



*Rubrique : Les concepts fondamentaux
de la psychanalyse... et les autres*

Laisser la parole aux patients

Guy Briole

Poursuivre, au XXI^e siècle, cette pratique si particulière de la *présentation de malades* ne se justifie pas du démantèlement d'une clinique qui se perdrait. Ce serait une nostalgie. Continuer, avec ce que nous appelons désormais la *présentation clinique*, c'est être animé du désir de continuer à avoir le sujet comme interlocuteur.

Poursuivre, c'est prendre en compte que la transmission de la psychanalyse ne se fait pas à l'Université à partir d'un savoir déjà établi, mais en acte dans le cabinet de l'analyste ; et aussi dans le partage d'une pratique appuyée sur ce transfert ouvert à des participants susceptibles de se laisser diviser, surprendre, enseigner.

« Je parle aux murs¹ », dit Lacan. À ces « murs » – ceux de l'hôpital Sainte-Anne à Paris – qui ont des oreilles, comme le dit l'expression proverbiale, Lacan est venu donner ses Séminaires jusqu'en 1964.

Des murs derrière lesquels il a fait son internat et où il a rencontré Henri Ey et Pierre Mâle. Il y fit aussi la rencontre d'Aimée, la patiente qui est au centre de sa thèse, *De la psychose paranoïaque dans ses rapports avec la personnalité*. Ce fut une rencontre décisive pour sa lecture de la folie et sa conception de l'inconscient. Lacan le rappelle et il lui rend hommage comme il le fait aussi pour tous ces patients qu'il a rencontrés lors de présentation de malades. Ces présentations sont conçues par Lacan comme un « exercice qui consiste à écouter des patients, ce qui évidemment ne leur arrive pas à tous les coins de rue », ce dont il s'agit dans ces entretiens c'est de leur « laisse[r] la parole »².

Lacan a remis en usage cet exercice de la transmission du savoir, habituel en médecine, car il la pensait essentielle pour la formation à la clinique analytique. C'est l'un des axes du trépied qui constitue la Section clinique de Paris qu'il ouvre en 1976 : le séminaire théorique, le séminaire pratique et la présentation de malades.

Antécédence et après-coup

En médecine, l'enseignement au lit du malade est une tradition bien établie, elle désigne un chemin : *Tu apprendras ton métier de ceux que tu auras à traiter*. Celui qui transmet sait

1. Lacan J., *Je parle aux murs*, texte établi par J.-A. Miller, Paris, Seuil, 2011, p. 90.

2. *Ibid.*, p. 91.

qu'un tiers est indispensable à l'enseignement : c'est le malade. Autrement dit, c'est dans le corps des malades qu'est contenu tout le savoir appris sur les bancs de la faculté, c'est dans cette rencontre avec le malade que ce savoir prendra corps.

La transmission n'est pas le fait de l'enseignant, qui professe ; celui qui transmet, c'est le praticien. Il arrive ainsi que transmission / acte du praticien coïncident dans la leçon clinique, l'enseignement au lit du malade, la présentation de malade. Dans tous ces temps, le patient est là comme celui par lequel on apprend, mais aussi comme celui auquel on prête le maximum d'intérêt pour le traiter au mieux. C'est le principe du *staff* en médecine où, lors de la présentation d'un malade, s'ouvre une discussion aussi bien sur la clinique que sur le projet thérapeutique. Aujourd'hui, dans le « protocole » qui s'applique *aux données*, le sujet est passé à la trappe !

Pour que l'enseignement atteigne une dimension de transmission, il y faut bien ce tiers : le malade, celui qui souffre, celui qui incarne les savoirs à se remémorer, à confronter, à échanger. Il exalte le savoir et il donne une autre résonance à l'enseignement du maître. C'est là que peuvent se produire ces surprises qui marquent un clinicien.

C'est à la fin de mes études, lors d'un stage en neurologie, que se produisit, pour moi, cette surprise. Ce service était dirigé par un médecin de grande réputation ; le samedi il examinait un malade devant ses élèves. La table d'examen était là, solennelle. À côté, deux chaises se faisaient face. Le maître entrait et demandait le silence, par respect pour le malade. Le chef de clinique introduisait alors le patient dans la pièce où nous étions réunis. Le professeur l'accueillait chaleureusement et l'invitait à s'asseoir. Avant l'examen neurologique complet et minutieux, commençait un entretien d'environ trois quarts d'heure portant sur la maladie, la vie du patient, son environnement familial et professionnel. Du jamais vu, du jamais entendu ! Cela faisait le malade autrement présent et sa maladie trouvait, sans déroger à la rigueur neurologique, à s'inscrire dans la vie d'un sujet. Sur le champ je voulus être neurologue ! Je n'y ai renoncé qu'après les deux années passées au Tchad comme médecin des grandes endémies. Après les rencontres avec le réel que j'ai pu faire dans cette envoutante Afrique, d'autres urgences se sont présentées à moi et la figure de Lacan a supplanté celle de ce maître que je me dois de nommer, le professeur Bergouignan. Je dois aussi pour être précis compléter ce propos de ce que mon inconscient m'avait dissimulé et qui me fut clair par la suite, lors de mon analyse : il avait été le psychiatre qui s'était occupé d'une personne très proche quand j'étais enfant. Lors d'une présentation de malade il peut se passer bien des choses ; insoupçonnées !

Charcot et Freud à la Salpêtrière

Dès son arrivée à la Salpêtrière Freud fut impressionné par la personnalité de Charcot, par ses talents de médecin et d'enseignant. Les leçons du Mardi étaient ces moments attendus par tous, ceux où le Maître procédait à la démonstration de la reproductibilité des symptômes de conversion.

Pour arriver à cette démonstration, la seule prestance du maître ne suffit pas. Il faut une partenaire à la hauteur de l'enjeu. Augustine fut celle qui, finalement, se prêta à lui pour maintenir sa réputation médicale.

Augustine est une jeune patiente hospitalisée à l'âge de seize ans dans les suites d'une grande crise convulsive alors qu'elle servait ses maîtres à table. D'origine très modeste, placée très jeune, elle est décrite comme une jeune fille à l'intelligence vive et au caractère rebelle.

Les crises débutèrent à treize ans suite à un viol par un homme qui aurait été l'amant de sa mère. Elle débuta alors une vie « aventureuse », avec plusieurs amants. Elle aimait attirer l'attention et soignait sa présentation. Elle fut tout de suite repérée par Charcot et se montra avec lui d'une docilité qui excédait la suggestibilité. Un lien mystérieux les liait et elle se mit entièrement à son service, illustrant à merveille les thèses du Professeur. Elle ne doutait pas de l'amour de Charcot. Hospitalisée pendant près de douze ans elle s'évadera déguisée en homme pour rejoindre un autre homme ! C'est elle qui quitte Charcot !

Freud, le 24 novembre 1885, écrit à Martha Bernays, celle qui deviendra son épouse : « aucun autre homme n'a jamais eu autant d'influence sur moi³ ». C'est à partir de cette impressionnante suggestion qu'exerçait Charcot sur ses patientes, ne reculant pas devant un théâtralisme souvent stigmatisé par ses rivaux, que Freud prit le contrepied de cette attitude. L'impasse dans laquelle se trouvait Breuer avec Anna O., le confirmera dans cette orientation.

Il est probable que Freud doive aussi beaucoup à Augustine par l'impression qu'elle lui fit, lors de ce stage à la Salpêtrière, et qui l'amena à la séparation des manifestations hystériques de l'organicité. C'est le premier pas vers cette rupture épistémologique que fut l'invention de la psychanalyse.

Les enjeux de cette rencontre : être enseignés

La présentation du mardi de Charcot est à l'opposé de notre conception de la présentation clinique qui ne se centre ni sur la suggestion ni sur la démonstration, mais qui est guidée par une attente d'être enseignés par la parole du patient.

Chaque présentation est, à elle seule, un enseignement original : selon le patient, l'analyste qui conduit l'entretien et, aussi, le public. Ainsi, aucune ne ressemble à aucune autre, c'est une ouverture à la contingence des rencontres. Faire le choix de ne pas appliquer un savoir préalable à un malade fait que celui qui conduit l'entretien ne prend pas le public comme interlocuteur – le malade n'est pas le support d'une démonstration⁴.

Quand on assiste à une présentation clinique, on se trouve confrontés à la maladie mentale, à la souffrance qu'un sujet donne à entendre. Il arrive que l'on s'identifie au patient, à l'analyste, ou, tour à tour, à l'un ou à l'autre. Parfois, on tente de se tenir à distance de ce que l'on entend, d'écouter en se repérant sur le savoir clinique, de se laisser toucher, voire diviser. Ce sont autant d'oscillations des positions subjectives de chaque participant pendant un entretien. Le public fait caisse de résonance ; pas toujours harmonieusement. C'est de cette dysharmonie que l'on apprend quelque chose par ce qu'elle peut introduire de déséquilibre, de tension, de discontinuité, d'actes manqués en ce qu'elle répond à une logique de l'inconscient. Encore faut-il y être ouvert. Dans la présentation de malades, il n'y a pas non plus d'effet de formation sans effet de transfert.

Faire émerger le sujet

C'est dans la rencontre, et à partir d'une position de non savoir, qu'il s'agit de faire émerger le sujet. Ce n'est pas toujours facile et parfois impossible, de retrouver la trame, le fil conducteur de ce que fut une histoire, voire le délire qui animait le patient à l'époque aigue.

3. Freud S., « À Martha Bernays. 24 novembre 1885 », *Correspondance. 1873-1939*, Paris, Gallimard, 1979, p. 197.

4. Cf. Briole G., « L'effet-de-formation dans la présentation de malades », *La Cause freudienne*, n° 52, novembre 2002, p. 116.

Il y a plusieurs raisons pour choisir un patient pour la présentation, parfois même c'est « une clinique appauvrie » qui motivera l'indication. Celui qui ne suscite pas l'intérêt des soignants, qui se fond dans l'uniformité triste du quotidien, voilà celui qu'il faut proposer pour ce rendez-vous avec le désir de savoir.

L'analyste se trouve, par la place même à laquelle il est convoqué dans la présentation, impliqué dans un transfert qu'il génère *in situ* et qui peut faire que cette partie vide s'anime, que la parole soutenue trouve à s'articuler autrement. Il y a un savoir-faire dans la présentation qui fait les corps plus proches, plus lointains ; les regards qui ne se figent pas ; les questions qui peuvent être appuyées sans être insistantes, des silences...

Personnellement, j'ai choisi de ne jamais avoir d'entretien avec le patient avant la présentation et je n'échange que quelques mots avec le médecin ou le psychologue référent.

La rencontre se fait, là, en présence de tous, ouverte aux risques des malentendus pour le patient et pour l'analyste qui conduit l'entretien. Pour autant, pas de position en miroir : le patient est intéressé de témoigner, le psychanalyste d'en apprendre quelque chose.

Présentation versus contrôle

À l'époque de l'évaluation, je soutiens que la pratique de la présentation clinique est une forme moderne et dynamique de contrôle des pratiques pour un service.

Le contrôle des pratiques en institution reste une question importante.

Un bon usage, un usage renouvelé de la présentation clinique peut être ce contrôle. Dans cette pratique, chacun est exposé, le présentateur en premier lieu, mais aussi les participants et, bien sûr, les membres du service : le médecin responsable du patient, le chef de service, les autres soignants qui ont participé au choix du malade et à l'élaboration de ce choix. De fait, il y a ce que l'on a transmis et ce qui se révèle du patient pendant l'entretien, avec son lot de surprises. Il y a aussi ce que l'on a fait qui, même si cela nous était apparu adéquat, peut maintenant, changer de valeur et l'on se trouve engagé dans une autre élaboration, prise dans la dynamique de la présentation, à partir de ce regard extérieur au service.

Les effets de formation, dans leur contingence, échappent à la temporalité et ce n'est pas à chaque présentation qu'il se passe quelque chose. Par ailleurs, ce qui peut ressortir pour le collectif ne dit rien de ce qu'il en a été pour chacun.

Pas de théorie sans clinique

À la fin d'une présentation et après la discussion on reste avec des questions, des axes de réflexion, une orientation parfois. Mais cette orientation n'est pas une conduite à tenir.

Ce « retour à la clinique » pourrait se dire : *Pas de théorie sans clinique*. Cette pratique, qui met la clinique en son centre, ne pose pas comme référence le tout savoir qu'il suffirait d'appliquer aux patients, mais au contraire ce qui fait trou dans le savoir, et qui va nous mettre au travail du *un par un* des patients. C'est par là que l'on peut s'en trouver enseignés. Jacques-Alain Miller insistait sur l'« enseignement des malades ⁵ ».

Cette approche est celle qui – loin de la passivité ordinaire de l'enseigné – met le désir de savoir au premier plan, et fait de nous des « sujets supposés s'intéresser » au patient, au sujet psychotique, à ses enjeux et, par là même, nous place en situation d'inventer un sur-mesure pour chaque sujet, en fonction du moment ou du lieu où on le croise.

5. Miller J.-A., « Enseignements de la présentation de malades », *Ornicar* ?, n° 10, juillet 1977, p. 21.

Le diagnostic, pour être évoqué sans trop de difficulté, n'est pas la visée de la présentation. C'est bien plus la singularité du cas, la solution que chaque patient a pu trouver, dans une approche continuiste, qui sera privilégiée. Mais alors, la question se pose de savoir si ces « singularités » ne pourraient pas finir par faire série ? Constituer une forme de savoir préalable convenu qui nous tiendrait à l'écart de toute *surprise*. J.-A. Miller prend la question à rebours en énonçant, à la première personne : « La seule chose que je puisse apporter, c'est mon ignorance⁶ ». À partir de cette position, il est certainement possible de penser une nouvelle implication dans la présentation clinique. Gardons cette *ignorance* comme horizon.

6. Miller J.-A., dans la discussion à la suite de l'exposé de F. Leguil, « Giacometti à Picasso : “Arrête de trouver, cherche” », *La Cause du désir*, n° 114, juillet 2023, p. 140, [disponible sur Cairn](#).