

LA COP 13 – UNE CLINIQUE ORGANISÉE DES PSYCHOSES

[Josiane Chambrier-Slama](#), [Victor Souffir](#), [Serge Gauthier](#), [Bernard Odier](#)

Presses Universitaires de France | « [Revue française de psychanalyse](#) »

2014/3 Vol. 78 | pages 821 à 828

ISSN 0035-2942

ISBN 9782130629351

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-francaise-de-psychanalyse-2014-3-page-821.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour Presses Universitaires de France.

© Presses Universitaires de France. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

RECHERCHES

La Cop 13 – Une clinique organisée des psychoses

Pensée clinique et psychoses

Josiane CHAMBRIER-SLAMA

Victor Souffir, Serge Gauthier et Bernard Odier, psychiatres-psychanalystes de l'Association de Santé Mentale du 13^e arrondissement de Paris, ont eu l'ambition d'actualiser la clinique des psychoses. Ils ont lancé, il y a une vingtaine d'années, une recherche clinique originale qui les a conduit à sa réorganisation. Partant de trois savoirs, psychiatrie classique, psychiatrie de secteur et psychanalyse, ils font apparaître des structures psychopathologiques qui rassemblent la sémiologie psychotique autrement. Leurs résultats, publiés en 2011 aux éditions Dunod dans *Évaluer les psychoses avec la Cop 13*, mettent en forme une clinique actuelle aux fondements renouvelés et ancrés dans la pratique qui tient compte du moment évolutif.

Nous, psychanalystes, observons rarement les patients dont ils nous entretiennent, pourtant leur recherche concerne les psychanalystes à plus d'un titre :

- En tant que clinicien : les pathologies psychotiques représentent une énigme pour la théorie et leur formidable énergie négative en fait une gageure pour la pratique psychothérapeutique.
- En tant que représentant et défenseur d'une discipline qui, depuis une vingtaine d'années, a vu son influence largement reculer dans les milieux psychiatriques.
- En tant que groupe de professionnels qui cherche, dans les institutions, à résister à l'extension du cognitivo-comportementalisme, à la politique des DSM, à l'emprise extensive des bureaucraties qui abâtardissent et asphyxient la pensée clinique.

Inscrite dans la tradition de la clinique psychiatrique inspirée par la psychanalyse, leur recherche témoigne de ce qu'ils doivent à la compréhension

des phénomènes psychiques individuels et groupaux qu'elle autorise ; inscrite également dans la continuité d'une activité de psychiatre de secteur, elle est le fait de praticiens qui forgent leurs propres instruments de travail psychiatrique et utilisent des expériences instructives, même quand elles ne s'inspirent pas de la psychanalyse (Racamier, 1970, p. 6).

La Cop 13 cherche une rationalité des stratégies thérapeutiques dans le sillage des psychanalystes français qui ont tenté, depuis une trentaine d'années, de tirer les leçons des traitements institutionnels en termes de processus et de résultats (Misès, Cahn, Chabert, Jeammet, Penot, Haag, sans oublier Racamier). Elle ne cherche pas à échapper à la pression économique actuelle ; au contraire, soucieux de maintenir un dialogue avec leurs autorités de tutelle, ses inventeurs ont l'espoir d'ouvrir la voie à des modalités d'évaluation des thérapeutiques acceptables par les deux parties.

Toute rencontre avec un patient psychotique, dit le chapitre introductif, est une aventure angoissante, qui impose souvent de traiter alors que demeurent de grandes incertitudes quant à l'objet et aux méthodes de soins. Partant de la compréhension psychanalytique des psychoses, ces trois chercheurs intègrent les apports de la psychiatrie classique et de la psychiatrie de secteur à la volonté psychothérapeutique qui anime les psychanalystes depuis Ferenczi. Avec courage et persévérance, ils ont eu la volonté de penser l'impensé et même l'anti-pensée. Si leur triple compétence a été déterminante, l'aspect novateur de leur méthode retient surtout notre attention.

En premier lieu, leur réflexion prend en compte la clinique psychiatrique classique. Qu'elle soit française (pariant sur la pureté des types cliniques) ou allemande (optant pour de larges synthèses à partir d'un même mécanisme générateur), elle a fourni au XIX^e siècle une contribution importante à la connaissance de l'humain. Par contre, elle a échoué à définir des entités cliniques convaincantes (pensons aux discussions diagnostiques à propos de Schreber !), la mixité et l'instabilité des tableaux cliniques ne lui ayant pas permis de valider le modèle médical, organiciste dans ses fondements, sur lequel elle repose. Au début du XX^e siècle, face à la concurrence de la psychanalyse, et sans renoncer à son projet scientifique, la clinique psychiatrique est entrée dans une phase « psychodynamique » ; elle a cherché à associer trouble générateur et réactions d'adaptation de la personnalité pré-morbide. Le modèle organo-dynamique d'Henri Ey a été une dernière tentative pour résoudre la difficulté, sans y parvenir. Aujourd'hui, le DSM, le comportementalisme, le cognitivisme signent la désagrégation de cette clinique classique¹ qui

1. Paul Bercherie a développé ces thèmes dans « Déclin et mutation de la clinique » (conférence prononcée à l'Hôpital Sainte-Anne, Paris, 2012).

demeure pourtant très pertinente dans les états aigus et le début des troubles, avant que la symptomatologie bruyante cède sous l'effet du traitement.

Surtout, leur réflexion s'est appuyée de manière déterminante sur la psychanalyse qui a profondément influencé la psychiatrie de la seconde moitié du XX^e siècle, ses concepts, son vocabulaire, l'organisation des soins. Déjà la psychose avait été à l'origine d'un remaniement radical de la métapsychologie freudienne ; avec l'entrée du narcissisme, des concepts de pulsion de mort, de Ça, de déliaison, de clivage dans la théorie générale de la défense, les formations psychiques sont apparues comme ayant un statut plus fondamental que la simple représentation d'un désir refoulé. Depuis, la clinique fondée sur le seul échec du refoulement et sur le retour du refoulé, venant faire intrusion et bousculer l'équilibre d'une subjectivité, a vécu. La fonction paternelle, – de l'Œdipe à Moïse, en passant par *Totem et tabou* –, a ouvert le chantier de son échec : conçu comme « forclusion du Nom-du-père » chez Lacan, attaques envieuses envers le pénis paternel chez Klein, faillites de la symbolisation ailleurs. En milieu institutionnel, le savoir psychanalytique, a permis une approche du monde interne du patient psychotique, de sa relation aux objets, ses projections, ses conflits, ses défenses, au-delà de la régression et des remaniements du Moi. Avec la clinique contemporaine, les psychanalystes sont devenus convaincus du rôle de l'environnement, sensibles à celui de l'objet (Winnicott, Bion) dans la constitution du Moi et dans les relations, avertis du rôle du contre-transfert comme outil de connaissance (Heimann), ainsi que des différentes fonctions du Négatif (Green), de l'hallucinatoire (S. et C. Botella, Lavallée), de l'agir (Balier, Donnet), des somatisations (Marty, Fain, Smadja, Szwec). La psychanalyse y a gagné en complexité ce qu'elle perdait en clarté !

Un même phénomène s'est produit en psychiatrie. Associée aux formidables progrès de la chimiothérapie, la psychiatrie de secteur a redistribué les cartes de la clinique, brouillé ses repères. Alors qu'à l'asile, l'érudition du premier certificat d'internement laissait place au désintérêt des médecins pour les symptômes négatifs liés au désinvestissement, les praticiens du secteur, après la catastrophe psychotique, ont pu observer les modalités psychotiques de réinvestissement de la réalité. Ils ont accumulé un savoir empirique sur les interactions entre le patient et sa famille, son milieu professionnel et le milieu soignant ; un savoir qui a « perdu... en érudition, ce qu'il gagnait en étendue »².

2. Cop 13, p. 11.

Dans la clinique de référence, les conditions d'observation ne permettent pas, comme pour l'analyse d'une névrose, d'espérer une rencontre satisfaisante entre expérience et théorie, ni une non rencontre à même de produire du nouveau selon la perspective de Bion. La psychose est à la fois une maladie et un mode d'être, son espace-temps d'investigation est vaste, le matériel clinique fondamentalement hétérogène. Aussi, pour dégager de nouvelles cohérences, ces chercheurs ont employé une méthode d'investigation « dérangement », au sens de ce qui défait un rangement. Abandonnant aussi bien le naturalisme des classiques, qui consistait à identifier et classer des entités, que la position méta de Freud, ils sont partis d'une clinique exprimée dans une « langue-pensée » différente et fondée sur des « écarts ».

« Langue-pensée » et « écart », j'emprunte ces deux concepts à François Jullien. Philosophe, titulaire de la Chaire sur l'altérité au Collège d'études mondiales de la fondation Maison des sciences de l'Homme, sa leçon inaugurale (Julien, 2012a) porte en exergue « *Supprime l'altérité, ce sera l'un indistinct et le silence* » (Plotin, *Ennéades*, V, 1) ; soit, le monde de la psychose. Sinologue, il interroge vingt siècles de philosophie occidentale par le dehors de la pensée chinoise. De même, pour sortir de l'ombre certains aspects de la pratique analytique que la théorie analytique n'aurait pas pu expliciter, trop dépendante qu'elle serait de l'outillage intellectuel européen, en dépit de la révolution qu'elle a opérée, il propose cinq concepts abstraits de la pensée chinoise : la disponibilité, l'allusivité, le biais, la dé-fixation, la transformation silencieuse (Jullien, 2012b). Il me semble que ce sont ces dispositions que nos collègues ont intuitivement trouvées pour « explorer-exploiter » la sémiologie psychotique, dégager de nouvelles récurrences et cohérences, innover dans l'organisation de la clinique.

En premier lieu, ils utilisent la « langue-pensée » non savante de la clinique courante, commune aux intervenants de toutes formations³. L'écoute des récits à plusieurs voix, issues de pratiques complémentaires, leur permet de mettre en forme une sémiologie étendue et mouvante qui rend compte de la situation et de la personne du malade, de ses interactions et ses capacités, de son commerce avec ses objets et la réalité, au cours de longues périodes, riches en changements dans la réalité psychique et matérielle. Ils dégagent une chaîne de processus qui mêlent ce qui tient aux pulsions destructrices à ce qui est libidinalement reconstruit. À l'instar du récit clinique psychanalytique,

3. Hospitalo-universitaire, institutionnelle, venant de la psychanalyse ou des thérapies systémiques (le vocabulaire de la neurobiologie et du courant comportementalo-cognitivistique n'ayant pas encore pénétré les institutions psychiatriques) ; modalités d'approches qui émaillent plus ou moins le parcours d'un patient psychotique, sans qu'aucune, selon l'expérience, ne puisse être radicalement récusée.

« l'histoire du malade, l'histoire de la maladie, l'histoire du traitement, la compréhension des rapports entre le passé et le présent » (Green, 2002, p.17), menées de front, articulent intra-psychique et interpsychique, représentation subjective et perception de la réalité.

Sans dénaturer le sens profond de la méthode psychanalytique, Souffir, Gauthier et Odier intègrent son enseignement au traitement, et à l'accompagnement au long cours, de leurs patients. Ayant défini le cadre externe de leur pratique et misant sur leur cadre interne d'analyste, ils ont ouvert un nouvel espace réflexif qui donne à penser autrement la clinique des psychoses. Elle repose moins sur l'être que sur l'entre, outil conceptuel fondamental de notre méthode (qui vise à l'activer entre analyste et analysant, transfert et suggestion, dit et non-dit, entre les séances). En déployant les écarts (Donnet, 1985, p. 1292) entre les regards, les vécus, en suivant les transformations, ils ont dégagé de l'entre et fait émerger de l'Autre. Ainsi, dans l'échange avec le patient, promu partenaire d'une relation (Jullien, 2012, p. 72), l'équipe lui confère un statut de sujet (une existence, une altérité) qui fait cruellement défaut au psychotique dont les systèmes de représentations sont mis à mal par les pulsions destructrices.

De l'étude de cent-cinquante récits cliniques, les auteurs dégagent plusieurs axes pour juger des transformations dans la psychose : la destructivité, les modifications des investissements, les capacités fonctionnelles du Moi, les équilibres interactifs du sujet avec son environnement, le rapport au corps, la situation sociale... Pour chaque item (ils en repèrent vingt-six), ils distinguent trois degrés de sévérité des troubles (classés en 0, 1, 2). Croisant les expressions symptomatiques avec le style de relation à autrui du patient (repérage bi-axial), ils souhaitent mettre en évidence des formes cliniques sous traitements et des paliers de réorganisation. Ils bâtissent une échelle d'évaluation qualitative, où la profondeur de la pensée précède la classification : un outil de compréhension des états psychotiques et un instrument de travail pour les cas complexes. Elle permet de « mieux comprendre l'extrême variété de la symptomatologie psychotique, de mieux percevoir sa signification profonde, d'infléchir la conduite thérapeutique quand cela est nécessaire et de mieux repérer les paliers évolutifs de ces maladies »⁴.

Quand l'IPA cherche les moyens de mieux faire connaître la psychanalyse dans des milieux qui gardent une défiance à son égard, quand la SPP s'interroge sur le renouvellement de ses activités ouvertes pour toucher un public de jeunes médecins et de psychologues à la recherche d'une formation

4. Cop 13, *op.cit.*, p.15.

clinique, saluons la volonté de transmission de nos collègues, leur profonde connaissance de la pathologie psychotique et leur effort pour entretenir le dialogue entre psychiatrie et psychanalyse. Que la Cop 13 pénètre largement la psychiatrie actuelle et y réintroduise, par ce biais, les forces signifiantes de la pensée psychanalytique !

Josiane Chambrier-Slama
85 Avenue du Général Leclerc
75014 Paris

Une nouvelle méthode clinique pour les psychoses

Victor SOUFFIR, Serge GAUTHIER

La Cop 13¹ est une nouvelle méthode clinique que nous proposons dans les services de psychiatrie de l'adulte. Elle vise à aider les psychiatres et les équipes de soins à mieux comprendre les états psychotiques graves qui nécessitent des soins prolongés et difficiles dans les institutions de soins. À la suite d'une première étape d'inventaire de la sémiologie, des perspectives nouvelles se dégagent souvent qui permettent d'infléchir utilement les traitements. Au fur et à mesure de sa construction, le groupe de travail de la Cop 13 (Souffir, Gauthier, Odier, 2011) a vu se dégager la possibilité d'une nouvelle organisation de la sémiologie des psychoses.

ENTRE CATASTROPHE ET RECONSTRUCTION

La complexité des états psychotiques et leur instabilité pendant les premières années d'évolution rendent très difficile l'appréciation de l'état psychique d'un

1. Cet acronyme signifie Clinique Organisée des Psychoses. Ce travail a été effectué dans l'Association de Santé Mentale du 13^e arrondissement de Paris. Les auteurs de ce travail, Victor Souffir, Serge Gauthier et Bernard Odier assument depuis de nombreuses années, la responsabilité de services de psychiatrie « lourde » dans cette association en charge du secteur psychiatrique qui a bénéficié dès ses origines de l'apport important de psychanalystes éminents, P.C. Racamier, René Diatkine, Serge Lebovici, Benno Rosenberg. Leur engagement en psychiatrie n'était pas concevable sans une liaison la plus cohérente possible avec la psychanalyse en quoi ils ont été profondément aidés par Jacques Azoulay qui fut leur chef de service.

patient aussi bien pour un psychiatre seulement armé de ses outils traditionnels de diagnostic que pour un psychanalyste projeté hors de son cadre de référence habituel et fondamental. Un état psychotique est un remaniement très profond de la personnalité et du rapport à soi-même et aux autres, qui n'est que partiellement réversible. Dans ces états, l'utilisation du monde extérieur, de l'environnement est absolument vitale mais en même temps accroît la difficulté de toute compréhension. P. C. Racamier écrivait : « La projection identificatoire est un processus prévalant chez les psychotiques : ils ne peuvent pas se passer du monde extérieur dont ils ont besoin non pour leur plaisir mais pour leur défense », « Intrusion de l'objet, intrusion par l'objet se suivent, s'enchaînent et parfois s'entremêlent... Voilà qui explique pourquoi l'état clinique des schizophrènes est dans un rapport serré avec leur milieu familial et institutionnel. Le fond... de toute position psychotique est de transfigurer le monde réel des objets, mais en l'utilisant vraiment, afin de trouver une solution externe aux conflits internes... La réalité externe est donc traitée comme un prolongement narcissique. » (Racamier, 1980, p. 67). Ajoutons que le traitement d'un patient psychotique se déroule dans un « appareil de soins » qui lui-même bouge sans cesse : passage d'un service à l'autre, changement des personnes au sein des équipes, changements d'options dans les traitements qui introduisent sans cesse des éléments nouveaux, accroissent la complexité et diminuent la « lisibilité » des troubles.

NÉCESSITÉ D'UN GUIDE MÉTHODOLOGIQUE

Une pensée en surfusion ou en collapsus, un préconscient « vide ou bourré » selon Racamier, des comportements et des agissements multiples, des projections difficiles à repérer et une très forte angoisse qui fait obstacle aux échanges parlés : telle est la situation de départ.

Bien que jouissant d'une expérience et d'un savoir théorique inégalé, P. C. Racamier considérait que c'était une gageure de savoir « où en est un patient dans sa vie psychique, comment il va et où il va ». Il proposait alors son échelle des degrés du déni en précisant ce qu'il en attendait : « Notre échelle permet de repérer : l'organisation conjuguée du moi, de la défense et de la pensée, la nature de la relation d'objet (si fragile, si morcelée et si narcissique soit-elle), la nature du transfert ou plus précisément de l'investissement d'autrui, la modalité du rapport au réel, bref un ensemble, un régime, une modalité de fonctionnement psychique : elle rassemble et coordonne *un nombre élevé*

de variables. » (Racamier, 1992, pp. 229-230). C'est justement en raison de ce « nombre élevé de variables » inhérent à tout traitement de patient psychotique que notre méthode, la Cop 13, a pris la forme d'un déploiement maximal, en éventail, de la sémiologie des psychoses.

SANG MELÉ DE LA CLINIQUE DES PSYCHOSES

En psychiatrie, en l'absence de tout indicateur biologique, nous utilisons selon les moments, les formations et les métiers, trois corpus sémiologiques :

Le premier est celui de la psychiatrie du XIX^e siècle, la sémiologie dite « classique » qui a été un progrès incontestable dans le repérage des signes caractéristiques, dans l'ordonnement et la séparation des syndromes, dans l'inventaire des formes cliniques. Mais, construite sans base psychopathologique, elle pêche par son foisonnement désordonné et par une absence de liens compréhensibles entre les signes.

Un deuxième corpus est celui de la pratique psychiatrique de secteur. La sortie massive des asiles a permis une modification complète des conditions d'observation des patients dans leur vie ordinaire. Elle a beaucoup enrichi notre savoir sur leurs conduites, leurs modes de vie, leur rapport à la réalité commune. Mais là encore, malgré l'avantage d'une observation plus proche et plus vivante, la meilleure connaissance des interactions ne débouche en rien sur une théorie psychopathologique partagée et en conséquence s'expose à une polyphonie décourageante de conceptions et de langages.

Le troisième corpus, fondamental pour nous, est celui de l'éclairage que la théorie psychanalytique des psychoses, depuis Freud et avec tous ses grands auteurs, a apporté.

L'ORGANISATION FREUDIENNE DES PSYCHOSES

Pour la psychiatrie des psychoses, la période centrale dans l'œuvre de Freud, ses articles et correspondances, se situe dans les années 1906-1915. C'est la période dans laquelle Freud a dialogué avec la psychiatrie. Ses conceptions ultérieures, sur le clivage et le déni s'articulent plus difficilement avec la sémiologie psychiatrique maniée quotidiennement dans la clinique courante. Freud avait déjà, dans les années 1894-96, réorganisé la pathologie névrotique

et dans les cinq textes dont nous allons parler, il cherche sans l'exprimer directement à réorganiser le champ des psychoses². Dans un dialogue laborieux avec Jung et avec Bleuler, il mène son action à deux niveaux :

- nosographique : on le voit dans *Le président Schreber* discuter la terminologie de Kraepelin et de Bleuler. Il approuve certains points, en nuance d'autres et propose pour la schizophrénie le terme de paraphrénie. Il donne des indications sur la prédisposition, le niveau de fixation et de régression libidinale de chaque syndrome psychotique.
- métapsychologique : puisque Freud propose pour les psychoses un ensemble d'hypothèses impliquant un processus de désorganisation/réorganisation de la vie pulsionnelle, du rapport à la réalité et du fonctionnement du moi, autour de la notion de narcissisme.

Dans cinq textes, *Le Président Schreber* en 1911, *Pour introduire le narcissisme* en 1914, *Deuil et mélancolie*, *L'inconscient* et le *Complément métapsychologique à la théorie du rêve* en 1915, Freud nous donne les lignes de force de l'organisation des états psychotiques que nous résumons ainsi :

dans un état psychotique on observe en même temps ou successivement :
une flambée de la destructivité qui fuse sur soi-même, corps et psychisme, et sur autrui

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

des modifications radicales 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 des défenses et du rapport à la réalité.

Freud esquisse aussi plusieurs modalités de travail psychique :

- le travail du deuil qui se distingue du travail de la mélancolie (Freud, 1915, pp 274-278).
- le travail du rêve qui se distingue du travail de la schizophrénie (Freud, 1915, pp. 234-242)
- le travail du délire, qui se déploie au sein d'un effort de reconstruction du rapport à la réalité en utilisant tout ce qui est possible pour restituer au patient une modalité de fonctionnement psychique à peu près viable, plus

2. « Une lecture attentive de l'œuvre de Freud révèle 1) qu'il existe une nosographie implicite, 2) que cette nosographie utilise la terminologie psychiatrique et prolonge l'observation psychiatrique... Ce qui appartient à la psychanalyse est de donner l'armature théorique qui manque à la psychiatrie clinique... » (Green, 1969, pp. 79-80)

fragile qu'auparavant, mais néanmoins dotée d'une certaine efficacité. (Freud, 1911, pp. 225-304)

À partir de ces axes, nous pouvons sans grande difficulté rassembler toute la sémiologie courante des psychoses en cinq groupes d'items sur lesquels nous allons revenir.

UN TRAVAIL DE GROUPE SUR DES CAS CLINIQUES

Ce nouvel agencement de la sémiologie a pris forme progressivement dans le cours du travail de notre groupe. Ainsi, à partir de 1994, nous nous sommes attachés à reprendre l'histoire du traitement de patients que nous avons suivis au long des années. À tour de rôle, sans préparation, un participant (psychiatre, psychologue, membre de l'équipe soignante, seul ou à deux) nous 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 personnels³. En dix-huit ans, notre groupe a ainsi consacré cent-cinquante soirées à étudier, selon cette méthode, cent-cinquante histoires de patients suivis régulièrement. Selon la tradition de l'observation psychiatrique, l'intervenant décrivait dans l'ordre qui lui convenait les circonstances de la rencontre avec le patient, le début des troubles et, habituellement, étaient évoqués la sémiologie observée au début et, plus tard, les propos et le comportement du malade, le climat des échanges, des rencontres avec la famille, le mode de vie courant du malade, etc. De même qu'étaient relevées la façon dont il se comporte dans les soins, les décisions prises dans tel ou tel moment, les hypothèses étiologiques, etc.

On ne s'étonnera pas ici qu'une fois l'intervenant mis en confiance, le récit s'enrichisse en tonalité affective, en images, en souvenirs, en digressions associatives ; l'intervenant se surprenant à faire des liens nouveaux, à livrer un fantasme, une intuition trans-générationnelle, un vécu contre-transférentiel, le souvenir d'un moment vécu de sympathie ou de rejet... L'ambiance chaleureuse du groupe incite donc à une régression formelle qui permet l'émergence d'un discours plus fluide et plus direct qui laisse affleurer une sémiologie exprimée dans un vocabulaire ordinaire, celui des échanges de tous les jours, celui de la *clinique courante*, que Freud ne récusait pas : « mais voilà, nous

3. 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.

aimons en psychanalyse rester en contact avec le mode de pensée populaire dont nous préférons rendre les concepts utilisables pour la science plutôt que de les rejeter. Il n'y a là aucun mérite, nous sommes obligés de procéder ainsi, parce que nos doctrines doivent être comprises de nos patients qui sont souvent très intelligents mais pas toujours savants » (Freud, 1926, p. 17). Nous pourrions ajouter que notre doctrine doit être comprise et enrichie aussi par les non-analystes, avec lesquels nous collaborons constamment.

On aura compris que dans notre méthode le matériau de départ ne prétend pas être 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 (la clinique courante).

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

LE PLAN DE LA COP 13

La Cop 13 comporte vingt-six items dont nous ne pouvons présenter qu'une sélection.

Groupe 1 : La destructivité : quatre items.

Groupe 2 : Les modifications psychotiques des investissements : cinq items.

Groupe 3 : Les capacités fonctionnelles du moi : huit items.

Groupe 4 et 5 : Équilibres interactifs du sujet avec son environnement : neuf items.

LE GROUPE 1 : LA DESTRUCTIVITÉ DANS LES PSYCHOSES

Henri Ey 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 »

(Ey, Bernard, Brisset, 1970, pp. 568-572). C'est qu'en effet, la destructivité, prise dans son sens de « tendance à détruire » est constante dans cette pathologie et souvent particulièrement marquée dans les premières années des troubles. 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 parfois une « signature » psychotique à un acte.

Ainsi figurent dans les manuels classiques les manifestations les plus extrêmes de la destructivité : le meurtre froid, « immotivé », l'automutilation atroce des organes génitaux, des yeux, des mains... H. Ey écrivait : « Un malade ne peut tolérer une piqure faite par une infirmière mais doit être étroitement surveillé pour qu'il ne se brûle pas en cent endroits avec des cigarettes. Tel autre se bat, se jette contre les murs, celui-ci veut se crever les yeux et se croit obligé de boire son urine pour s'en empêcher. »

Dans la clinique classique on a régulièrement observé :

- les signes de négativisme : les yeux fermés, les réponses à-côté, le refus de la main, du regard, le raidissement au passage d'autrui, la froideur glaçante des propos, l'humour caustique, le refus de contact, la méfiance. Ces traits sont notés par Kraepelin et Bleuler, de même que la prodigalité extrême, l'abandon de toute gestion de l'argent, qui causent la ruine du patient et de sa famille.
- les attaques des parents : ainsi, Ey écrit que « c'est dans le cercle familial que les troubles sont les plus apparents : les parents sont à la fois et successivement indispensables et haïs ». Cette haine est délétère de façon évidente dans les rapports immédiats du patient avec son entourage, mais de façon plus sourde, l'alternance amour/haine, menace/tendresse est source d'une profonde déstabilisation et d'une insécurité des proches du sujet, ce qu'Harold Searles nomme « effort pour rendre l'autre fou ».

Ces faits sont repérés comme des signes caractéristiques mais ils restent, dans la psychiatrie classique, sans relation entre eux. Au contraire, dans la perspective freudienne, ils sont mis au compte d'une source unique : une brutale désinhibition pulsionnelle qui préside à l'éclosion d'une psychose et s'accompagne de terribles angoisses, d'agitation, de terreur, de sentiments de perte d'identité. De nombreux auteurs ont souligné la grave prédominance des forces destructrices dans les psychoses, rapportées en particulier à un désir de s'affranchir de la dépendance objectale (Freud, 1915b ; Racamier, 1980, p. 100 ; Winnicott, 1964, p. 97), ou à un défaut primaire d'intrication des éléments érotiques et agressifs.

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 cette destructivité. Dans la clinique courante, il est clair qu'elle s'exerce constamment et électivement en quatre « lieux » : l'entourage qui étaye le malade, le corps propre du patient, son lieu de vie et ses ressources.

La Cop 13 distingue les lieux d'exercice de la destructivité et les classe en trois degrés de sévérité :

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 » sur lequel repose la protection et la survie concrète du patient, qui assure ses relations indispensables au monde environnant. Son attaque violente est, à notre sens, une spécificité schizophrénique aux significations multiples, déjà relevée par Freud dans la mélancolie.

Les manifestations de la destructivité, en matière d'attaque de l'objet d'étayage constituent le premier item de la Cop 13 :

Attaque de l'objet d'étayage		
Absent = 0	Présent = 1	Intense = 2
– pas d'attaque manifeste ou ajustement de l'entourage	<ul style="list-style-type: none"> – attitude méprisante – exigences excessives – faire le mort (pas signe de vie à la famille) – tyrannie – hostilité – <i>souffrance de l'entourage</i> 	<ul style="list-style-type: none"> – menace : fait peur – violence contre l'objet étayant ou son substitut (parent battu, soignant battu) – tendance au passage à l'acte sexuel – <i>démision ou rejet de l'entourage, nécessité absolue d'une protection par l'éloignement</i> – <i>impose l'intervention d'instances extérieures</i>

2 – L'attaque du corps propre est un item qui 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 des équipes soignantes à cette tendance profonde des patients psychotiques.

Attaque du corps propre		
Absent	Présent	Intense
<ul style="list-style-type: none"> – soin personnel suffisant – pas d’observation particulière 	<ul style="list-style-type: none"> – absence d’hygiène, négligence – méconnaissance d’une pathologie somatique – pas de traitement médicamenteux spontané : grattage, mycose... – mauvaise denture – indifférence anormale aux éventuels effets secondaires des neuroleptiques. – consommation excessive (alcool-tabac-café-aliments) – usage excessif de cannabis 	<ul style="list-style-type: none"> – conduites à risques (alimentaire, sexuelle...) – propension aux accidents – potomanie grave – conduites toxicomaniaques ou alcoolisations – tentative de suicide en particulier par un geste bizarre ou horrible – automutilations majeures

3 – L’attaque destructrice du lieu de vie se présente sous différents degrés mais ne manque jamais, ce qui explique la fréquence du recours au logement en foyer ou en appartement thérapeutique.

Attaque du lieu de vie		
Absent	Présent	Intense
<ul style="list-style-type: none"> – silencieuse ou restant dans la sphère privée 	<ul style="list-style-type: none"> – lieu de vie désanimé – <i>nécessitant une action régulatrice de l’entourage ou des soignants</i> 	<ul style="list-style-type: none"> – incapacité à habiter paisiblement – activité nocturne gênante – entassement d’objets et de détrit – saccage de l’habitation – se fait parasiter de façon dangereuse – tendance à la clochardisation – <i>plaintes ou réactions du voisinage</i>

4 – Les pertes d’argent, le gaspillage absurde des ressources, presque toujours présents dans ces états pathologiques sont la matière d’une bonne partie du travail des assistants sociaux. Ils nécessitent souvent le recours à une mesure de protection des biens.

Attaque des conditions matérielles de l’existence		
Absent	Présent	Intense
– pas d’altération apparente des conditions matérielles d’existence – <i>pas de nécessité d’une mesure de protection</i> – <i>si besoin d’une aide à gérer, elle est bien acceptée</i>	– manque de prévoyance, – gaspillage – abandon de ressources – <i>nécessité d’une mesure légale de protection</i>	– démuntion active – <i>inefficacité des mesures légales de protection</i>

La Cop 13 regroupe ces faits cliniques et montre leurs liens, elle montre clairement qu’ils se présentent régulièrement mais avec des intensités et une actualité variables. Ceci assoit l’idée d’une vie pulsionnelle qui se désorganise, qui au début se déchaîne masochiquement contre le sujet lui-même et contre ce qui est le plus vital. Dans un deuxième temps, celui banalement appelé de la chronicité, la vie pulsionnelle se ré-intrique, se stabilise et permet le plus souvent une reprise de la vie dans de nouvelles conditions.

GRUPE 2 : MODIFICATIONS PSYCHOTIQUES
 DES INVESTISSEMENTS : CINQ ITEMS

La notion d’investissement, concept central du dispositif théorique freudien, offre un outil de premier ordre pour décrire, là où la clinique traditionnelle ne voit que dysfonctionnement ou déficit, les *fonctionnements* psychotiques et leur évolution.

Apparemment très générale et abstraite, la notion d’investissement permet de relier entre elles des manifestations aussi disparates que l’abandon des activités habituelles, la difficulté d’établir un dialogue avec un malade, l’hypochondrie, le délire...

LES CINQ ITEMS DE GROUPE 2 reposent sur la théorie freudienne du délire:

- Item 5 : retrait du monde extérieur
- Item 6 : désinvestissement du monde interne
- Item 7 : trouble de l'investissement de soi
- Item 8 : hallucinations et délire
- Item 9 : réinvestissement du monde extérieur

DE LA THÉORIE FREUDIENNE DU DÉLIRE AU MODÈLE DU DÉLIRE :
L'ANALYSE DU CAS SCHREBER, CATASTROPHE ET RECONSTRUCTION

Cet agencement en cinq items déploie la théorie du désinvestissement/réinvestissement dans les psychoses telle que Freud la développe dans les années 1911 à 1915, puis en 1924 et 1938. La référence centrale en est la théorie du délire, exposée dans le commentaire des *Mémoires d'un névropathe* de Daniel-Paul Schreber.

Rappelons en quelques mots la démarche de Freud. Daniel-Paul Schreber présente, âgé de cinquante-deux ans, une rechute psychotique gravissime, très confuse et suicidaire... Il se rétablit peu à peu, et après sept ans d'internement, il entreprend le récit de sa maladie. Il affirme alors, lui-même étonné, que le monde avait disparu dans la période initiale de sa psychose : Freud repère dans cette évocation après-coup ce qu'il nomme le *désinvestissement de la réalité extérieure* à l'orée de la crise psychotique.

Freud s'interroge sur l'amélioration du malade, constatée par celui-ci et ses médecins, et il la relie à la formation de symptômes psychotiques – le délire notamment - un immense délire de persécution et de transformation sexuelle, extrêmement obsédant et cru qui s'est constitué progressivement. Le délire, dit alors Freud, « ce que nous prenons pour la maladie », est une « tentative de guérison », de reconstruction. Il en montre l'organisation, sur le fond de la « catastrophe » qu'est le désinvestissement. Le monde subjectif du malade a pris fin, et le délire reconstruit, il recrée, certes de façon gauche « un monde tel que le malade puisse de nouveau y vivre », « ... il édifie ce monde par le travail de son délire » (Freud, 1911, pp. 291-294)⁴.

4. Les travaux post-freudiens s'attacheront à discuter du rôle défensif du désinvestissement lui-même dans différentes circonstances (puberté, relation d'objet angoissante, paternité...)

Ce premier schéma logique désinvestissement/réinvestissement nous suffit pour agencer les items 5 et 8 de la Cop 13.

LE MODÈLE DU DÉLIRE ET LES RECONSTRUCTIONS PSYCHOTIQUES

L'article de 1911 apporte plus que l'analyse d'un cas clinique : il propose un véritable paradigme pour la compréhension des « mécanismes » psychotiques, ce que nous pourrions appeler le modèle du délire dans la formation des symptômes psychotiques (Freud, 1911, p. 281). Freud applique en effet le modèle du délire à d'autres formations de symptômes dans les psychoses, symptômes dans lesquels il voit des reconstructions psychotiques.

Au sujet des hallucinations, dans la schizophrénie, « la tentative de guérison ne se sert pas, comme dans la paranoïa, de la projection [délirante], mais du mécanisme hallucinatoire... » (Freud, 1911, p. 199 ; Freud, 1917).

Au sujet de « l'investissement (si singulier) de la représentation de mots dans la schizophrénie » celui-ci « prétend regagner les objets perdus [désinvestis], ... en passant par la part-mot de celui-ci, auquel cas il leur faut alors se contenter des mots à la place des choses », la représentation de chose inconsciente étant inaccessible (Freud, 1915, p. 242 ; Freud, 1917, p. 258).

Freud compare également la genèse des stéréotypies motrices des schizophrénies à celle du délire (Freud, 1911, p. 299). Il s'agirait donc ici d'un réinvestissement pathologique par/dans le corps.

Cette théorie de la reconstruction délirante s'applique également au narcissisme et au moi que Freud conceptualise progressivement dans les années 1910-1915. La mégalomanie (délire de grandeur) apparaît, en 1914, comme une élaboration psychique, une tentative pour « maîtriser la masse de libido » qui fait retour dans le moi du fait du détachement objectal (Freud, 1914, pp. 229-230).

L'hypocondrie montre en outre que les désinvestissements peuvent être suivis et compensés, non par un néo-investissement pathologique du moi pris dans sa globalité (mégalomanie), mais par celui de sensations corporelles plus ou moins fragmentées (Freud, 1915) et dissociées les unes des autres. Toutes ces notations vont sous-tendre la conception de nos items 7 et 8.

Les désinvestissements sous-tendent les investissements pathologiques que nous venons d'évoquer.

Dans la suite de ses premiers travaux sur les névroses, Freud s'est d'abord intéressé au détachement d'avec les objets et leurs représentations

réelles ou fantasmatiques, à la perte des sublimations et aux altérations du langage. Puis il élabore une conception nouvelle du moi en même temps qu'il découvre ses altérations plus ou moins profondes dans les pathologies psychotiques.

Ainsi le moi lui-même peut être altéré, jusqu'à la désagrégation (Freud, 1917, p. 258). La résistance du moi semble représenter un carrefour, selon qu'il apparaît comme une butée qui sous-tend le réinvestissement pathologique d'objet (mégélanomanie, délire paranoïaque), ou au contraire un point faible qui le compromet : dans la schizophrénie, il y a régression à l'auto-érotisme, le moi lui-même semble ne pas se donner comme objet de consolation, le narcissisme et le délire de grandeur sont moins efficaces, et la reconstruction délirante se fait difficilement (Freud, 1911, p. 299). Nous aurons alors des réinvestissements pathologiques plus incertains ou fragmentaires (hypocondrie, surinvestissement des mots, pensées, sensations, comportements...)

Les notions théoriques que nous venons d'évoquer hiérarchisent divers niveaux de perturbation des investissements qui permettent de formaliser les items 5 à 9 de la Cop 13. Seuls certains d'entre eux seront présentés ici dans leur intégralité.

Item 5 : Retrait du monde extérieur

Le *retrait du monde extérieur* regroupe des signes parmi les plus classiques, décrits même dans les formes atténuées : désintérêt, repli, contact lointain voire un isolement social et affectif, 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.

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 soit à l'observation directe du malade (mutisme, discours incompréhensible, diffluent, stéréotypé), soit à l'expérience intuitive de chacun (famille, équipe soignante) dans son échange avec lui : par exemple 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, y compris dans la vie quotidienne...

Désinvestissement du monde interne		
0	1	2
<ul style="list-style-type: none"> – éléments ou moments de présence d'une vie fantasmatique, onirique ou privée – moments de liberté associative – capable d'humour – capable d'une activité créatrice – lit un roman – regarde une émission de télévision 	<ul style="list-style-type: none"> – caractère factuel du récit – flou, indécision – banalisation extrême du vécu – impression pour l'examineur de pauvreté du discours – difficulté à s'intéresser à l'entretien consécutif à la pauvreté du psychisme, du vécu – propos répétitifs – détachement – thématique répétitive – absence de véritable dialogue, rationalisme morbide, pensée hyper rationnelle ou froide 	<ul style="list-style-type: none"> – forte activité questionnante du psychiatre dans l'entretien – relâchement marqué des associations, diffluence – pas de contact avec le monde interne – absence de discours ou discours incompréhensible – indifférence – catatonie, sidération, stupeur – stéréotypie motrice ou langagière

Item 7 : Investissement de soi

Il existe dans les psychoses un fond de détresse narcissique produit par tous les désinvestissements, mais ce qui est le plus immédiatement perceptible, c'est la façon dont le malade surinvestit des positions narcissiques plus ou moins rigides, plus ou moins chargées d'agressivité et d'opposition à autrui.

Cet item reprend les différentes figures que nous avons évoquées selon que le moi hyper-investi protège ses limites, 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.

Item 8 : Hallucination et délire

La Cop 13 ne détaille pas les thèmes ni les mécanismes des hallucinations et du délire, et en cela elle se démarque nettement des descriptions classiques. Ainsi, l'item 8 cherche à évaluer, dans une perspective freudienne, si le délire semble structurer l'évolution du malade (cote 1), ou si au contraire, les symptômes productifs obèrent tout commerce objectal (cote 2).

Cet item fait intervenir deux notions qui complètent la théorie du délire au sens strict. La première est le clivage du moi (Freud, 1938). Dans la cotation

1, le délire coexiste avec un investissement maintenu ou retrouvé avec la réalité : à l’instar du président Schreber quand il est devenu capable d’écrire ses Mémoires et qu’il dîne désormais à la table du psychiatre de l’asile, le Dr Weber. Pendant la longue période qui précédait, le délire avait été si envahissant et intensément vécu qu’il eût été coté en 2. Les « Mémoires » illustrent une évolution du patient de la cotation 2 vers la cotation 1, accompagnée de la reconstruction d’une pensée suffisamment organisée pour permettre la sortie du malade de l’hôpital.

La seconde notion 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 dans ses échanges⁵ avec le monde extérieur ?

Hallucinations et délire		
0	1	2
– Absence de délire et d’hallucination	– Hallucinations isolées – Interprétations délirantes – Intuitions délirantes ou infiltration délirante concernant des évènements non déniés	– Hyperesthésie persécutive – Envahissement persécutif – Activité hallucinatoire continue – Néo-réalité, délire autistique – Déni extensif de la réalité
	– Hallucination négative – le malade affirme que des objets manquent ou disparaissent	– 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
– Absence de délire et d’hallucination	– Activité délirante en secteur n’interdisant pas une adaptation relative à la réalité – Peut échanger sur le vécu délirant	– Délire dont l’investissement passionnel, empêche tout échange avec autrui – Adhésion inébranlable ou passionnée cherchant à entraîner la conviction d’autrui

5. Racamier a décrit la possible perversification des défenses, (ou « érotisation des défenses »), ou de « verrouillage des défenses » : la défense une fois constituée tend alors à la répétition et fait obstacle à tout processus de changement.

Item 9 : Réinvestissement du monde extérieur

Cet item que nous ne pouvons pas déployer ici, décrit certaines modalités de réinvestissement de la réalité, non plus au travers de formations mentalisées comme dans ce qui précède, mais au travers de certains modes de relation au monde extérieur et aux personnes, telles que les ont observées les psychiatres psychanalystes travaillant en institution psychiatrique.

De nombreuses configurations en ont été décrites. Citons la relation d'emprise, l'engrènement (Racamier, 1976), la relation érotomaniaque (J. Kestemberg), fétichique (É. Kestemberg)... le repérage des clivages relationnels dans les soins en institution.

La Cop 13 ajoute le rapport singulier que les patients peuvent constituer avec les institutions qui les accueillent : besoin de relations indifférenciées, relations en pointillé, tangentielles... etc.

Cherchant à préciser la nature de ces relations, en terme de relation d'objet narcissique, Racamier élaborait le concept d'objet-non-objet, car la relation se fait avec un objet « mal intériorisé, concrétisé, partiel,... peu différencié... conçu sur le modèle d'un organe » (Racamier, 1976, p. 11).

Groupe 3 : Capacités fonctionnelles du moi

Les psychiatres psychanalystes travaillant dans les institutions psychiatriques ont insisté sur l'influence essentielle des réponses que le malade reçoit du monde extérieur relationnel et social (Racamier, Diatkine, Lebovici, Paumelle, 1970). Cette dépendance peut être mise en relation, globalement, avec la perte du rôle organisateur du moi, de sa « force de liaison » (Racamier, 1995, p. 347). Elle donne un témoignage indirect puissant de cette désorganisation.

Le Groupe 3 décrit directement ou indirectement le fonctionnement du moi. Les items 10 à 17 de la Cop 13 que nous ne pouvons pas détailler ici, 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. La désorganisation du moi peut compromettre jusqu'à l'autoconservation du sujet. La dépendance à l'égard du monde extérieur (famille, institutions...), les suppléances exigées seront parfois chargées d'ambivalence, conflictuelles, mais souvent paradoxales ou déniées. La qualité de cette dépendance, les capacités d'autonomisation du milieu familial et/ou du milieu soignant donnent donc une idée indirecte de l'état fonctionnel du moi (items 10 et 11).

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 la dynamique thérapeutique (item 12 à 17).

Groupes 4 et 5 : Équilibres interactifs

Soulignons pour terminer que l'organisation contemporaine des soins montre que, au-delà des relations d'objet proprement dites (relations aux personnes), le patient investit de façon complexe l'appareil de soins : les médicaments proposés, les mesures de protection ou de contrainte qui s'exercent sur lui, son cadre de vie, les interventions familiales, soignantes, sociales sur lesquels s'étaye son fonctionnement physique, psychique et relationnel. Cet investissement évolue au fur et à mesure. C'est tout un champ de la clinique qui s'ouvre ainsi, détaillé dans les Groupes 4 (description de la situation sociale), et 5 (équilibres interactifs patient-famille-dispositif de soins) de la Cop 13, que nous ne pouvons qu'évoquer ici.

Perspectives pour la sémiologie des psychoses

La Cop 13 apporte à la sémiologie classique un certain nombre de changements significatifs. À partir d'une sémiologie monadique, tout entière située dans le patient, en tout ou rien, en présence/absence, elle fait évoluer ses utilisateurs vers une sémiologie plus ouverte, en degrés, où sujet et objet s'influencent mutuellement. Chaque fois que c'est possible, dans toute la Cop 13, on retrouve rapprochés ce qui vient du sujet et les réponses du milieu. Il n'y a plus d'observateur neutre : le patient agit sur nous et nous agissons sur lui. En place de la sémiologie arithmétique, comptabilisable, en nombre de signes et en durée des DSM, elle propose des silhouettes cliniques qui indiquent différentes modalités de fonctionnement qui s'inscrivent dans une évolution.

Au lieu de symptômes savants : discordance, dissociation, clivage, sur le sens desquels il est difficile de se mettre d'accord, elle propose des nuages de signes qui s'articulent en trois degrés de gravité (absent, présent, intense). C'est une sémiologie étalée, également accessible à tous, dans le dialogue, les différences et les impressions partagées. Elle incite les participants à s'impliquer et à s'exprimer plus librement. Comme la Cop 13 classe les signes selon trois degrés de gravité, ce sont trois niveaux d'organisation que les soignants

repèrent. Nous les aidons à saisir une dynamique et des transformations psychiques que seule la psychanalyse peut expliquer.

CONCLUSION

Pour conclure, gardons simplement à l'esprit que le modèle du désinvestissement/réinvestissement nous éclaire très largement sur des particularités de la relation du patient psychotique à son monde interne et au monde extérieur en général : créatrice de néo-objets, la psychose peut conférer une valeur d'objet rigide (réification) à des dimensions multiples du fonctionnement psychique, mais aussi de la réalité matérielle ou symbolique nécessaire pour faire pièce à la catastrophe psychotique. Dans les psychoses graves le fonctionnement ne se stabilise (plus ou moins) que dans un équilibre très étroit, quasi organique, avec le monde extérieur institutionnel, familial, social.

Ce sont de multiples aspects de cette problématique que déclinent les vingt-six items de la Cop 13 : une stabilisation des états psychotiques s'appuie toujours sur le développement de dimensions psychiques atypiques *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. Cela rend 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 pratiquons aujourd'hui : c'est ce que nous aide à mettre en évidence la Cop 13.

Victor Souffir
ASM 13
23/25 rue Charles Fourier
75013 Paris

Serge Gauthier
ASM 13
23/25 rue Charles Fourier
75013 Paris

*Penser ensemble le tout d'une psychose*¹

Bernard ODIER*

Il s'agit avec la Cop 13 de condenser, de consolider, et de transmettre les progrès cliniques enregistrés dans le domaine des états psychotiques chroniques depuis une quarantaine d'années. Dans les pays développés et en particulier en France, des équipes relativement nombreuses, qui ne sont plus exclusivement basées dans les hôpitaux psychiatriques, ont accompagné dans les différentes situations de soin où ils se trouvaient des malades qu'on appelle psychotiques. Les diagnostics psychiatriques utilisés pour les situer vont de la psychose infantile à la paranoïa, en passant par la schizophrénie et la psychose hallucinatoire chronique.

Autour des psychotiques, des équipes pluridisciplinaires se sont mobilisés à partir d'institutions variées, et des savoirs d'origines différentes ont été mobilisés, clinique psychiatrique classique, psychopathologie psychanalytique, et ce qu'on appelle parfois la « clinique de secteur » élaborée empiriquement par les acteurs des traitements ambulatoires dans les consultations et les hôpitaux de jour. Ceux-ci se sont révélés des observatoires privilégiés. Le patient qui vient et s'en va tous les jours nous enseigne les équilibres qu'il trouve avec sa famille, son conjoint, son voisinage, et son entourage professionnel. C'est une toute autre clinique que celle qui était collectée à l'intérieur de l'asile, telle qu'on la trouve décrite par exemple par Henri Faure dans son ouvrage *Les appartenances du délirant* publié en 1965.

1. Ce texte est une ampliation de communications faites à Espace analytique le 13 janvier 2012 et à la SPP, le 19 mars 2013.

* Psychiatre, psychothérapeute, psychodramatiste.

MISES EN GARDE

Nous avons essayé de faire du neuf dans un domaine où il n'est pas si facile d'organiser une pensée clinique : celui des psychoses de l'adulte. Certaines difficultés sont bien connues, ont été identifiées depuis longtemps, et ont longtemps tenu en respect les meilleurs.

Construire une motivation suffisante pour s'intéresser à ces malades est la première difficulté. Freud a décrit son mouvement de recul. S'adressant en 1928 au docteur Istvan Hollos, psychiatre et psychanalyste hongrois, qui lui envoyait son livre *Mes adieux à la maison jaune* basé sur son expérience clinique de médecin d'asile, Freud lui écrit, s'excusant de ne pas lui avoir répondu plus tôt :

« [...] Tout en appréciant infiniment votre ton chaleureux, votre compréhension et votre mode d'abord, je me trouvais pourtant dans une sorte d'opposition qui n'était pas facile à comprendre. Je dus finalement m'avouer que la raison en était que je n'aimais pas ces malades ; en effet, ils me mettent en colère, je m'irrite de les sentir si loin de moi et de tout ce qui est humain. Une intolérance surprenante qui fait de moi plutôt un mauvais psychiatre. [...] Me comprenez-vous mieux ? Ne suis-je pas en train de me conduire comme les autres médecins à l'égard des hystériques ? Mon attitude serait-elle la conséquence d'une prise de position de plus en plus nette dans le sens d'une primauté de l'intellect, l'expression de mon hostilité à l'égard du ça ? Ou alors quoi ? [...] » (Hollos, 1986).

Quelques années plus tard, Jacques Lacan tâche de préciser le périmètre de ses réflexions sur la question du sujet dans la psychose dans sa thèse soutenue en 1932 :

« Pour nous, nous ne craignons pas de nous confier à certains *rappports de compréhension*, s'ils nous permettent de saisir un phénomène mental comme la psychose paranoïaque, qui se présente comme un tout, positif et organisé, et non comme une succession de phénomènes mentaux élémentaires issus de troubles dissociatifs ? » (Lacan, 1973, p. 310).

Par la suite, Lacan se penchera plus volontiers sur les délires organisés en discours que sur les schizophrénies qui sont loin de se présenter comme des « tous positifs et organisés ».

Au même moment, d'autres cliniciens en particulier aux USA avec et après Sullivan vont défricher les problèmes posés par les schizophrènes (Souffir, 2005). Leurs travaux inspireront les tentatives et réalisations des psychanalystes et psychiatres français² qui renouvelèrent le traitement des schizophrènes dans les années soixante.

2. Paul-Claude Racamier, par exemple, introduira en France avec Michael Woodbury les travaux des cliniciens de Chesnut Lodge.

PENSER L'ÉTAT CLINIQUE ET LA SITUATION SOCIALE COMME ÉLÉMENTS
D'UN ÉQUILIBRE GLOBAL

Jacques Azoulay, un psychiatre et psychanalyste qui a dirigé pendant plus de trente ans l'hôpital de jour de l'ASM 13, parvenait devant un récit de cas à reconnaître des conjonctures, à pointer des logiques, et à faire des prédictions à l'exposé de tel ou tel projet thérapeutique. Cette sensibilité nouvelle à la clinique des psychotiques stimulait le groupe de jeunes collègues³ réunis autour de lui. Le repérage de régularités dans les évolutions cliniques semblait dépendre d'une capacité à penser la globalité et la complexité de la clinique des patients. La sémiologie classique était vue, mais d'autres aspects de la situation « ici et maintenant » des sujets étaient pris en compte. La réflexion clinique des cas était élargie et s'étendait aux rapports du sujet avec ses proches, son voisinage, son milieu professionnel, etc. Ainsi émergeait une clinique décentrée, projetée sur l'environnement. De nombreuses considérations psycho-pathologiques justifient ce déplacement du regard et de l'écoute. Les patients psychotiques vivent souvent dans une étroite dépendance à l'environnement. La perception de cette dépendance, souvent déniée, est brouillée quand existe une indistinction entre soi et non-soi. L'intimité ne va pas de soi, et la distinction entre vie privée et vie publique est effritée.

Une sensibilité nouvelle à la globalité de la situation clinique des patients psychotiques a ainsi émergé qui a hissé au rang de manifestations cliniques repérables des éléments de contexte décrits jusque-là comme des aspects contingents.

La clinique des cas semblait dans un premier temps d'autant plus complexe. Mais cette complexité supplémentaire apportait des éléments d'intelligibilité⁴ permettant, avec l'aide de la psychopathologie freudienne des psychoses, de schématiser leur clinique. C'est un pas considérable car cette complexité a longtemps découragé les psychiatres au point que, réductionnisme scientifique aidant, 80 % des schizophrènes traités sont « casés » par les DSM et CIM-10 dans la catégorie diagnostique « schizophrénie résiduelle », appellation aux tristes connotations.

C'est au terme de trois mouvements, d'abord d'expansion de la clinique, ensuite de hiérarchisation des traits cliniques, et enfin de classement par items, que la méthode de description proposée a trouvé la forme utilisable en pratique

3. Composé, entre autres, de Dominique Deyon, Josiane Chambrier, Serge Gauthier, Victor Souffir, et moi-même.

4. Le paradoxe du plus d'intelligibilité apportée par un plus de complexité est étudié sous le nom de « simplexité ».

qu'est la Cop 13. Le choix de traits de description empruntés à la clinique quotidienne permet une utilisation immédiate. Les opérations ultérieures de hiérarchisation et de classement selon la sévérité sont vite familières. Les regroupements par items introduisent dans une réflexion psycho-pathologique.

Le terme « organisé » qui figure dans l'intitulé de notre travail (Clinique Organisée des Psychoses) souligne le rôle intégrateur, ordonnateur et globalisant que joue dans la Cop 13 la psychopathologie psychanalytique des psychoses.

LES PSYCHANALYSTES EN PSYCHIATRIE : DES MODES VARIÉS D'INTERVENTION

Les psychothérapeutes et les psychanalystes ont développé des possibilités de psychothérapie dans les psychoses. Du psychodrame psychanalytique individuel à la psychothérapie de groupe, en passant par différentes formes de psychothérapie et même par la psychanalyse, des adaptations de la technique ont permis d'élargir les indications. Mais quand ces traitements « sans intermédiaire » ne sont pas possibles, l'action des psychanalystes est médiante.

Les psychanalystes ont été nombreux depuis un demi-siècle à accompagner selon des modalités variées les équipes psychiatriques dans la prise en charge des malades psychotiques. Ils tâchent de favoriser l'élaboration clinique théorique au sujet de malades psychotiques, difficiles à comprendre par définition.

On pourrait ainsi décrire la contribution des psychanalystes à l'analyse institutionnelle et à l'animation des réunions d'équipe, en général par des méthodes non directives. La place faite alors au silence a pu engendrer un certain nombre de malentendus⁵. Et l'expérience de réunions de synthèse organisées à grands frais, où souvent cinq minutes avant la fin l'on s'avise que l'on n'a pas commencé à parler de ce qui fait problème, est décevante.

D'autres psychanalystes se positionnent en cliniciens membres d'une équipe. Ils « écoutent » les membres de l'équipe et/ou le patient. Dans une institution québécoise⁶ dont le fonctionnement a été décrit avec soin, le leader de l'institution, psychanalyste, écoute les soignants et les psychanalystes, mais pas les patients.

5. M.C. Laznik les décrit sans fard.

6. L'expérience du « 388 » décrite par Appollon et coll.

D'autres psychanalystes se situent en deuxième ligne. Ils ne font pas partie de l'équipe, mais ils en constituent des partenaires habituels. Ils viennent, par exemple une fois par mois, écouter une équipe et parfois donner leur avis.

D'autres enfin rencontrent le malade, en général devant l'équipe, pour un entretien en général unique, histoire de renouveler l'intérêt pour le cas, et de relancer l'élaboration collective.

L'expérience de plusieurs de nos collègues et la nôtre nous ont conduit à mesurer les limites que peuvent rencontrer ces applications de la psychanalyse. Il faudrait décrire les avantages et les limites de ces quatre styles d'intervention psychanalytique pour mieux décrire la spécificité et l'originalité de la méthode de description des états psychotiques « Cop 13 ».

SUIVEZ LE GUIDE

L'utilisateur le plus régulier de notre méthode est un psychologue ayant une formation de psychanalyste et travaillant dans une Maison d'Accueil Spécialisée (M.A.S.). Il s'agit d'un établissement où l'on trouve des sujets dont la pathologie d'expression déficitaire a pu être décrite en termes de handicap, en général des sujets à antécédents d'autisme, de psychose infantile, etc. Ce psychologue est, de toute l'équipe de la M.A.S., le professionnel le plus qualifié. C'est à ce titre qu'il a la charge de l'animation des réunions d'équipe hebdomadaires.

De retour de sa formation à notre méthode de description des psychoses, il a proposé à son équipe, dès la réunion suivante, de « faire une cotation d'un cas ». La réunion se déroule sans encombre, et à son terme, les éducateurs spécialisés, les Aide-Médico-Psychologiques (A.M.P.), les aides-soignants, l'infirmière viennent le voir enthousiastes, et lui disent : « On sait enfin de quoi il faut parler ». On entend là une critique implicite de l'animation non-directive des réunions cliniques et la demande par l'équipe d'un étayage de sa narrativité.

LES POINTS DE VUE DE TOUS

Il y a quelque temps, un ami et collègue psychiatre-psychanalyste à Genève fait le projet de reconstituer ce qu'étaient devenus les malades du 13^e qu'il avait soignés trente ans auparavant. Venant de lire notre livre, il propose

d'essayer de procéder à une cotation rétrospective de malades qu'il avait gardés en tête et, pour mesurer le chemin parcouru par eux, d'en faire aussi des cotations actuelles. Il choisit une patiente que je connaissais, qu'il avait soigné à l'époque dans un état sévère. Plusieurs collaborateurs l'ayant soignée à différents moments de sa prise en charge se joignent à nous. Certains avaient été impliqués comme infirmier, cadre soignant, ou médecin pendant de longues périodes de son histoire. L'expérience est positive. Que les cotations soient faites à distance avec le recul du temps augmente la nécessité de recourir à l'avis de tous. Il ne s'agit pas seulement de compenser le caractère parcellaire des souvenirs, il s'agit surtout de recueillir les fragments de vie psychique dont les uns et les autres sont dépositaires. La notion de « constellation transférentielle » est utilisée pour souligner l'intérêt de rassembler les aspects fragmentés de la vie psychique dans la psychose. En particulier la plus grande partie des aspects de la vie psychique projetés sur les autres ou sur l'extérieur échappent à chacun des soignants.

Quelques jours plus tard, je recueille l'avis d'une des participantes de l'exercice. « Ce qui est intéressant, c'est que cela *oblige* à prendre l'avis des membres des différentes équipes qui s'occupent de la personne », dit-elle. Ce faisant, cette méthode a des vertus anti-fragmentation⁷. Plusieurs points de vue permettent mieux qu'un seul de balayer une clinique élargie.

LE DÉROULEMENT D'UNE COTATION

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. Ceci 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.

7. Selon l'heureuse expression de Denys Ribas.

Il y a quelques années nous écoutions⁸ le psychiatre d'une équipe de secteur, ex-collègue du 13^e, 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 ». 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 (flashes, staffs, synthèses cliniques,...) le risque de renforcement du ronron institutionnel est d'observation courante. Serge Leclair écrit : « 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

8. Les situations cliniques évoquées dans ce texte ont été édulcorées afin de ne permettre ni l'identification des patients, ni celle des soignants et services.

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 de 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'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. Ceci 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 de plus 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 apparaît 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 la mère de celle-ci

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 cueillette⁹ 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 psychopathologiques 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 est tellement négligé le rôle de sa tante qui s'en était effectivement occupée entre neuf et dix-huit ans. 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

9. C'est le mot qu'utilisent les québécois pour décrire l'inventaire sémiologique.

collective produit des 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 une 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 réfléchiraient à deux fois avant de mettre le fer dans la plaie. Ces phénomènes de communauté de cliage 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 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 parcours¹⁰ 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

10. En anglais le verbe « to scan » veut dire parcourir, et l'un d'entre nous avait envisagé un temps d'appeler « Schizoscan » la « COP 13 ».

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 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), 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.

RIGIDITÉ DES PROCÉDURES ET LIBERTÉ DE CONTENUS

Pendant un exercice de cotation, la méthode de description d'inspiration psychopathologique « Cop 13 » régule les échanges entre un tiers, un psychanalyste de préférence, et une équipe engagée auprès d'un patient. Une partie à quatre se déroule. Il y a le patient, son équipe, parfois un animateur de la cotation, et... la Cop 13 ! Ce que l'on observe de paradoxal, c'est que la méthode fonctionne comme si le cadre imposé d'une procédure rigide et contraignante obligeant les uns et les autres à passer en revue de façon systématique, à ratisser l'ensemble de la clinique du cas, était libérateur de paroles¹¹. Ainsi des aspects cliniques collectivement passés sous silence sont ramenés à la conscience collective. Parfois on observe qu'après un temps initial de déni partagé de telle ou telle manifestation clinique dérangeante, la progression pas à pas,

11. Philippe Rappard faisait remarquer l'analogie entre la psychanalyse et la démocratie sous cet angle : rigidité du cadre et associations libres pour la première, rigidité des procédures et liberté d'association pour la seconde.

guidée par un tiers, encourage progressivement à aborder les aspects estompés de la clinique.

Notre entreprise est un essai de valorisation de la clinique, par un effort de formalisation du jugement clinique. Ce faisant nous espérons aider les équipes à être moins désarmées devant la psychose chronique, et à devenir capable de la regarder en face. Cette méthode s'ajoute aux autres modes d'intervention des psychanalystes en psychiatrie.

Bernard Odier
Association Santé Mentale du 13^e
11 rue Albert Bayet, 75013 PARIS
odierbernard@wanadoo.fr

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES¹

- Apollon W., Bergeron D., Cantin I. (1990), *Traiter la psychose*, GIFRIC, Québec.
- Azoulay J. (1990), Le patient et son histoire, ses constructions successives dans le traitement des états psychotiques, *L'Information psychiatrique*, 1990, 2, pp. 117-131.
- Dejours C. (2008), *Travail, usure mentale. Essai de psychopathologie du travail*, Paris, Bayard Centurion.
- Diatkine R., (1970), L'apport de la théorie psychanalytique à la compréhension des maladies mentales et, éventuellement, à l'organisation d'institutions destinées à les traiter, in Paul-Claude Racamier (dir.), *Le psychanalyste sans divan*, Paris, Payot.
- Diatkine R., Quartier-Brings F., Andreoli A. (1991), *Psychose et changement*, Paris, Puf, « Le fil rouge ».
- Donnet J.-L. (1985), Sur l'écart théorico-pratique, *Revue française de psychanalyse*, Vol. XL, n° 5.
- Ey H., Bernard P., Brisset Ch. (1970), *Manuel de psychiatrie*, Paris, Masson.
- Faure H. (1965), *Les objets dans la folie, t.2, Les appartenances du délirant*, Paris, Puf.
- Freud S. (1911), Remarques psychanalytiques sur un cas de paranoïa (dementia paranoïdes) décrit sous forme autobiographique, *OCF-P*, X, Paris, Puf, 1993, pp. 225-304.
- Freud S. (1914), Pour introduire le narcissisme, *OCF-P*, XII, Paris, Puf, 2005, pp. 213-245 ; pp. 229-230
- Freud S. (1915a), L'inconscient, in *OCF-P*, XIII, Paris, Puf, 1988, p. 242.
- Freud S. (1915b), Deuil et mélancolie in *OCF-P*, XIII, Paris, Puf, 1988, pp. 274-278.
- Freud S. (1917), Complément métapsychologique à la doctrine du rêve, *OCF-P*, XIII, Paris, Puf, 1988, pp. 243-258.
- Freud S. (1926e), La question de l'analyse profane; *OCF-P*, XVIII, Paris, Puf, 1994, p. 17.

1. Nous avons regroupé la bibliographie des trois textes du dossier.

- Gauthier S. (1996), Réinvestissement de la réalité et élaboration des défenses psychotiques, *Revue française de psychanalyse*, vol. LX, vol.2, Paris, Puf, pp. 465-485.
- Gauthier S. (2005) Le travail hallucinatoire normal et pathologique du fonctionnement psychique et les hallucinations, in *Rêve, onirisme, hallucination*, Psychanalyse et Psychoses, Vol. n°5, Association de Santé Mentale Ed, Paris 2005, pp. 57-72.
- Green A. (1969), La nosographie psychanalytique des psychoses, in *Problématique de la psychose, compte-rendu du Colloque de Montréal*, Excerpta Medica Found.
- Green A. (2002), *La pensée clinique*, Paris, Odile Jacob.
- Hollos I., Mes adieux à la maison jaune, trad. fr. Eva Brabant, *Le coq-héron*, n°100, Paris, 1986.
- Jacques E., *The Changing Culture of a Factory: A Study of Authority and Participation in an Industrial Setting*, London, Tavistock, 1951.
- Jacquey X., Les transferts subjectaux, *La psychiatrie de l'enfant*, 1988, vol. 31, 2, pp. 643-655.
- Jullien F. (2012a), *L'écart et l'entre*. Leçon inaugurale de la chaire sur l'altérité, Paris, Galilée.
- Jullien F. (2012b), *Cinq concepts proposés à la psychanalyse*, Paris, Grasset.
- Kestemberg É. (1975), La relation fétichique à l'objet, Quelques notations, *Revue française de psychanalyse*, vol. XIII, n°2, pp. 195-214.
- Kestemberg É. (1981), Le personnage tiers, sa nature, sa fonction, in *Le personnage tiers, Les cahiers du centre de psychanalyse et de psychothérapie*, n°3, Paris, ASM 13, pp. 1-55.
- Kestemberg J. (1962), À propos de la relation érotomaniaque, *Revue française de psychanalyse*, vol. XXVI, n°5, pp. 533-601.
- Kraepelin É. (1970), *Leçons cliniques sur la démence précoce et la psychose maniaco-dépressive*, Toulouse, Privat.
- Lacan J. (1973), *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité*, Paris, Seuil.
- Laznik M.-C. (1978), D'un abord possible de la psychose dans le cadre d'une institution, *Psychiatrie de l'enfant*, XXI, 1978, 2.
- Leclaire S. (1993), Entre je et nous : un conflit à entretenir in Doray B., Rennes J.M., *Regards sur la folie*, Paris, L'Harmattan, 1993, pp. 7-9.
- Lebovici S., in *Le psychanalyste sans divan*, Privat, Toulouse, 1974.
- Odier B. (2013), La Cop 13 en pratique, *Santé mentale*, 183, 2013, pp. 60-63.
- Ogilvie B. (1985), *Lacan. La formation du concept de sujet*, Paris, Puf.
- Penot B. (2003), *Figures du déni*, Toulouse, Erès.
- Racamier P.-C., Diatkine R., Lebovici S., Paumelle P. 1970, *Le psychanalyste sans divan, La psychanalyse et les institutions de soins psychiatriques*, Paris, Payot.
- Racamier P.-C. (1976), L'interprétation psychanalytique des schizophrénies, Paris, *Psychiatrie*, 11-1976.
- Racamier P.-C. (1980), *Les schizophrènes*, Paris, Payot.

- Racamier P.-C. (1987), De la dépossession du moi à la possession délirante ou à la recherche d'un nouveau monde, in *La solution délirante, Les cahiers du centre de psychanalyse et de psychothérapie*, n° 14, Ass. Santé Mentale 13° Arrdt Paris, pp. 29-50.
- Racamier P.-C. (1992), *Le génie des origines, Psychanalyse et psychoses*, Paris, Payot.
- Rosenberg B. (1986), Le travail de mélancolie ou la fonction élaborative de l'identification, ou Le rôle du masochisme dans la résolution de l'accès mélancolique, in *Revue française de psychanalyse*, t. L, n° 6, pp. 1523-1543.
- Rappard P. (1990), *L'état et la psychose*, Paris, L'Harmattan.
- Souffir V. (2005), *Harold Searles*, Paris, Puf.
- Souffir V., Gauthier S., Odier B. (2011), *Évaluer les psychoses avec la Cop 13, Une clinique organisée des psychoses*, Paris, Dunod.
- Souffir V., Chambrier J. (1999), Freud et les fonctionnements psychotiques, in J. Chambrier, R. Perron, V.Souffir et coll., *Psychoses I*, Paris, Puf, « Monographies de la Rfp ».
- Winnicott D.W. (1959-1964), Nosographie, Y a-t-il une contribution de la psychanalyse à la classification psychiatrique ?, *Processus de maturation chez l'enfant*, Paris, Payot, 1978, p. 97.