent à témoigner, souvent indirectement, de l'état fonctionnel du moi.

### Troubles majeurs de l'interaction avec le milieu familial

• *Item 10. Troubles majeurs de l'interaction avec le milieu familial.* Les interactions familiales sont souvent profondément perturbées dans les échanges verbaux, les comportements et le concret de la vie quotidienne : repas, argent, hygiène, sécurité… Plus les troubles sont importants, plus la suppléance nécessaire au fonctionnement du moi et la dépendance sont importantes, et plus elles tendent à être paradoxales ou déniées.

| | |
|---|---|
| **Absent** | - niveau apparemment faible d'interaction perturbatrice |
| **Présent** | - dépendance matérialisée et non déniée<br>- persistance de liens autour de la nourriture, de l'argent et du linge<br>- symbiose apparemment calme<br>- conflit contenu |
| **Intense** | - ne se déplace qu'avec un parent<br>- situation incestueuse (ex : dort avec un parent)<br>- interactions confusionnantes<br>- lien symbiotique occulte et/ou symbiose bruyante<br>- paradoxalité des échanges<br>- zizanie systématique<br>- nécessité absolue de protection par l'éloignement<br>- déni partagé des troubles<br>- pathologie induite ou délire à deux |

### Capacité d'autonomisation du milieu familial et/ou du milieu soignant

• *Item11. Capacité d'autonomisation du milieu familial et/ou du milieu soignant.* L'item 11 explore la séparation / individuation, processus vital essentiel et souvent très périlleux dans le traitement d'un état psychotique. Les changements, les séparations… exposent à des crises avec angoisse, dépression voire désorganisation, rechute avec hospitalisation.

Ces difficultés peuvent se répéter avec le collectif soignant : rechutes à répétition à la sortie de l'hôpital, collage et /ou idéalisation d'un membre de l'équipe soignante …

| | |
|---|---|
| **Absent** | - séparation aménagée durable<br>- possibilité d'une relation extérieure à la famille<br>- milieu soignant en position de tiers |
| **Présent** | - velléités de séparation<br>- milieu soignant vécu comme double ou rival des parents<br>- accepte ou supporte une diffraction/répartition/ partage/décondensation de ses besoins de dépendance<br>- efficacité de la tutelle |
| **Intense** | - pas de séparation possible<br>- puérilisme affectif<br>- réaction psychopathologique à la séparation (dépression grave, marasme, BDA, TS, crises clastiques, accident psychosomatique).<br>- déni de la dépendance et tendance à la totalisation de la dépendance - milieu soignant disqualifié ou « au service » de la symbiose |

• *Item12. Présence de crises disruptives.* On désigne ainsi un épisode en rupture franche avec l'état clinique des mois précédents. La crise disruptive interrompt un certain palier repéré de stabilisation. Cela peut être une recrudescence hallucinatoire et délirante, une bouffée délirante, une dépression grave, une tentative de suicide, une impulsion grave. De telles crises montrent la précarité de l'équilibre global.

Pour en savoir plus

www.asm13.org & www.cop13.fr

Souffir V., Gauthier S., Odier B. (2011).
Evaluer les psychoses avec la COP 13,
une clinique organisée des psychoses.
éd. Dunod

**Sensibilité de l'équilibre global au changement**

• *Item13. Sensibilité de l'équilibre global au changement*. Un certain équilibre symptomatique et relationnel étant acquis, on évalue la sensibilité de l'équilibre global du patient (symptômes, relations) face au(x) changement(s). Un changement dans le traitement ou le cadre de vie peut être l'occasion qui révèle une précarité de l'organisation psychique actuelle ou qui, au contraire, confirme sa solidité.

| | |
|---|---|
| **Absent** | - le patient peut instaurer ou accepter des modifications du cadre de vie, du traitement médicamenteux |
| **Présent** | - les thérapeutes peuvent envisager un changement à moyen terme<br>- l'état clinique impose une progressivité dans les changements<br>- un changement agi ou subi est possible au prix d'une crise et/ou d'une modification du traitement |
| **Intense** | - équilibre constamment instable ou insaisissable<br>- ne supporte aucun changement des conditions de vie<br>- besoin d'immuabilité en cas de changement<br>- crises psychiques itératives<br>- désorganisation somatique, tentative de suicide |

**Rapport du sujet aux troubles ou à la maladie**

• *Item14. Rapport du sujet aux troubles ou à la maladie.* La prise de conscience des troubles, leur acceptation par le malade sont des éléments positifs de l'évolution. Elles conditionnent l'observance du traitement et la qualité du rapport à l'équipe soignante. La reconnaissance des troubles peut amener le patient à reconsidérer ses projets de vie ou son observance du traitement.

| | |
|---|---|
| **Absent** | - reconnaissance de modes de pensée pathologiques<br>- reconnaissance de la difficulté des projets de vie<br>- reconnaissance des difficultés d'autres patients<br>- relation positive au soin.<br>- acceptation de la position de patient<br>- abord individuel possible voire psychothérapeutique. |
| **Présent** | - vécu de perplexité, de marasme, de détresse, impression clinique d'effondrement<br>- entretien de projets déréels<br>- besoin de soutien seulement implicite<br>- conscience inégale ou variable des troubles<br>- relation + ou - bonne au soin<br>- fréquence de l'abord institutionnel : équipe de secteur, hdj, hospitalisation libre |
| **Intense** | - du déni massif des troubles à la méconnaissance des actes<br>- incapacité de s'identifier à autrui<br>- de la relation hostile aux soins au refus des soins<br>- traitement en hôpital psychiatrique, éventuellement sous contrainte ou en sortie d'essai |

• *Item15. Troubles de l'humeur.* Contrairement aux notions classiques, une composante dépressive et/ou des épisodes d'excitation sont fréquents chez les patients psychotiques à certains moments de leur évolution.

• *Item16. Présence de traits ou de symptômes non psychotiques.* Au fur et à mesure de l'évolution, à partir d'un état de dissociation important, peuvent apparaître des éléments de symptomatologie pseudo-névrotique (phobie, obsession, traits hystériques) ou perverse (utilisation à son profit des personnes et des moyens thérapeutiques) qui témoignent d'un début de réorganisation psychique face aux angoisses psychotiques.

• *Item17. Angoisse.* Cet item évalue l'angoisse, qui peut se traduire par de l'agitation, des cris, des réactions agressives, des exigences tyranniques, des automutilations. L'angoisse manifeste une mauvaise contention émotionnelle et pulsionnelle qui s'améliore quand le patient trouve un meilleur équilibre intime et relationnel.

## Groupe 4 : Description de la situation sociale

L'organisation contemporaine des soins de secteur montre que l'environnement social d'un patient est souvent fourni et/ou soutenu par l'action de la famille, des assistantes sociales, des institutions de soins : tous doivent souvent encourager, accompagner, réguler, voire introduire des mesures de protection afin de maintenir pour le patient une vie quotidienne de qualité suffisante.

Face à ces réalités quotidiennes, la COP 13 décrit différentes postures du patient en interaction avec ceux qui l'accompagnent, que le patient soit autonome, participant, assisté ou protégé dans les différents actes de la vie courante. L'investissement de la réalité sociale, plus ou moins co-animé par l'entourage et les soignants, évolue avec les changements dans l'équilibre psychique du patient.

Le groupe 4 rassemble ces observations et peut décliner avec précision comment le patient se situe sur les différents plans de la gestion du budget, du travail rémunéré, de la vie domestique et des loisirs.

- *Item 18. Gestion du budget – Rapport à l'argent*
- *Item 19. Hébergement*
- *Item 20. Travail rémunéré*
- *Item 21. Vie domestique*
- *Item 22. Loisirs*

## Groupe 5 : Equilibres interactifs du sujet avec son environnement

L'organisation contemporaine des soins met en évidence les équilibres que le patient construit avec les personnes de sa famille et avec « l'appareil de soins » : position à l'égard des médicaments proposés, mesures de protection ou de contrainte, accompagnement dans son cadre de vie. Les positions familiales peuvent soutenir largement le traitement ou, au contraire, y faire obstacle plus ou moins ouvertement. Ces investissements peuvent évoluer au fur et à mesure.

• *Item 23 et 24. Relation du patient à sa famille et de la famille au patient.* Certaines modalités relationnelles s'observent souvent entre un patient psychotique et sa famille. Elles ne sont pas toujours aisément repérables, et pourtant il s'agit d'un élément très important de la scène clinique. L'intensité des échanges, par exemple, peut vider de contenu la relation à un thérapeute ou encore, être un facteur plus ou moins occulte de rechute.

*L'item 23 décrit la relation du patient à son entourage*

| | |
|---|---|
| A | intrusion tyrannique |
| B | recherche de symbiose / collage |
| C | paradoxalité |
| D | mise à distance défensive |
| E | bonne distance apparente |
| F | différenciation personnation |
| G | impossible à préciser |

*L'item 24 décrit la relation de l'entourage au patient*

| | |
|---|---|
| 1 | intrusion tyrannique |
| 2 | recherche de symbiose / collage |
| 3 | paradoxalité |
| 4 | mise à distance défensive |
| 5 | bonne distance apparente |
| 6 | différenciation personnation |
| 7 | impossible à préciser |

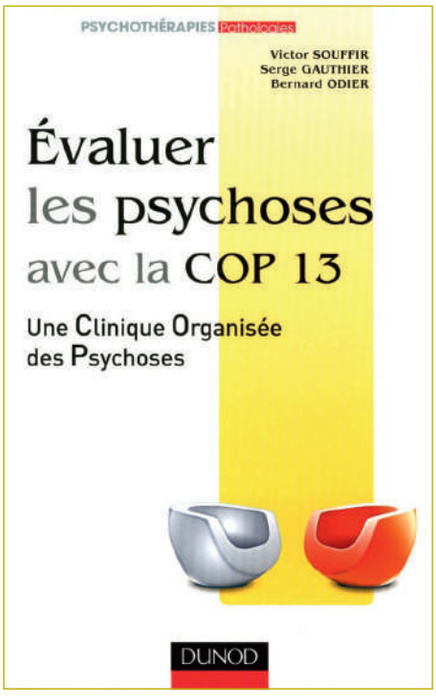
Une image de la dynamique relationnelle est obtenue en rapprochant les deux items précédents, p.e. A5 : le patient est tyrannique bien que la famille cherche une bonne distance à son égard, etc.

La COP 13 décrit de nombreuses figures en combinant ces deux éléments, et en proscrivant les jugements hâtifs qui ont parfois été portés sur les proches des patients. Surtout, elle montre que les figures observées sont évolutives.

### Relation entre la famille et le dispositif de soin

• *Item 25. Relation entre la famille et le dispositif de soins.* Le climat général des relations entre la famille et le dispositif de soins est important pour l'organisation et l'évolution du traitement.

| | |
|---|---|
| **A. La famille contribue à l'évolution positive du traitement : alliance thérapeutique** | 1. Synergie<br>2. Contribution positive au traitement<br>3. Attitude mesurée |
| **B. La famille permet que le traitement se poursuive et reconnaît la pathologie** | 4. Délégation<br>5. Soumission<br>6. Acceptation forcée - résignation<br>7. Indifférence - éloignement |
| **C. Relation destructrice au traitement** | 8. Idéalisation, démission<br>9. Disqualification, manipulation<br>10. Intrusion, désorganisation, persécution |




• *Item 26. Rapport du patient au système de soins*. L'item 26 explore le jugement que tout patient porte sur le fait d'être soigné. Il a conscience de ses troubles ou les dénie. Il participe aux soins, les admet ou les refuse. La COP 13 décline plusieurs situations, de l'alliance thérapeutique au refus de traitement aboutissant à sa rupture, éventuellement de façon répétée, situation non rare au début des évolutions.

## Perspectives pour la sémiologie des psychoses

La COP 13 apporte un nouveau mode de description, et, à l'expérience, son utilisation met en évidence des évolutions significatives. Au lieu des termes « savants » : discordance, dissociation, clivage, sur le sens desquels il est difficile de se mettre d'accord, la COP 13 propose des nuages de signes, des silhouettes cliniques dans chaque « case » des 26 items avec leurs trois degrés de sévérité (absent, présent, intense). C'est une sémiologie diffractée, partageable par tous dans une équipe de soins, formulée dans le vocabulaire de la « clinique courante » qui s'est modifié et développé depuis 50 ans. La forme de la COP 13 facilite pour les participants la possibilité de s'exprimer plus librement et donc de s'impliquer davatange.

D'une sémiologie monadique, tout entière située dans le patient, en tout ou rien, en présence/absence, et dont nous serions les témoins extérieurs prétendument objectifs, elle fait évoluer ses utilisateurs vers une sémiologie plus ouverte, où sujet et objet s'influencent mutuellement, où ce qui vient du sujet s'articule avec les réponses du milieu : pour de multiples items, la COP 13 propose une clinique élargie et interactive.

Cela n'est pas contingent : la stabilisation des états psychotiques s'appuie toujours sur le développement de fonctionnements psychiques particuliers à chaque sujet et sur une intervention plus ou moins complexe et intense du monde extérieur, qui doit se manifester de façon d'autant plus active que la désorganisation est plus profonde. Ces constatations rendent compte aussi de la lenteur et de la complexité des changements dans ces pathologies. Il existe une architecture complexe des symptômes mentaux et des relations qui se modifie, se défait, se reconstruit dans les traitements au long cours que nous connaissons aujourd'hui. ●

* V. Souffir, psychiatre, psychanalyste, médecin directeur de l'Hopital de jour de l'ASM 13

S. Gauthier, psychiatre, psychanalyste, médecin responsable de l'Atelier Thérapeutique et du CATTP de l'ASM 13

### Références Bibliographiques

**Ey H., Bernard P., Brisset Ch.** (1970). *Manuel de psychiatrie,* Paris, Masson et Cie.

**Freud S.** (1914). Remarques psychanalytiques sur un cas de paranoïa (Président Schreber)*, in Oeuvres Complètes X, Paris, P.U.F., 1993, 225-304.*

**Freud S.** (1914). Pour introduire le narcissisme, *in Oeuvres Complètes XII, Paris, P.U.F., 2006.*

**Freud S.** (1917). Deuil et mélancolie, *in Oeuvres Complètes XIII, Paris, P.U.F., 1988, 259-278.*

**Freud S.** (1915). L'inconscient, *in Oeuvres Complètes XIII, Paris, P.U.F., 1988, 203-242.*

**Freud S.** (1917). Complément métapsychologique à la doctrine du rêve, *in Oeuvres Complètes XIII, Paris, P.U.F., 1988, 243-258.*

**Racamier P.C.** (1976). *Les schizophrènes,* Paris, Petite Bibliothèque Payot, 1980-1990.

# Quelques choix méthodologiques[1]

Bernard Odier

### La recherche d'une sensibilité maximale

C'est l'objectif prioritaire de cette méthode de description. La recherche de précision est la première voie qui vient à l'esprit. C'est celle suivie par plusieurs échelles d'évaluation dans le registre clinique des psychoses. Par exemple la SAPS propose de décrire l'intensité des idées délirantes selon six niveaux. Outre le fait que la fiabilité inter-juges n'est pas documentée sur ce point pour cette échelle, cette voie nous semble pavée par l'illusion d'avoir à décrire un phénomène physique qui serait quantitativement mesurable. On peut bien sûr ordonner rationnellement des modalités différentes d'idées délirantes, mais aucun d'entre nous n'a connu de cas où l'évolution d'un patient l'aurait vu passer par ces différentes modalités que l'on pourrait ralentir ou accélérer. Le jugement clinique dans ce registre est un jugement qualitatif, plus que quantitatif, et dans une compréhension psycho-pathologique, on est aussi attentif, voire plus attentif à la façon dont l'accent se déplace de telle manifestation clinique vers telle autre, qu'aux variations d'intensité de cet accent. La recherche d'une sensibilité maximale doit donc se tourner vers d'autres voies.

### Élargir l'horizon de l'observation renverse en avantage la critique académique du psychiatre de secteur « qui s'occupe de tout »

Les méthodes d'évaluation des traitements dans les maladies chroniques ne se limitent plus aujourd'hui à la mesure de l'efficacité des traitements. Pour les maladies aigues, ou pour évaluer l'efficacité des traitements brefs ou ponctuels, les procédures bien rodées des essais cliniques collectent les jugements cliniques des médecins, et des indices biologiques (les résultats des « examens complémentaires »). Mais pour les malades chroniques, dont le nombre s'est accru sous l'effet même de l'efficacité des traitements (« l'endémie silencieuse des rescapés »), les critères de guérison sont inadéquats, et d'autres problèmes ont une importance pratique considérable.

La question de la facilité de mise en œuvre des traitements, si importante pour l'observance, est étudiée par les études d'efficience. Les études comparant les avantages et les inconvénients des traitements intègrent désormais l'avis des patients interrogés sur leur « qualité de vie » sous traitement. La constitution d'associations de malades a contribué à élargir le champ de l'évaluation qui s'est étendu, en psychiatrie comme ailleurs. Beaucoup d'aspects de l'existence des patients sont colorés par la maladie, et l'environnement joue un rôle important. La mesure de la « qualité de vie » est une approche qui intègre ces dimensions sans chercher à éclairer leur circularité : un environnement favorable (« des conditions suffisamment bonnes ») constitue un élément de pronostic favorable, et une amélioration clinique permet une amélioration des conditions d'existence.

Dans les psychoses chroniques, nous retrouvons tout cela, mais s'y ajoutent les effets d'un mécanisme psycho-pathologique spécifique à la psychose : la projection sur le monde extérieur d'une partie de la vie psychique. Nous avons donc opté, dans une compréhension extensive de la clinique, pour un ratissage[2] aussi étendu que possible des aspects psychiatriques classiques et élargi aux aspects projetés. Cette interpénétration de la clinique et d'aspects « sociaux » est rencontrée sous différentes formes en psychiatrie, depuis la solidarité en psychiatrie entre assistance et traitement, jusqu'à la notion de réhabilitation sociale en psychiatrie, en passant par celle de suppléance[3] due aux psychanalystes lacaniens décrivant comme des particularités cliniques les modalités particulières d'arrimage des malades à la réalité. C'est en s'étendant à toute une gamme d'aspects décentrés, projetés, indirects, c'est-à-dire en intégrant les aspects de la vie psychique projetés sur le monde extérieur, visibles seulement si l'on ne se focalise pas sur le malade lui-même, qu'il nous semble possible de décrire les équilibres des malades avec leur environnement, et leurs discrets changements. Mieux, la subjectivité nous semble par essence impossible à saisir par visée directe, tandis qu'elle se reflète dans l'inscription sociale. C'est bien sûr au prix d'une interprétation clinique et psycho-pathologique que ces aspects cliniques « non mentaux au premier abord » peuvent être considérés comme faisant partie du tableau clinique. Bochereau propose le terme de « panoramique » pour qualifier ce regard, tandis que d'autres évoquent celui du dauphin (situés de part et d'autres de leurs têtes, les dauphins ont un champ visuel de 360°).

Le terme de « panoptique », proposé par Bentham et commenté par Foucault, pourrait aussi être envisagé. Adaptée à la description d'organisations totalisantes (prison, hôpital) où la vie de tous peut être embrassée d'un seul regard, la notion de panoptique trouverait son équivalent en milieu ouvert dans la somme des regards des membres d'une ou plusieurs équipes soignantes centrés par un seul.

Aux trois groupes d'items correspondant aux domaines de l'approche psychopathologique « traditionnelle », sont ainsi adjoints deux groupes (les groupes IV et V) décrivant l'équilibre interactif du sujet avec son environnement, ainsi que son rapport au traitement.

### Multiplier les observateurs

L'équipe soignante est un ingrédient quasi-indispensable du traitement au long cours de ces patients. Ceux-ci sont l'objet d'observations répétées et prolongées par de nombreux membres des équipes. C'est la multiplication des observateurs qui augmente la puissance de l'observation. Les cotations « en équipe » sont ainsi recommandées. La pratique des réunions cliniques centrées sur l'examen en équipe d'un cas en est renouvelée. C'est la multiplication des observations par des observateurs différents qui limite les méconnaissances jamais tout à fait généralisées liées aux mécanismes de déni et de clivage dans le registre des psychoses. Une réunion d'une heure entre quatre intervenants est plus informative qu'un entretien individuel de quatre heures avec le patient.

### Procéder en deux temps : recueil du matériel clinique selon des modalités ouvertes puis cotation dans un temps second

Actuellement, nous pensons que les questions de description des évolutions obtenues chez les psychotiques sont si déli-

cates, qu'il serait vain d'espérer qu'un cotateur anonyme puisse substituer les résultats de son investigation - fut-elle clinique - à la connaissance à laquelle accèdent les thérapeutes et soignants devenus des « familiers » du patient. D'où la proposition d'une méthode de mise en forme seconde et méthodique de l'expérience clinique accumulée par les uns et les autres. La première étape, celle de la collecte de la clinique[4], vise l'exhaustivité des connaissances acquises à propos d'un malade. Par opposition avec les questionnaires fermés ou les entretiens semi-directifs, son déroulement est assez libre. Le deuxième temps voit l'équipe confrontée à la contrainte de la cotation, ce qui en général relance la discussion clinique.

### Décrire les forces à l'œuvre dans l'homéostasie

La recherche clinique en cours, dont cette méthode est à la fois un résultat et un outil, vise à préciser la nature des équilibres observés entre les malades, leurs familles, le socius, et le dispositif de soins. Sans présumer de la nature de ces équilibres (s'agit-il de paliers de stabilisation plutôt que de rémissions, d'équilibres ponctués plutôt que de stades, de postures plutôt que de formes cliniques ?), ces états plus ou moins stationnaires engagent des forces dont l'action est d'autant plus difficile à percevoir que le résultat apparent est une stabilité relative, voire une quasi-immobilité. C'est un problème analogue à ceux abordés par les physiciens à l'enseigne de la « statique », et par les biologistes à celle de l' « homéostasie ».

Seulement ici, il ne s'agit pas d'équilibre du milieu intérieur tel que Claude Bernard en découvrait l'existence, mais d'équilibre du système formé par le malade et son milieu extérieur. De même que l'immobilité d'une tasse de café évoque peu la puissance des forces gravitationnelles, de même elle dissimule plutôt qu'elle ne montre les forces de frottement qui la freinent sur la table, et sans lesquelles celle-ci se comporterait comme un plan incliné invitant à la glissade. Nous avons essayé de recenser les forces en jeu dans les équilibres observés, et c'est sous cet angle que nous avons cherché à décrire le rapport du malade au socius dans ses différents registres (logement, budget, vie domestique, travail, loisirs), les rapports qu'entretiennent entre eux le malade et sa famille, le rapport de la famille au traitement, et enfin celui du malade au traitement.

Un champ de forces est ainsi décrit, aidant à situer les dynamismes de situations apparemment statiques pendant de longues périodes. On relèvera deux omissions, peut-être à corriger dans l'avenir : celle des rapports entre le socius et la famille d'une part, et d'autre part celle des rapports entre le socius et le dispositif de soins. Les premiers correspondent aux registres des solidarités à l'œuvre (ou à l'inverse aux stigmatisations), les seconds sont l'objet de la politique de santé mentale. ●

### Notes

1. L'ensemble des choix méthodologiques est exposé dans le chapitre 9 de « Souffir V., Gauthier S., Odier B. ; Evaluer les psychoses avec la COP 13, Dunod éd. ».

2. Le terme parcours, de « parcourir » (en anglais, « to scan »), qui est utilisé en tomographie, n'évoque pas aussi bien que ratissage la dimension de tri du matériel clinique.

3. Mattrand A.-C., « Facteurs subjectifs de stabilisation chez les patients schizophrènes », Th. Méd., Marseille, 2008. Soler C., *L'inconscient à ciel ouvert de la psychose,* Presses Universitaires du Mirail, Toulouse, 2008. Notion probablement proche de ce que Racamier appelle « aide au moi ».

4. Nos collègues québécois disent la « cueillette » des données.

## Un travail de groupe sur des cas cliniques

*Victor Souffir*
victor.souffir@gmail.com

● Notre groupe de travail s'est constitué en 1994 autour du thème de l'évaluation dans les états psychotiques traités dans l'ASM 13. Ce petit groupe, constitué de cinq à dix personnes selon les moments a fonctionné de la manière suivante. Tous étaient partie prenante de la conduite des traitements. A tour de rôle, sans préparation, un participant (psychiatre, psychologue, membre de l'équipe soignante, seul ou à deux) rapportait une histoire clinique vécue avec un ou une malade suivi(e) depuis un certain temps, de quelques mois à quelques années, sans se plonger au préalable dans le dossier, en mobilisant seulement ses souvenirs personnels [1].

En 18 ans, notre groupe a ainsi consacré 150 soirées à étudier, selon cette méthode, 150 histoires de patients suivis régulièrement. L'intervenant évoquait, dans l'ordre qui lui convenait les circonstances de la rencontre avec le patient, le début des troubles, la sémiologie observée au début et plus tard, les propos et le comportement du malade, le climat des échanges, les rencontres avec la famille, le mode de vie courant du malade et sa façon d'utiliser et de se comporter dans les soins. Le matériau de départ n'est donc pas l'observation directe du malade, mais une narration déployée par un ou plusieurs acteurs du traitement.

Cette modalité de recueil indirect du matériel déplace la sémiologie de l'objectivation d'un trouble délimité chez l'autre (la conception classique) vers un ensemble de traits perçus, vécus, ressentis, développés dans la « fréquentation » d'un patient, exprimés dans des termes simples et compréhensibles par tous que nous avons appelé la clinique courante. Un double mouvement s'opérait : la constitution progressive de la grille sémiologique selon les axes théoriques initiaux et la cotation cas par cas sur la base de cette grille en devenir.

C'est à partir de la narration du cas que va s'exercer, dans un aller-retour avec le guide qu'est devenu la Cop 13, l'opération de nomination, de discernement, et de choix que l'on appelle une cotation. Cet exercice répété a permis de mettre en évidence différents niveaux d'organisation des psychoses. ●

[1] C'est encore ainsi que se déroulent nos séances de travail dans les cycles de formation que nous organisons pour de nombreux services de psychiatrie.

# La COP 13, outil d'aide à la décision en équipe

Victor Souffir et Serge Gauthier

● En dehors d'une perspective de recherche, la COP 13 est souvent utilisée pour clarifier une situation clinique préoccupante - répétitive, chaotique, ou au contraire trop figée - ou encore, pour tenter de mettre en évidence les changements survenus dans l'état d'un malade ou lorsqu'on recherche de nouvelles orientations.

Une cotation nécessite du temps - environ une heure et demie - mais aussi un effort d'engagement subjectif. Dans le travail courant d'une équipe de soins, en effet, une réunion de cotation peut faire craindre de voir le malade « être mis dans des cases ». Chacun peut craindre de voir dévoilée, abâtardie ou critiquée la représentation qu'il se fait du malade ou de ses relations avec lui. L'expérience montre en fait que si la COP 13 fait émerger des aspects restés dans l'ombre, le déplaisir qui en résulte est vite compensé par le sentiment de voir la situation de façon plus claire, plus en face, ce qui permet alors des réajustements, un surcroît de justesse dans l'attitude soignante. En fin de cotation en effet, l'éventail large des items abordés permet le plus souvent de dégager des lignes de force nouvelles pour le traitement. Nous donnons dans ce qui suit un éventail de dix types de conclusions consensuelles sur « ce qu'il conviendrait de faire » que nous avons rencontrées avec une certaine fréquence.

### Le traitement se déroule bien et rien ne doit être changé

Plusieurs items montrent que la symptomatologie est améliorée par rapport au début. Le patient reconnaît davantage ses troubles. Ni ses moyens matériels d'existence ni sa santé physique ne semblent attaqués. Les médicaments sont bien tolérés et suffisamment acceptés. La famille accepte la situation de soins ou y participe. Des perspectives d'avenir aménagées sont envisagées. Un suivi peut être organisé et accepté, voire renforcé (éducation thérapeutique, psychothérapie, etc.)…

Dans d'autres cas, l'ambition est moindre et on se satisfait du fait que l'état du patient et l'organisation de sa vie se maintiennent, étayés sur le système de soins et les apports de l'entourage. On ne peut envisager un « ailleurs » et il faut s'accommoder de cet équilibre.

### On doit inciter le patient à entrer dans une institution

Malgré un traitement médicamenteux et un suivi ambulatoire apparemment ajustés, l'état du patient reste instable, ou replié, déprimé, trop vide d'apports relationnels ou d'activités socialisantes. À un degré de plus, le patient (re)commence à vivre la nuit, on craint un passage à l'acte, le soutien familial semble insuffisant … Il faut penser au soutien d'un GEMM, d'un CATTP, d'un hôpital de jour, suivant la densité soignante que l'on pressent comme indispensable. Il faut susciter de nouveaux étayages, de nouveaux investissements, de nouvelles situations qui donnent matière à penser et agir avec le patient…

### L'équipe est trop proche

Le malade suscite une sympathie trop générale et des espoirs et projets sans cesse ranimés, mais la cotation révèle des éléments discordants et peu pris en compte : une hostilité sourde qui n'est perçue que par certains, une incurie de fond, un échec répété des projets mis en place, une position de la famille vis-à-vis du traitement qui reste hostile ou explorée, etc…

Il y a une collusion inconsciente avec le mode d'être, pathologique du patient, voire une protection implicite sous tendue par une séduction narcissique.

### Il faudrait infléchir le traitement médicamenteux

La cotation COP 13 peut faire apparaître que le traitement est trop lourd, qu'il n'a pas été suffisamment réévalué depuis l'entrée du malade, ou au contraire insuffisant, laissant le patient angoissé, excité, menaçant l'équipe qui craint un passage à l'acte ou pour sa propre vie.

La cotation très simple de l'item 15 rappelle l'utilité fréquente, actuellement reconnue, de l'ajout d'un traitement antidépresseur ou thymorégulateur qui pourra soulager le malade de variations d'humeur face auxquelles il se sent totalement impuissant.

### L'équipe a peur

Une séance COP 13 peut dévoiler des aspects inquiétants que seulement certains soignants ont relevés ou dont ils sont conscients. La séance en équipe relève éventuellement que les limites données au patient sont floues ou objet de divergences, ou encore que l'équipe infirmière trouve les doses de médicaments « un peu justes ». Le psychiatre peut ne pas « voir » que le patient lui impose dans l'entretien individuel une stratégie de communication qui le coupe d'une agressivité exercée au quotidien envers l'équipe de soins ou la famille. D'où un risque de dissociation psychiatre/équipe soignante.

### Il est opportun de proposer une séparation progressive du milieu familial

C'est une question capitale dans l'évolution des traitements. L'adolescence est un moment clé du travail d'autonomisation (de séparation-individuation) que tout sujet doit opérer vis-à-vis de sa famille. La survenue de troubles psychotiques à l'adolescence peut rendre ce travail insurmontable et déboucher sur des perturbations très graves : séparation massive voire irrémédiable (violences répétées, déception et abandon (items 1,10, 23)) ou, à l'opposé, proximité symbiotique familiale figée et en corolaire désinvestissement du monde extérieur, crainte que tout changement ne fasse réapparaître des troubles (geste suicidaire, crise… (items 9, 13, 14).

Le premier effet des soins est souvent une reprise de la communication du patient avec son entourage, une reprise de contact, voire une vie sous le même toit avec la famille. Cependant, même lorsqu'il n'est pas question explicitement de séparation, celle-ci doit toujours être présente à l'esprit des équipes de soins. Souvent, elle se met en place, après quelques hospitalisations, par des formules aménagées qui

aident le patient à organiser une vie quotidienne nouvelle, éventuellement de concert avec les efforts de la famille. Ces changements concernent souvent d'abord le logement, les loisirs, le travail (items 18 à 22), de façon très progressive, avec des possibilités d'échec et de nouveaux essais à venir (items 11, 12, 13). Le choix des formules doit être très réfléchi car chaque échec compte dans la vie d'un malade et de son entourage. Le gain apporté par une nouvelle situation plus adéquate ne doit pas faire oublier que cela nécessite un réaménagement des liens, des idéaux, etc., pour le patient, mais aussi pour sa famille.

### Il est nécessaire de proposer une séparation nette d'avec le milieu familial

La cotation des items 10, 23 à 25 peut révéler des interactions confusionnantes ou violentes irréductibles entre le patient et sa famille qui restent très intenses malgré les hospitalisations répétées ou l'entrée du patient dans une institution de jour. Les entretiens familiaux ne débouchent ni sur une détente ni sur un gain d'autonomie. Les crises restent fréquentes ou dangereuses. Tout reste compliqué dans une sorte de magma où l'on ne s'y retrouve pas.

Dans ces cas, on peut proposer un séjour de plusieurs mois dans un établissement éloigné, par exemple dans une clinique plus orientée dans la psychothérapie des psychoses. La séparation sera nette, durable, les retours en famille seront rares et laissés à l'appréciation du médecin de l'établissement. Cet éloignement est parfois une bonne solution vitale que des patients et parfois des familles choisissent d'eux-mêmes.

### Favoriser la sortie d'une institution, décondenser l'étayage soignant

Une cotation suggère que l'on pourrait tenter le passage vers une formule de soins ou d'accompagnement plus légère. La situation de soins s'est stabilisée à l'hôpital, ou en hôpital de jour, ou dans un hébergement thérapeutique. Le patient n'est plus à la merci d'une crise disruptive (item 12), on perçoit une meilleure reconnaissance de ses troubles (item 14), il manifeste des investissements nouveaux…

On pourra, selon les cas, conseiller l'orientation vers un CATTP, un SAVS ou un GEMM, une formule de logement, de travail, de loisirs plus ouverte. Ces formules peuvent être combinées, souvent à partir de séjours séquentiels, parfois en prenant le risque d'une crise transitoire liée au changement (item 13). Les précautions et les réaménagements comportent certaines analogies avec le processus de séparation / individuation du milieu familial.

### Mettre en place un cadre légal au traitement

Une cotation COP 13 est souvent demandée devant des situations « impossibles », chaotiques, violentes, plus ou moins perversifiées, donnant à l'équipe un sentiment d'impuissance durable. On découvre alors souvent une situation de soins attaquée, parfois de façon insidieuse, ou détournée sur un mode parasitaire voire délictueux (trafic de toxiques, caïdat, usage de la vie en groupe à des fins sexuelles, etc). L'équipe thérapeutique peut subir une situation qui lui échappe plus qu'elle ne propose des soins : le patient entre et sort de l'hôpital sans tenir compte d'aucun projet thérapeutique ; parfois la cotation objective la connivence de son entourage familial.

Ailleurs une dangerosité plus ou moins déniée est mise en évidence pour le patient, ses proches ou les membres de l'équipe de soins. Ailleurs encore, le patient aliène ses moyens d'existence, laisse envahir ou se dégrader son logement.

Dans tous ces cas, le patient ne se calme pas, refuse la situation de soins et en même temps exerce une emprise sur autrui ou sur les services soignants. Lorsque les soins continuent malgré tout d'être indispensables, on doit envisager le recours à des moyens légaux (SPDT, SPDRE, mesure de protection des biens) que le patient vit comme étant à son détriment mais qu'il faut néanmoins assumer pour son intérêt à long terme.

### On peut penser à une psychothérapie familiale

La cotation peut révéler que les liens familiaux n'ont pas été suffisamment pris en compte et qu'ils sont très agissants. Ou au contraire que la famille s'est tenue activement à l'écart du traitement ou qu'une relation occulte patient-famille disqualifie le traitement. Ces observations suggèrent des modifications dans les rapports de l'équipe soignante avec la famille : discussion sur le traitement, soutien ou sollicitation plus actif, distance plus importante, rencontre avec un frère ou une sœur…

Une psychothérapie familiale proprement dite est assez rarement suggérée, car la volonté des proches de contribuer à la compréhension psychologique de la situation est limitée ou étroitement liée à la dynamique de soins du patient ; cette implication de la famille est également très liée à la confiance très personnalisée qui s'établit dans l'échange avec l'équipe de soins.

### Conclusion

La COP 13 réaffirme que la clinique relevée par le psychiatre lors du colloque singulier n'est qu'une partie de ce que le médecin peut connaître des troubles de son patient dans le cadre des psychoses graves. L'équipe psychiatrique de façon plus ou moins consciente éprouve et connaît des facettes essentielles du psychisme du patient.

Notons ici que l'approche multidisciplinaire comme base de l'observation clinique et de la décision thérapeutique, parfois contestée ou mal comprise par les autorités de tutelle dans nos milieux, est aujourd'hui largement utilisée dans d'autres domaines de la médecine dès lors qu'il s'agit de pathologies complexes ou de situations comportant une dimension éthique.

Un outil comme la COP 13 renforce la possibilité d'autosupervision et d'évaluation collective d'une équipe : elle utilise le fort potentiel des réunions clinique et d'une parole relativement libre mais y ajoute une mise en forme structurée et exhaustive. On observe couramment que cet exercice d'évaluation large fait apparaître certains aspects importants et cependant méconnus du cas clinique qui mènent à réviser les conditions du traitement, tant en ce qui concerne les médicaments que les mesures psychologiques, relationnelles, institutionnelles, administratives ou sociales qui ne peuvent plus aujourd'hui en être séparées. ●

# Une cotation, son déroulement et ses effets

Bernard Odier

La tendance à méconnaître tel ou tel aspect de la clinique existe dans le travail psychiatrique. Du fait de la prévalence des mécanismes de déni et de clivage, c'est un phénomène ordinaire dans le travail clinique avec les psychoses. En pratique, cela se traduit par des erreurs d'appréciation, des aveuglements, des occultations. Cela peut avoir des conséquences pratiques importantes, par exemple en matière de choix d'objectifs pour les traitements. Dans la COP 13, le caractère méthodique du recueil de la clinique s'attaque à cette forme d'ignorance collective. Mais plus subtilement, la pratique de la COP 13 contribue à développer chez les cliniciens une vision globale de la situation des patients, qui les rend sensibles à des régularités, à des conjonctions, et à des contradictions. Des logiques dans les états psychotiques se dégagent qui peuvent constituer des éléments d'une psychologie des psychoses.

Il y a quelques années nous écoutions le psychiatre d'une équipe de secteur, ex-collègue du XIII$^{ème}$, nous parler d'une patiente qu'il suivait avec l'équipe du Centre Médico-Psychologique. L'un d'entre nous, devant son silence sur ce point, pose la question : « Et l'argent, comment cela se passe-t-il ? Elle se débrouille toute seule, il n'y a pas de problèmes ? ». « Non, répond le collègue, sans problème, elle se débrouille toute seule ». « C'est curieux, peu vraisemblable, cela ne colle pas avec le reste » commente alors V. Souffir, tandis que la discussion reprend. Quelques minutes plus tard, l'assistante sociale, mue par un irrépressible besoin de parler, intervient en coupant la parole à tout le monde : « Mais j'y pense, Melle X., à plusieurs reprises, elle a détruit en les brûlant ses dossiers de demande d'Allocation Adultes Handicapés ». Surprise du médecin, qui avait rédigé les certificats médicaux correspondants, mais qui ignorait qu'ils avaient finis carbonisés.

Au fil d'un exercice de cotation collective se construit une intelligibilité globale du cas qui donne du contraste à la clinique. Les animateurs de ces exercices de cotation sont conduits à un va et vient entre les fragments cliniques apportés par les membres d'une équipe et le dégagement progressif d'un mode de fonctionnement dont la viabilité du cas atteste la cohérence.

### Résistance collective et mécanismes collectifs de déni

Dans les réunions cliniques diverses (flashs, staffs, synthèses cliniques,…) le risque de renforcement du ronron institutionnel est d'observation courante. Serge Leclaire écrivait : « Il n'y a d'agencement collectif qu'à partir des résistances communes, et c'est la spécificité du discours du nous ». En pratique, la confrontation répétée avec la psychose et avec la folie mobilise des défenses individuelles et collectives. Aux défenses contre la folie des autres, s'ajoute en psychiatrie comme ailleurs la défense contre la peur. Parmi les travaux contemporains de psycho-dynamique du travail, ceux de Christophe Dejours montrent que dépasser la peur au travail repose sur la mise en œuvre de défenses apprises collectivement permettant le déni de cette peur. Différents dénis se combinent donc de façon durable autour d'un malade dans une synergie productrice de méconnaissances et d'ignorances. Il y a bien sûr les effets projetés chez les soignants et médecins des mécanismes de déni et de clivage à l'œuvre chez le patient. Quand le clivage est bien rôdé, qu'il a des qualités fonctionnelles et économiques, la conviction du malade peut être contagieuse, et l'on observe des phénomènes qui, à l'extrême, sont décrits par la notion de délire à deux. Dans celui-ci, le délirant est appelé l'inducteur, tandis que le récepteur est dénommé l'induit. Il est d'observation commune que tel ou tel aspect de la psychopathologie d'un malade puisse être collectivement méconnue, et conjointement tue par les malades et ceux qui s'en occupent. Parfois la famille du malade joue un rôle actif dans cette méconnaissance, en particulier quand tel ou tel membre de la famille, souvent la mère, entretient une relation occulte avec le malade et que par exemple des aspects de dépendance sont dissimulés. A contrario, c'est parfois la famille ou le socius qui « ouvre les yeux sur », qui décille une équipe. Bien entendu, on peut attendre de cliniciens expérimentés travaillant dans les équipes qu'ils œuvrent en permanence à mettre à jour ces aspects « recouverts ». Mais faisant partie d'une équipe, et ne jouissant pas d'une extra-territorialité, ils sont exposés comme le reste de l'équipe à la nécessité de mettre en œuvre eux-aussi des défenses dont des dénis.

### Penser ensemble

Des équipes de psychiatrie nous invitent pour une cotation « COP 13 » d'un sujet psychotique en situation de soins. Souvent les équipes choisissent un sujet pour lequel elles se sentent en situation d'impasse. Cela pourrait se produire à l'occasion de la venue de tout tiers ouvrant une possibilité d'écoute, de référence. Ce que cette méthode organise, c'est aussi un passage en revue de la clinique du cas sur un mode structuré.

Il s'agissait d'une jeune femme d'origine africaine. Les circonstances avaient fait que c'était sa tante vivant en région parisienne qui l'avait élevée à partir de l'âge de neuf ans. La COP 13 imposant un examen serré de la situation familiale, il apparait que l'équipe hospitalière avait adopté l'idée - apportée par la patiente - que cette tante l'aurait exploitée et maltraitée, la jeune fille « ayant claqué la porte à dix-huit ans ». Le récit de la biographie est très orienté par les « inconnues » de la relation entre cette jeune femme et ses parents, hors de portée de l'équipe soignante. Accueillie dans un Centre de jour, la jeune femme pratique le shopping, son activité préférée, que l'équipe s'ingénie de son mieux à organiser pour elle et avec elle. Elle confie à qui veut bien l'entendre que son désir le plus cher est de s'offrir un sac à main de luxe, de marque, ce qui paraît à tous impossible, vu les prix. Surprise en entendant l'équipe du foyer communautaire révéler qu'un placard de la chambre de cette jeune femme est bourré de sacs de luxe, non déballés, que sa mère lui envoie d'Afrique à chaque Noël. À l'occasion de cette cotation, plusieurs soignants découvrent la dialectique complexe qui noue les désirs de la jeune femme et ceux de sa mère, à l'insu de tous. L'exercice de cotation fournit un cadre propice à la mobilisation de témoignages diversifiés. Cette mise en commun améliore la cueillette des données cliniques. De plus le découpage de la description assure un balayage de toute l'étendue de la clinique du cas, qui se révèle souvent un antidote aux mécanismes d'angle mort si souvent rencontrés dans et autour des psychoses chroniques. Enfin le temps second de classement, de hiérarchisation et de regroupement selon des axes psycho-pathologiques conduit à une conception plus globale des problématiques qui permet la co-création d'une représentation renouvelée du patient.

Dans le cas de cette jeune femme, une des conclusions auxquelles arrive l'équipe est de se demander pourquoi est niée sa mère et pourquoi le rôle de sa tante qui s'en était effectivement occupée entre neuf et dix-huit ans est tellement négligé. Un effet de décadrage s'est produit, un peu comme dans une thérapie systémique.

### Un métier à narrer

Le mélange de directivité dans la conduite de la réunion et de détermination a priori des registres cliniques sur lesquels on attend que le groupe soignant se prononce, fournit un cadre, un canevas à l'associativité du groupe. Le plan de la cotation constitue une trame sur laquelle les soignants vont reconnaître, situer et placer les traits cliniques comme autant de motifs, l'ensemble constituant une représentation nouvelle et globale intégrant une part des précédentes constructions du sujet et de sa situation. Une liberté associative semble permise/facilitée par le cadre que constitue le canevas de la méthode.

Touche par touche va ainsi se préciser une silhouette clinique, un peu à la façon dont des témoignages successifs permettent à des enquêteurs de compléter un portrait-robot.

Très rapidement, le sentiment de familiarité qu'éprouvent les soignants avec la clinique relevée fonde la conviction d'une authentique reconnaissance de leur métier. La sophistication des opérations de description qui repose sur la qualité de leurs observations valorise un de leurs rôles. Ce n'est pas un des moindres paradoxes que d'observer la façon dont ce processus d'objectivation collective produit plus de subjectivité chez des soignants dont la perception de l'humanité de leur patient augmente avec leurs progrès dans la compréhension globale du cas.

Invités dans un hôpital psychiatrique, nous écoutons un psychiatre nous raconter l'histoire clinique d'un malade et nous décrire sa situation. Il s'agit d'un homme qui avait été interné plusieurs années auparavant par décision préfectorale, après avoir été jugé irresponsable du meurtre qu'il avait commis. Il avait tué avec férocité la tenancière d'un bar près de chez lui. L'émotion soulevée dans la population avait conduit à « dépayser » son hospitalisation. D'où sa présence dans un hôpital un peu éloigné de chez lui. D'emblée notre collègue affiche son point de vue: « son équipe et lui sont hors d'état de pouvoir soigner ce malade, car « la préfecture » les oblige à faire une psychiatrie sécuritaire ». Dans la salle où nous travaillons ce jour-là se trouve toute l'équipe de ce collègue qui fait corps avec son leader. L'exercice de cotation commence par la cotation des items d'attaque. À notre stupéfaction, l'ensemble de l'équipe estime que le patient ne présente aucune destructivité. Nos questions, nos relances, butent sur cette unanimité.

L'expérience suggère qu'en pareil cas, les psychanalystes seraient assez prudents. Ils veilleraient à ce que leurs actions, leurs interventions ne soient pas vécues comme agressives et intrusives, et ils hésiteraient à deux fois avant de mettre le fer dans la plaie. Ces phénomènes de communauté de clivage sont désarmants.

La cotation continue par la description des troubles de l'investissement. Insensiblement, sous l'effet de la reconnaissance de leur clinique quotidienne par la COP 13, certains soignants s'enhardissent et se mettent à parler, discutant entre eux de leur malade. Dès lors apparaissent des dissonances et des désaccords, certains se lançant dans la description d'aspects cliniques pittoresques qui les avaient questionnés, mais qui avaient été rejetés dans l'ombre du fait de la difficulté à les dire et à les intégrer dans une compréhension globale du cas.

C'est ainsi que nous entendons décrire la tenue du malade qui s'habille, qu'il pleuve ou qu'il vente, d'une aube noire de pope orthodoxe. Nous apprenons qu'il a peint en noir et décoré d'icônes l'intérieur de sa chambre, dans laquelle aucun membre du personnel n'ose pénétrer. Il a bâti dans le parc de l'hôpital une cabane, apparemment intouchable, qui abrite ses ébats érotiques avec les nombreuses malades - jeunes comme vieilles précise un infirmier - qu'il y entraîne. Les langues se délient, l'unanimité de façade se lézarde, le mythe de la victimisation conjointe du malade et de son équipe soignante s'effrite. Après trois quarts d'heure où d'autres voix se font entendre, comme celle d'une collègue qui avait refusé de l'admettre dans les appartements associatifs qu'elle anime « parce qu'il lui faisait peur », son caractère imperméable et hermétique se précise. Certains de ses gestes reviennent alors en mémoire qui constituent des énigmes durables comme la fois où, lors d'une activité d'équitation, il descend brusquement de cheval, s'empare d'un bâton et frappe violemment le sol. Ou, quand des infirmiers, qui l'avaient accompagné en ville, disent leur effroi lorsqu'ils l'avaient vu se détacher d'eux et foncer vers un bac à sable où jouaient des enfants.

Une fois la déconstruction du consensus initial accomplie et les constructions imaginaires décapées, la suite de l'exercice de cotation se déroule dans un climat gai et pacifique permis par le caractère organisé et structuré de la démarche de description clinique.

Progressivement, les participants sont gagnés par l'envie et l'intention de produire une analyse de la situation clinique du malade. Le rôle des animateurs de la cotation est important. Ils indiquent la façon dont chaque partie de la clinique s'éclaire du tout. Parfois la cotation paraît impossible et la décision forcément arbitraire. Mais l'expérience nous a enseigné qu'il faut alors boucler l'ensemble du cheminement, du parcours fléché, de la promenade guidée dans la clinique du cas pour s'en construire une représentation aussi complète que possible. En revenant ensuite sur ses pas, tel aspect clinique initialement incertain s'éclaire du progrès de la compréhension globale du cas. Il devient alors possible de préciser et de situer la valeur clinique de tels comportements, de tels traits, de tels symptômes, de telles paroles. Ce jour-là, nous avons coté une seconde fois en fin de cotation les items d'attaque et les soignants ont reconnu cette fois la destructivité du malade. Hors séance, notre collègue nous confie une toute nouvelle question pour lui : « Alors est-ce que ce malade s'étaierait sur le préfet ? ».

Là réside un sérieux problème technique. Sigmund Freud écrit que : « l'épreuve de réalité renforce le déni ». L'expérience montre qu'une équipe de psychiatrie met en œuvre défensivement des mécanismes de déni. Comment alors intervenir de façon efficace ? Ici la non-directivité rencontrerait une de ses limites. Il est possible, comme l'attestent certains psychanalystes, que dans un contexte de confiance construite avec les années, sous réserve de montrer le tact nécessaire sans pour autant être paralysé, un psychanalyste puisse accompagner une équipe vers plus de lucidité. Mais le psychanalyste en position tierce n'ayant pas éprouvé la réalité clinique du malade, son intervention portera sur le discours que tiennent les soignants à propos de celui-ci, et si le psychanalyste est assez avisé pour déceler des zones d'ombre, des points aveugles, des recoins, ou pour deviner qu'il y a de la poussière sous le tapis, se pose à lui la difficile question des motifs qui vont l'autoriser à bousculer l'équilibre défensif du patient et de l'équipe.

Il n'est pas du tout ou automatique que le gain en lucidité produit par une meilleure analyse de la situation se traduise par une augmentation des possibilités thérapeutiques, ou par un renouveau d'optimisme thérapeutique. Bien sûr les équipes en psychiatrie font épisodiquement l'expérience des effets du transfert subjectal (Jacquey, 1988), terme utilisé pour désigner l'amélioration clinique d'un sujet concomitante de la mobilisation d'une équipe se réunissant pour parler de lui. Le plus souvent, les choses ne sont pas aussi idylliques. Si le malade et le collectif soignant ont recours à des mécanismes de déni et de clivage c'est parce qu'il existait pour le malade exposé à ses pulsions agressives un danger interne, et pour les soignants exposés à la destructivité du malade un danger externe. Elliott Jaques, un psychiatre et psychanalyste canadien, fait l'hypothèse que « l'un des éléments primaires de cohésion reliant les individus dans des associations humaines institutionnalisées est la défense contre l'anxiété psychotique ». Ce n'est donc pas de gaieté de cœur que les uns et les autres vont abandonner leurs défenses pour adopter un mode plus élaboré mais plus douloureux aussi de fonctionnement. ●

# Vingt ans après*...

Bernard Odier

● Il n'est pas si facile de décrire en quelques pages vingt ans d'existence, vingt ans de traitement, et de démêler des influences, des initiatives, des réactions, des réponses, et des événements. C'est plus difficile encore quand une évolution clinique est émaillée de rechutes, de retours en arrière, de régressions, et qu'en somme le patient, ici la patiente fait trois pas en avant, deux pas en arrière. On peut bien sûr essayer de découper ces vingt ans en phases, mais alors ce découpage se fait selon un point de vue et néglige les autres. Ici l'évolution de la patiente est examinée sous l'angle de son rapport à l'autre, de sa sociabilité. C'est selon cet angle que son histoire est découpée, mais il faut se représenter qu'en réalité son évolution se fait aussi sur des plans différents, à des rythmes spécifiques dans chacun de ces plans, avec des scansions qui ne coïncident pas.

### 1. De l'intrusion tyrannique à la symbiose tranquille (18-25 ans)

A 18 ans, la jeune malade vit collée-collée à sa mère. Elles habitent toutes les deux un deux-pièces, et se disputeront pendant des années quant à l'affectation de la deuxième pièce. La mère a installé un lit matrimonial, et destine cette pièce à être la chambre dans laquelle elle dormira. La fille a installé et réinstallé à plusieurs reprises dans cette pièce une installation de prière dont elle se sert comme si sa mère n'existait pas. La malade déclare dormir dans la grande pièce, mais en réalité elle dort blottie contre sa mère. De nombreuses années plus tard, elle expliquera que seul le fait de dormir contre sa mère la protégeait de cauchemars terrifiants. Mère et fille se disputent sans cesse. La fille injurie, casse les objets de sa mère, la rackette, la bat. La mère de la malade est dépassée par les événements. C'est une femme qui paraît triste et qui échoue à faire face à cette fille difficile.

On observe que sa psychose aiguë, d'allure persécutive, se déclenche alors qu'elle avait trouvé refuge chez un protecteur. Lors de ses hospitalisations psychiatriques elle ne se sentira pas en sécurité, elle se sentira même facilement persécutée par les autres malades, les infirmières, les médecins, etc.

Cependant sous traitement neuroleptique, et pendant de longues périodes normothymiques, une atténuation de ces comportements intrusifs et tyranniques se produira. Elle restera longtemps réputée pour sa façon d'exiger d'être reçue à la minute, pour son impatience la conduisant à pénétrer dans une pièce sans frapper. Mais avec sa mère on notera une atténuation de ses troubles du comportement hétéro agressif, peut-être en parallèle avec la place grandissante que prendra le traitement psychiatrique pour plusieurs années dans sa vie, comme si la psychiatrie focalisait une part de la dépendance et de l'agressivité qui l'accompagne, et constituait progressivement un tiers triangulant la relation mère-fille. Toutes deux apprennent à se plaindre de l'autre au psychiatre.

*Cotation COP 13*

• Ici le thème dominant est celui de l'objet d'étayage et de son attaque, qui est décrit par l'item 1 « Attaque de l'objet d'étayage ». Cette attaque est intense. Elle est bien décrite par les traits : « menace : fait peur ; violence contre l'objet étayant ou son substitut (parent battu, soignant battu) ; démission ou rejet de l'entourage ; impose l'intervention d'instances extérieures ». Le recours au juge des enfants, le rapatriement sanitaire, l'hospitalisation d'office, les internements sont autant « d'interventions extérieures ». Elle est cotée « 2 » au début de la période, quand la malade a dix-huit ans. Comme souvent après les internements initiaux et la neuroleptisation, cette attaque s'atténue, et en fin de période, alors que la malade a vingt-cinq ans, la cote « 1 » convient : « exigences excessives ; tyrannie ; hostilité ; souffrance de l'entourage ». On est bien sûr devant un « Trouble majeur des interactions familiales » (item 10). « Paradoxalité des échanges », « interactions confusionnantes », « lien symbiotique occulte et/ou symbiose bruyante », « situation incestueuse (dort avec sa mère) », « zizanie systématique », « protection par l'éloignement » sont autant de traits que l'on observe ici au début de la prise en charge psychiatrique de la malade et qui correspondent à la cote « 2 ». Le départ à l'étranger et les internements constituent des éloignements. En fin de période, l'apaisement relatif peut être décrit par la cote « 1 » : « symbiose apparemment calme », « conflit contenu ».

### 2. Sortie de la dyade mère-fille (25-31 ans)

Tandis qu'un certain apaisement s'est installé entre la mère et la fille, des perspectives d'insertion sociale se profilent. La malade accepte le principe d'une évaluation. Celle-ci montrera l'étendue de son déficit instrumental, et l'importance de ses troubles attentionnels et cognitifs. Elle accepte le principe d'une allocation pour adultes handicapés. Elle réclame, une fois quitté le lit de sa mère, un logement indépendant. Ses demandes tonitruantes à la mairie le lui feront obtenir rapidement. Elle a envie d'un chien. Sa mère freine, parce qu'elle doute que sa fille puisse s'en occuper seule. Impossible à freiner, elle achète un animal qui l'attendrit sporadiquement. C'est grâce à lui qu'elle se familiarise avec la tristesse ordinaire : elle est triste d'être vite lasse de s'en occuper.

Avec la psychiatrie, ses échanges s'intensifient. Elle en attend beaucoup. Elle a une perception et une conscience de l'intensité de ses troubles de la pensée. Elle préfère les attribuer aux médicaments. De même, quoique de silhouette agréable, « les médicaments la font grossir » se plaint-elle. Malheureusement elle a aussi des petits effets secondaires neurologiques des neuroleptiques. De se tourner vers la psychiatrie la confronte à l'intensité de sa demande, toujours urgente, souvent totale. Elle exige de faire des études. Elle ne veut pas d'un travail subalterne. Elle est une artiste, elle le sent. Ses idéaux l'accablent. Elle m'en veut alors beaucoup de trouver ses projets déréels. Elle se sent facilement persécutée par soignants et médecins, tandis que progressivement elle développe une certaine compassion pour sa mère. Interrogée sur ce point, elle n'aime pas reconnaître que sa mère est dépressive. Mais progressivement, elle parlera de l'atmosphère à la maison, sombre, et des limites que rencontre sa mère avec

elle, vite atteintes. Elle dira sa mère souvent suicidaire, souvent méfiante, parfois brutale. Elle dort encore épisodiquement avec sa mère. Elle est alors moins longtemps hospitalisée, mais plus souvent. Elle fréquente l'hôpital de jour. Un début d'alliance thérapeutique s'amorce sous la forme d'une amélioration de son contact. Elle est moins sur la défensive, « moins parano ». Elle peut avoir de l'humour. Elle me dit : « Vous m'avez donné du caractère ». Après avoir emménagé dans son studio, elle m'invite à une fête qu'elle organise. Sa mère prend sa retraite.

*Cotation COP 13*

- Ici, la diminution d'intensité des troubles intra-familiaux libère la possibilité d'autonomisation. L'item 11 (Capacité d'autonomisation du milieu familial et/ou soignant) permet de suivre ce mouvement. Dans la première phase de la prise en charge, cette capacité était nulle. Les tentatives se soldaient par des catastrophes (psychose aigüe). La cote « 2 » décrit cet état de fait : « pas de séparation possible ; déni de la dépendance et tendance à la totalisation de la dépendance ; puérilisme affectif ; milieu soignant disqualifié ou « au service » de la symbiose ; réaction psychopathologique à la séparation (…, BDA,…) ». A la fin de la période, elle accède à une certaine acceptation de sa maladie, et plus généralement à la position dépressive. L'item 14 « Rapport du sujet aux troubles ou à la maladie permet de souligner qu'elle a quitté les terres de l'hostilité aux soins obligeant à des traitements sous contrainte (cote « 2 ») et qu'elle se situe désormais dans une « relation plus ou moins bonne aux soins » grâce à une certaine conscience de ses troubles (cote « 1 »).

**3. Le partenaire et son travail : la recherche de la bonne distance (31- 40 ans)**

Son emménagement dans son logement personnel va être extrêmement progressif. C'est au bout de huit mois de présence diurne qu'elle va pouvoir y passer une première nuit, au terme de laquelle elle conclura qu'avec des troubles comme les siens, habiter au rez de chaussée est impossible et que l'on doit lui donner un appartement en étage, ce qu'elle obtiendra assez rapidement. Bien sûr son chien l'accompagne chez elle, mais elle ne le considère en aucune manière comme un élément de sécurité. Elle va développer une relation avec un homme de son âge, un géant à l'allure débonnaire qui va désormais la suivre comme son ombre, partout où elle va. C'est une période où elle va m'intriguer en ressortant une histoire d'enlèvement par un homme en voiture quand elle avait 15 ans qui va lui faire arpenter des antichambres d'avocat, des salles d'attente de commissariats, des associations de victimes sans que ma conviction soit entraînée, ce qu'elle sentait très bien, et je me retrouvais dans la peau du sale psychiatre qui ne croit pas sa malade (« Par ce que je suis folle, c'est ça ? »). C'est que cette époque, copain aidant, était tournée vers le sexuel, mais un sexuel pas simple du tout, et qui semblait faire ressurgir des souvenirs traumatiques. Difficultés dans ce registre qu'elle met sur le compte des médicaments pour la façade. Et puis il y avait son logement, où elle ne se sentait pas très en sécurité, où elle faisait dormir (sic) son ami. Souvent, elle demandera que les psychiatres le contactent, elle exigera qu'il soit reçu sur rendez-vous, et lui se trouvera souvent embarqué dans un rôle de garant, de témoin, de garde du corps, tandis qu'elle attendra de lui explicitement qu'il renchérisse sur ses revendications, et qu'à sa façon il s'y dérobera. Lestée par sa présence, elle se freinera plus vite dans ses moments d'emballement où il aurait fallu, selon elle, toutes affaires cessantes diminuer de quelques gouttes son traitement, ou au contraire ajouter un antidépresseur (« et pourquoi moi j'aurais pas d'antidépresseur ? »). Son bonhomme souvent là, presque toujours silencieux, représentant une approbation sans condition lui donnait une assurance, l'assurance dont elle avait besoin pour pouvoir dire oui de temps en temps. Ainsi du Prozac, qui à la dose d'un demi-comprimé le matin « lui convient très bien » et d'un traitement médicamenteux qui n'a plus bougé depuis ses 35 ans, peut-être par ce qu'elle était tombée à ce moment-là sur un médecin un peu plus rigide que les autres, sûrement par ce qu'elle était devenue capable de supporter cette fermeté et d'en profiter. Elle a aussi compris ces années-là, que trop de psychiatrie n'était pas bon pour elle, et sa présence dans les lieux de soins va devenir plus mesurée, plus avisée.

Avec sa mère, elle a encore des moments d'excès mal maîtrisés dont celle-ci se plaint.

Pendant cette période, elle va faire un stage de six mois dans une librairie, suivre une formation pour s'occuper d'enfants dont elle conclura que « c'est pas son truc » (« J'ai peur de mal faire »), et tenir un stand sur un marché pour y vendre des bijoux. Elle va réussir à obtenir, au terme d'un stage de six mois non sans angoisse et sans trop y croire, un diplôme d'infographiste, à mon grand étonnement, et non sans que je me demande si elle n'a pas utilisé de nouveau la même méthode que pour obtenir un logement.

*Cotation COP 13*

- Dans son mouvement d'autonomisation, la patiente rencontre sa panphobie. Sa peur de tout l'emporte alors sur sa méfiance et ses sentiments de persécution qui restent mobilisables mais passent au second plan. Elle met en œuvre des moyens contra-phobiques. Cette fois c'est un mouvement de réinvestissement du monde extérieur (et d'investissement) qu'il faut décrire. L'item 9 (Investissement/réinvestissement du monde extérieur) fait partie de la famille de cinq items décrivant les mouvements de désinvestissement/réinvestissement du monde. Dans ses deux premières périodes, la malade n'était pas loin de présenter parfois une agitation éprouvante. Elle est capable là d'un investissement par l'intermédiaire d'un groupe dans un milieu aménagé (cote «1 »). Mais son mouvement la tourne vers la cote « 0 ». Son couple est atypique, mais c'en est un. Elle se tient à une activité artistique (Gospel) ce qui peut être décrit par l'item 22 (Loisirs) où elle peut être cotée « 2 » comme pour l'item 20 (travail rémunéré). Elle s'approche en effet d'une activité professionnelle. C'est dans les deux domaines de la vie culturelle et artistique d'une part, et dans celui de la réinsertion professionnelle d'autre part que l'activisme paie en thérapeutique psychiatrique.

**4. Le travail, son maître (40 ans- ?ans)**

Son petit chien meurt. Elle l'avait depuis quinze ans. « Je m'en suis occupée cinq mois et une autre fois sept mois ». Elle ne s'accable pas. Elle sait qu'elle a fort à faire avec elle-même. Elle a fait un « break » avec son copain, sans drame apparemment de son côté.

Le temps qui passe la fait rire « Cela fait longtemps que l'on se connaît Docteur ! ». Elle esquisse une petite liste de mes défauts. Elle conclut « Je vous fais confiance à 75% », ce qui comporte une réserve de bon aloi.

Incapable d'utiliser le diplôme d'infographiste qu'on lui a donné, elle va trouver enfin dans une nouvelle formation l'exacte situation où elle ne sait pas faire ce que font ses maîtres, mais où elle sent à juste titre que c'est à portée de main, à la portée de ses mains. Oubliée l'aspiration à devenir « une intellectuelle » comme elle disait, elle touche du doigt ce qu'elle peut faire, rien d'élémentaire dans ce tour de main

d'artisan auquel elle s'essaie et s'essaie encore. Cette fois l'engrènement avec le réel est bien là, et j'accepterai de bon cœur la toile non figurative mais onirogène qu'elle a réalisé je ne sais pas trop comment, et qui fait fantasmer mes patients (« On dirait un oiseau ») et leur fait se poser des questions (« Comment c'est fait ? »). Des problèmes qu'elle posait aux questions que pose ce qu'elle fait, tout un chemin.

*Cotation COP 13*

- Le mouvement de réinvestissement du monde extérieur (item 9, *cf.* plus haut) se poursuit. La mobilisation personnelle dans un effort d'apprentissage ouvre la possibilité d'une occupation ou d'une activité professionnelle. La patiente se rapproche de la cote « 0 ». La qualité et l'intensité de son investissement du monde extérieur s'accompagne d'un investissement plus tempéré d'elle-même, ce qui est relevé dans les « troubles de l'investissement de soi » (item 7), où la patiente est désormais en « cote 0 » (investissement tempéré de soi-même, sensibilité à l'intérêt de l'interlocuteur, se reconnaît malade, inscription dans la temporalité, suscite un plaisir dans l'échange, peut communiquer ou faire partager ses centres d'intérêts), alors qu'elle était jusque-là en cote « 1 » (traits caractériels, sensitivité, égocentrisme).

**Conclusion**

Dans cette mise en regard d'un cas et de sa cotation, le choix a été fait ici de se pencher surtout sur le registre du rapport à l'autre tel qu'il se décline dans la famille, dans le petit monde de la prise en charge psychiatrique, et dans le monde du travail. L'accent a été mis sur les changements qui pouvaient sembler caractériser chaque période. A chaque période, et pourtant celles-ci durent environ cinq ans, ce ne sont jamais plus de trois ou quatre items sur vingt-cinq qui « bougent ». Dans les psychoses de l'adulte, les changements sont lents et partiels. Mais mieux les distinguer est un bon remède au défaitisme ambiant. Et distinguer ces changements donne une consistance au découpage en périodes, qui facilite le récit et donne du nerf aux descriptions cliniques. Et puis, mais c'est une autre histoire, cela permet de s'interroger sur des aspects structuraux des psychoses. ●

* Ce texte est inspiré d'un article « la COP 13 en pratique » paru dans *Santé mentale,* n°183, 8, déc.2013, pp 60-63.

## La COP 13, en bref...

La COP 13 est une méthode de description et d'évaluation clinique et psychopathologique des états psychotiques.

Rassemblant les apports de la psychiatrie classique, de la psychiatrie de secteur et de la psychopathologie psychanalytique, la COP 13 propose une nouvelle organisation de la clinique des psychoses chroniques, dans la continuité naturelle du travail psychiatrique quotidien : l'état clinique actuel et l'évolution du patient apparaissent avec beaucoup de précision, sur les différents plans de son organisation psychique et de sa situation vitale.

Ainsi, la COP 13 permet de renouveler l'observation du malade, d'enrichir les perspectives, de procéder à des évaluations, voire de réévaluer le pronostic. À terme, cette méthode de description élargie permet également de mettre en évidence des profils de réorganisation dans le cadre des soins.

FFP
FEDERATION FRANÇAISE DE PSYCHIATRIE

POUR LA RECHERCHE

ffpsychiatrie@wanadoo.fr
Tél. : 01 48 04 73 41

***Remerciements***

■ A la *Direction Générale de la Santé*
dont la subvention permet l'édition de ce bulletin.

■ *A* la *S.I.P. et à la S.F.P.E.A.*, pour leur soutien actif à la diffusion des abonnements.

Tirage 1200 exemplaires - ISSN : 1252-7696
e.ISSN : 2263-7230

**ABONNEZ-VOUS !**

Adressez avec vos Nom, prénom et adresse un chèque libellé à l'ordre de la FFP,
de 28 € (France), 32 € (Institutions), 40 € (étranger)

**(4 numéros - abonnement 2016)**
**à**

**Fédération Française de Psychiatrie**
**Hôpital Sainte Anne - IPP**
**26 boulevard Brune - 75014 PARIS**

*Secrétaire de rédaction et maquette :* ***Monique Thurin***

Impression : Gerik plus - 01 48 12 11 62