

## Une expérience de présentation de malades<sup>1</sup>

« [...] un examen clinique, une présentation de malade ne peut absolument pas être la même au temps de la psychanalyse ou au temps qui précède<sup>2</sup> ». Mais la situation actuelle n'est pas la même qu'il y a quelques décennies, du vivant de Lacan. La misère sociale est plus présente dans les services psychiatriques, le rapport au savoir a sans doute changé, et la psychanalyse est de moins en moins présente à l'Université comme dans les différents lieux de soins. Le public qui vient assister aux présentations non plus n'est pas le même.

Je me propose ici de donner un témoignage de la présentation de malades<sup>3</sup> que j'assure depuis quelques années dans un hôpital à la périphérie de Paris.

Cette présentation a une finalité d'enseignement. Le public est composé surtout de jeunes psychologues, qui suivent différents enseignements de psychanalyse. Il leur est demandé comme engagement de venir régulièrement à la présentation pendant au moins une année. Une bonne partie d'entre eux n'a jusque-là jamais assisté à une présentation de malades ni fait de stage en psychiatrie, et cette « naïveté » est pour moi un des facteurs qui a fait que cette expérience de la présentation de malades — sur laquelle j'étais partagé au départ — m'a vite accroché. Des gens du service viennent également.

---

<sup>1</sup> Réécriture d'une intervention présentée à Paris le 7 janvier 2012 à la réunion clinique sur « La psychanalyse et son enseignement » : *De l'expérience au savoir*. Je remercie Gisèle Sabatier de m'avoir invité à participer à cette réunion.

<sup>2</sup> J. Lacan, *Problèmes cruciaux pour la psychanalyse*, séminaire inédit, séance du 5 mai 1965. Sur les présentations de malades de Lacan, cf. l'article d'Anne-Marie Braud, « Le parasite parolier », *Carnets de l'EPSF*, n° 82-83, 2012, p. 101-120.

<sup>3</sup> Certains préfèrent parler de « présentations cliniques ». Je conserve l'expression traditionnelle « présentation de malades », même si elle est plus antipathique, « présentation clinique » n'impliquant pas en soi la présence effective du patient.

La présentation de malades se déroule en deux temps :

1. La présentation proprement dite (nous sommes deux analystes à l'assurer, en alternance). Je précise que je ne sais rien du patient avant de le rencontrer. L'entretien est pris en sténo par deux secrétaires de l'hôpital. Dès la sortie du patient on demande à tous de réagir spontanément, puis, à deux ou trois personnes, de préparer un exposé.
2. Une reprise quinze jours après, à partir de ces exposés.

Il y a différentes places :

- le patient ;
- le « présentateur », analyste venu du dehors de l'hôpital ;
- le « public », et, mêlées à ce public dans la salle, des personnes du service ;
- les deux secrétaires ;
- le psychiatre : c'est lui qui propose à un patient (en général un de ses patients) d'accepter de parler devant un public en formation ; il le propose, dit-il, en fonction du point où ce patient en est de son parcours, et donc avec le souci du sens que la présentation pourra avoir pour celui-ci. Il amène le patient à la présentation et se met à l'écart pour y assister, silencieux.

L'entretien est destiné au public — il s'agit que celui-ci puisse se faire une idée de ce à quoi le patient a affaire — mais il a aussi une visée thérapeutique ou, du moins, il s'inscrit dans un processus de soin. C'est même, à mon sens, cette visée qui lui donne une valeur d'enseignement. Je ne mène donc pas cet entretien par rapport au public au sens où je chercherais à faire monstration de tel symptôme, de tel néologisme, etc. Par les premiers échanges avec le patient, une adresse est instaurée, et l'entretien vise à ce que celui-ci puisse dire quelle idée il se fait de ce à quoi il a affaire, autrement dit l'entretien ne vise pas tant les symptômes que la position subjective du patient<sup>4</sup>.

Cela se fait en général par une historisation permettant le repérage de moments critiques, de points de bascule, parfois du moment de déclenchement — s'il s'agit d'une psychose —, mais là encore ce n'est pas tant le moment qui importe en tant que tel, que ce que le patient peut en dire : en quoi tel moment l'a alors marqué subjectivement, ce qu'il peut en dire maintenant.

L'entretien est donc mené à la fois par rapport au public — que celui-ci puisse se faire une idée du cas — et par rapport au patient — que le dialogue parvienne à un point tel que quelque chose de ce qui s'y est joué puisse être entendu de lui. Il a déjà dit sa souffrance, raconté son histoire, fait état de ses symptômes, souvent, et à différents psychiatres. Mais le fait de reprendre tout

---

<sup>4</sup> Cf. J. Lacan, *Écrits*, Paris, Seuil, 1966, p. 534 : « [...] semblable trouvaille ne peut être que le prix d'une soumission entière, même si elle est avertie, aux positions proprement subjectives du malade [...] ».

cela au cours d'un entretien unique, mené par quelqu'un d'extérieur au monde de l'hôpital, et dans un cadre solennisé par la présence d'un public, a pour effet souvent une certaine sédation des symptômes, ou une relance du travail thérapeutique. Cela suppose qu'il y ait eu rencontre entre le patient et le présentateur, autrement dit un moment de transfert qui ne soit pas qu'une simple doublure du transfert sur le psychiatre.

Du processus d'enseignement — présentation puis reprise—, je dirais que le premier temps est le temps de l'expérience. On n'assiste pas à une présentation de malades, on y est inclus, on fait partie du tableau, à une certaine place. Pour celui qui y participe — surtout si c'est une expérience nouvelle —, c'est une épreuve, non sans angoisse, une épreuve qui le convoque en un point de lui-même qui lui échappe, qui touche à quelque chose de son savoir inconscient, de là où il en est dans son propre parcours d'analyse.

Ce premier temps, de rencontre avec un patient, est donc fondamental. La présentation de malades, c'est un événement que, dans le public, chacun vit en soi-même, puis qui est partagé avec d'autres. L'important est d'y être quand cela a lieu. À ce premier temps, on donne tout son temps : ce sont les réactions spontanées, juste après la sortie du patient. Ces premières réactions n'expriment pas seulement le « ressenti » (qui a sa valeur), elles témoignent aussi de ce qui a été entendu. C'est faire l'expérience que dans la parole quelque chose échappe, car chacun n'a pas entendu la même chose, il y a forcément de la perte. C'est une des raisons — tenir compte de cette perte — qui a fait choisir la sténo plutôt que l'enregistrement, lequel donne l'illusion que la parole peut se conserver<sup>5</sup>.

Ces premiers échanges spontanés orientent le second temps de reprise, cette fois avec le texte de l'entretien, à partir du travail de quelques-uns et de l'échange avec tous. Cette reprise ne vise pas à poser un diagnostic, mais à relever des traits que l'on peut dégager de cet entretien. Cela se fait selon les lignes de perspective qu'ont d'emblée dessinées les réactions de tous : non pas un savoir *sur* le patient, mais une expérience de savoir se poursuivant collectivement tout au long de l'année.

On fait souvent implicitement équivaloir présentation de malades et présentation de patients psychotiques. Penser cela, c'est préjuger de ce que pourra éventuellement conclure la présentation. Car si on ne vise pas à un diagnostic au sens psychiatrique, on cherche quand même à repérer si le patient est à situer du côté du champ des psychoses ou pas. Et c'est une dimension importante de cet enseignement que de faire prendre conscience à ceux qui y participent de la difficulté à trancher sur ce point, et que des cliniciens ayant même formation peuvent être en désaccord. Les « cas » les plus instructifs

---

<sup>5</sup> Avec le risque d'une fétichisation du texte. Un des intérêts de la présentation de malades est d'être un enseignement sur le vif alors que la plupart des enseignements de psychanalyse se fondent sur la référence à des textes.

s'avèrent souvent être ceux où on ne parvient pas à un diagnostic de psychose ou non : et dans ces cas-là il se trouve qu'en général l'équipe soignante est elle-même dans le plus grand embarras.

J'ai parlé à plusieurs reprises de « rencontre ». Il y a aussi les fois où il ne semble pas y avoir eu de rencontre avec le patient : cela peut tenir au présentateur, aux circonstances, ou encore au fait qu'il s'agit de patients sur un versant nettement déficitaire de psychose. Mais même dans ces derniers cas, la présentation permet de repérer l'effort du patient pour se maintenir, faire tenir quelque chose en une certaine consistance.

Cet exercice de la présentation de malades requiert une grande lucidité, mais il se déroule aussi pour l'analyste dans un certain aveuglement. Mener un tel entretien, cela suppose de risquer des hypothèses, et à chaque instant de faire des choix. Mais je ne sais rien du patient au départ, et cela va vite. Il m'est arrivé de comparer ces entretiens à ce que l'on vit quand on conduit la nuit, ou plutôt entre chien et loup : je me repère à chaque instant sur tel ou tel élément, alors que le public, lui, peut voir le paysage. D'autres fois, cela va très lentement, l'inertie propre à la psychose menace de plomber toute l'assistance...

Le patient s'adresse au présentateur, mais c'est le public qui entend. En tout cas ce sont ceux qui assistent à l'entretien qui sont le mieux en mesure de restituer quelque chose de ce qui a eu lieu.

D'un autre côté, si le public est le mieux placé pour entendre le discours du patient, il ne me paraît pas assuré qu'il lui soit si facile de saisir ce qui guide le présentateur dans la façon qu'il a eue de mener l'entretien — ce à quoi il a réagi, comme aussi la part de contingence. D'une manière générale il me semble que dans les temps de reprise, comme aussi dans les articles sur ce sujet, on ne s'interroge pas suffisamment sur les interventions du présentateur, comme si on ne s'intéressait qu'au seul discours du patient.

Un danger de la présentation de malades est de pousser le « présentateur » à faire montre de savoir-faire, donc de prestance. Je ne suis pas sûr qu'il soit si facile, quoi qu'on se dise, d'échapper à cette pression : le public fait partie du tableau. Le présentateur se trouve avec le patient sous le regard, comme aussi peut-être, mais de façon indirecte, les soignants qui sont présents — comme si le public avait une fonction de contrôle. En tout cas ce public représente une extériorité par rapport à l'hôpital, à la frontière de la communauté analytique et de la cité. Et peut-être cette extériorité du public participe-t-elle à l'effet de sédation que peut avoir la présentation sur le patient, comme si celui-ci, non seulement se sentait entendu par un collectif, mais — dans le meilleur des cas — se sentait participer à un moment de transmission.

Car la présentation de malades me semble être autant qu'un enseignement, un moment de transmission — une transmission par les effets de déplacement que ce dispositif suscite.

En un premier sens, effet de déplacement sur ceux qui y viennent, du simple fait déjà de venir en ce lieu. Lacan est entré dans la psychanalyse par la voie de la psychose. S'engager dans l'expérience de la présentation de malades, c'est prendre la mesure de là d'où est parti Lacan, et soi-même s'inscrire dans ce lieu d'où il est parti.

Temps de transmission en un second sens : quelque chose circule, se déplace ; il se produit des changements de position subjective pour les patients, pour le public, comme pour le psychiatre assistant en silence, comme pour le « présentateur » quittant son cabinet d'analyste pour se risquer à ciel ouvert.