

**Institut du champ freudien
SECTION CLINIQUE D'AIX-MARSEILLE
Antenne clinique de Gap**

LA PRESENTATION DE MALADE AUJOURD'HUI



Conversation du vendredi 10 avril 2009 - Gap

Sous la présidence de François Leguil

Animée par
Hervé Castanet (Marseille),
Nicole Guey (Marseille),
Jacques Ruff (Gap)

Textes de
Jacqueline Dhéret (Lyon),
David Halfon (Nice),
Marc Levy (Montpellier),
Bruno Miani (Gap),
Sylvette Perazzi (Marseille)

PREAMBULE

Cher(e)s ami(e)s ,

François Leguil fera une présentation de malade le matin à 10 h suivie d'une discussion. Après le déjeuner, il présidera et animera la conversation sur le thème : « La présentation de malade aujourd'hui ».

Les textes de François Leguil¹ et de Jacques-Alain Miller² peuvent être nos repères de départ. Quant à l'actualité, on peut avancer quelques questions.

Quel usage avons-nous aujourd'hui de la présentation de malade ?

Dans notre pratique de la présentation de malade, sur quel point mettrions-nous aujourd'hui l'accent ? S'il y a une différence, un petit déplacement dans la manière de nous orienter à quoi l'attribuons-nous ?

Quelle place accordons-nous à la perspective du délire généralisé, à la clinique ironique ou d'une manière encore plus radicale à la prise en compte de la perspective du sinthome ?

Les derniers cours de Jacques-Alain Miller nous proposent en effet d'aborder la clinique à partir de la perspective du sinthome. Lacan dans sa présentation de malade ne semblait pas s'être tenu qu'à la clinique. François Leguil pourra nous en apporter le témoignage.

Comment alors, en se passant des outils classiques à condition de s'en servir, peut-on se disposer à recueillir le plus singulier d'un être, le hors sens de son mode de jouir ?

Cliniciens, encore un effort pour être lacanien !

Jacques Ruff

¹ F. Leguil « L'expérience énigmatique de la psychose dans les présentations cliniques » Cause freudienne n° 23 1993

² Jacques-Alain Miller « Enseignement de la présentation de malade » 1977 Conversation d'Arcachon p. 285

1 - LES TEXTES

La présentation de malade, un exercice toujours particulier L'homme blessé

1) *Présentations de malades et sections cliniques.*

Les sections cliniques se sont créées autour des présentations de malades. Nous y faisons confiance à une méthode qui maintient la clinique dans un sillage qui n'est pas tout à fait celui du discours universitaire, y compris dans les services qui reçoivent des internes et des jeunes assistants en formation. Il y a l'effet de la présentation sur le service qui généralement n'a pas une orientation analytique, l'effet sur les participants et enseignants de la Section clinique et bien entendu l'effet sur le patient qui se prête à notre offre.

Chaque mois à Lyon, je rencontre un patient hospitalisé soit à l'hôpital d'instruction des armées Desgenettes qui est assimilé à un CHU, soit à celui du Vinatier. Les psychiatres qui y travaillent appartiennent encore à cette tradition qui attend un enseignement de l'écoute du patient, ils espèrent beaucoup du dialogue psychiatrie/psychanalyse. Chacun se sent concerné et la présentation, outre ses effets de formation, nous disent-ils, évite une certaine routine. Elle s'oppose en particulier à l'épinglage de la pratique dans des séries de techniques, spécialement dans les cas où le patient a été pris dans un trop plein de savoir. C'est le cas de « l'homme blessé » dont il va être question plus loin, un officier dont la pathologie semble correspondre aux savoirs sur le traumatisme que la psychiatrie militaire a formalisé.

Ainsi le Docteur Furtos, psychiatre au Vinatier, soulignait-il récemment sa surprise de constater comment dans la présentation, « à suivre les signifiants, d'une façon quasi chirurgicale et sans faire d'interprétation prématurée, on obtient un dire nouveau d'un patient que l'on croyait connaître depuis longtemps ». « Plus les soignants ont à faire à l'urgence, ajoutait-il, moins ils peuvent valider les événements non appropriables qui relèvent de l'effroi » et que la psychiatrie publique prend en charge.

* Jacqueline Dhéret, psychanalyste à Lyon, membre de l'Ecole de la Cause Freudienne, est enseignante à la Section clinique de Lyon-Grenoble.

L'effet attendu est donc ici d'inventer une relation nouvelle avec le patient, chacun dans sa pratique, avec l'idée que même si on annonce une névrose traumatique, un état psychotique inaugural ou une schizophrénie, c'est singulier !

Souvent, en effet, la présentation fait ouverture et nous apprenons après coup qu'elle a permis un travail différent à partir du transfert. On a souvent insisté sur le fait que cette rencontre unique ne met pas en jeu le transfert sur l'analyste. C'est juste, mais il arrive que l'entretien amène à un déplacement, à une nouvelle dialectisation de la relation. On obtient cet effet que si l'analyste, dans un instant crucial de la présentation, fait autre chose que d'écouter ou de poser des questions. Il y a des moments, dans le dialogue avec l'autre où le sujet raccroche l'Autre, où il ne s'isole plus, comme l'homme blessé avec sa douleur. Il revient alors à l'analyste qui s'entretient avec lui d'y aller de sa présence, de s'avancer, pour que ce qui s'est mis en mouvement puisse être repris avec quelqu'un du service concerné, psychiatre ou psychologue.

Les services attendent beaucoup de l'entretien qui apporte souvent un allègement, de les reconnaître aussi dans leurs difficultés. Ce moment de travail fait coupure ; il vient contrer les effets de groupe, le discours collectif. Cela suppose, dans la conversation qui a lieu après le départ du patient, de savoir écouter les soignants, de porter un intérêt réel à leur travail. Les malades présentés sont en effet généralement dans ces deux services, ceux qui mettent en échec les savoirs ou ceux qui font éprouver de l'angoisse. La transcription de la présentation constitue un point d'appui et d'ancrage, toujours attendu dans le service. Elle est effectuée par la Section clinique, diffusée et reprise de façon systématique par les praticiens hospitaliers, psychologues, infirmiers.

Il arrive que la présentation permette de repérer avec précision quelle identification a été ébranlée qui soutenait le sujet, précipitant la dissolution imaginaire, lorsqu'il s'agit d'une psychose. Elle est parfois le fait d'une intervention vécue comme une suggestion ou une menace venant d'un médecin, d'un collègue, d'un responsable hiérarchique etc. Ce petit autre incarne une figure de l'Autre qui n'a d'autre visée qu'une volonté de jouissance, laquelle s'oppose à ce que le sujet a de plus cher. On peut souvent, dans ce cas et dans la présentation, déconstruire avec tact cette proposition, sa dimension interprétative, trop suggestive. On peut « dire que non », réduire l'exigence, tout en visant la conservation d'une voie identificatoire qui permettra d'éterniser une dette vitale à l'égard de l'Autre. Alors, la présentation devient aussi traitement. Elle vitalise les signifiants qui autoriseront un développement métonymique compatible avec les choix que le sujet peut reconnaître comme siens.

Comme on le voit, il ne s'agit pas de faire chorus et je suis personnellement attentive au trop d'enthousiasme qui viendrait signaler une idéalisation du Discours analytique, prémisse de sa détestation ! Si nous voulons produire un savoir, nous attachons à la logique du cas et seulement à ça, il faut que chacun garde sa particularité, sa façon de dire qui permet que quelque chose s'éclaire. Il s'agit de décompléter le savoir ou le trop de sens, pour que puisse apparaître une question du sujet qui, elle, pourra être travaillée dans le service où le patient est hospitalisé.

La thérapeutique s'oppose au savoir préétabli ; c'est toujours à partir d'un point d'obscurité qu'il s'agit d'élaborer, de produire un discours. Cet aspect de la réflexion nous oblige à dialectiser, dans la conversation à propos du cas, ce qui se dépose des dires du patient, suivis à la lettre.

2) *L'homme blessé.*

Julien m'a appris que le traumatisme capture d'autant plus le sujet, qu'il fait de lui une victime propre à attirer la compassion. Ce n'est pas la compassion qui fait problème, il en faut, mais le sacrifice de sa propre jouissance vivante et de son désir, qu'implique toujours le fait d'être victime.

Cet officier a été blessé par balle vingt ans plutôt et il a du être opéré plusieurs fois de la mâchoire. Il s'agissait de lui refaire un nouveau visage, à la fois sur le plan fonctionnel et esthétique. S'il a beaucoup fréquenté les services de l'hôpital, il est accueilli pour la première fois en psychiatrie, à la suite d'une tentative de suicide. Il explique son geste par ces mots : « Je ne reconnais plus ma femme ». Il l'a épousée vingt ans plutôt, alors qu'il portait encore sur son visage les marques de l'affreuse blessure. Séduite depuis peu par un voisin, elle lui oppose le masque froid de celle qui se reproche les années sacrifiées à prendre soin de lui.

Les opérations successives ont redonné à Julien un visage humain, fort beau, mais il souffre de maux de tête violents et de douleurs très invalidantes, pour lesquelles il est traité.

Julien n'en veut pas à son agresseur qui avait manié maladroitement et stupidement son arme à l'occasion d'un exercice en Afrique, pas plus qu'il n'en veut à l'infidèle. Le « trauma » pour lui, c'est l'opération, cette mâchoire qu'on a du lui refaire et qui le fait souffrir depuis 20 ans. « Je voudrais l'enlever et la remettre à ma manière ». Ces derniers temps il s'était senti devenir « corps étranger » dans sa maison, mais il n'avait pas compris que sa femme, avec laquelle il a eu 5 enfants, avait un amant. Lui même n'est pas spécialement un mari fidèle mais il a toujours « donné priorité » à son épouse, à sa famille.

La tentative de suicide, sans gravité, a lieu après une violente querelle : « Tu n'as qu'à prendre ta morphine ! » lui dit sa femme, après qu'il lui ait parlé de sa souffrance de la voir s'éloigner. Le signifiant « mort » fait aussitôt injection, précipitant le passage à l'acte.

Revenons sur la « scène traumatique » de l'accident, telle que la présentation permet de la construire et qui donne des indications précises quant à l'orientation possible du traitement :

Lors d'une expédition au Gabon, un membre du commando auquel appartient le patient, fait l'idiot avec son arme et joue à faire peur. La contingence d'un léger déplacement dans l'instantanéité de ce moment, fait que notre officier prend la balle, qui part accidentellement, en pleine figure. « J'ai vu le coup partir ». C'est cette image fixe, qu'il ne cesse pas de voir depuis vingt ans. Notons qu'ici, il n'y a pas de rapport qui puisse s'écrire, pour le sujet, entre l'effet et la cause. Seul le rapport de l'armée est en mesure d'ordonner les faits, de qualifier l'accident, ce qui revient à imputer à un auteur le dommage subi par une victime. Que dire à cela ? On a une vérité qui se referme sur des faits et un sujet, bien en deçà du tragique. Si la tragédie se définit par le souhait du héros d'affronter son destin pour y faire face, on a là un anti-héros.

L'hypothèse de la psychanalyse, c'est qu'on ne peut faire parler les événements qu'à travers le sujet et dans son langage. Si nous définissons le sujet comme divisé dans son rapport à l'Autre, du fait du signifiant, nous pouvons dire de ce temps 1 qu'il y a bien un sujet, puisque c'est notre hypothèse, mais qu'il s'agit avant tout d'une rencontre avec l'inexistence de l'Autre, qui renvoie à l'anonymat et au silence. La question « Qu'est-il arrivé ? » ne se pose même pas. Nous verrons cependant comment dans l'après-coup, cette « erreur » prendra l'allure d'un rejet de soi.

Le temps 2 est celui des nombreuses interventions chirurgicales sur la mâchoire, avec la greffe qui redonne un visage, après la mutilation. Le sujet peut commencer à maudire son destin et la culpabilité, qui témoigne d'une division subjective, est au rendez-vous. Une douleur persistante donne corps à la jouissance et devient d'autant plus la partenaire de cet homme, que sa femme s'y intéresse fortement. La figure de la femme dévouée, dépose un voile sur le trou laissé par l'irruption du regard qui, dans la scène traumatique, a visé le sujet. Ce fantasme donne sens à ce qui s'est passé et la douleur n'est plus entendue comme symptôme d'une névrose traumatique et d'un sujet d'autant plus identifié à une victime, que « l'accident est idiot ». Un vécu d'impuissance s'installe pour cet officier, (sauf dans son travail) qui énumère, lors de l'entretien, les situations où il a renoncé à son désir, laissant agir son épouse. Le temps s'écoule et la plainte, adressée au corps médical, n'est plus qu'une vague allusion à ce moment où le sujet, coupé de la vie, a vu le trou noir du canon le regarder. C'est le signifiant « mort » phine, qui précipite des années plus tard le passage à l'acte, sous le regard même de son épouse.

Que nous apprend l'entretien avec ce patient, quant à son implication subjective ? Au-delà du niveau de la perception, nous postulons en effet sa participation inconsciente pour qu'il y ait une telle incidence à cet événement. Cette hypothèse ouvre la possibilité de déplacer l'irruption du réel, vers une chaîne signifiante qui pourrait permettre de l'inscrire dans sa dimension de hors sens. Cette orientation suppose de rendre au sujet sa douleur, pour qu'il puisse l'adresser à un Autre qui sache maintenir la béance de ce trou. La personne n'est pas responsable de l'accident qui fait d'elle une victime, mais le travail analytique peut construire un sujet responsable des effets que l'évènement a sur lui.

Il convient donc, dans ce cas, de se demander pourquoi il y eu trauma.

L'idéal chez ce St Cyrien, concerne un style de commandement et une vision héroïque du père, qui a exercé lui même, des fonctions très honorables dans l'armée. La loi du père, dans ce cas, est qu'il faut prendre soin de ses hommes, des combattants qui sont sous ses ordres. Pas question d'emprunter une autre voie. Une première année à St Cyr est marquée par un mouvement dépressif, vite récupéré, jusqu'à l'achèvement d'études brillantes. Puis c'est le réel qui montre à notre officier que le monde n'est pas régi par la loi du commandant, tel que son idéal l'a façonné. Le traumatisme tient à un hiatus entre la vision du monde telle que la croyance au père l'ordonne et la scène, si peu glorieuse, de l'accident. Un pilier s'effondre. L'ombre du père s'étend sur l'objet sexuel, soit sur une femme qui prend soin d'un blessé qui n'a même pas eu l'occasion d'être un combattant. « Je l'ai choisie avec les mêmes traits de caractère que mon père mais dévouée comme ma mère et d'ailleurs, ils s'entendent fort mal ! », dit-il.

Le songe de cet homme, c'est que l'harmonie existe au sein de sa famille, comme avec ses hommes qu'il sait diriger, par le dialogue. Il n'est pas un combattant, n'aime pas le conflit, ce qui n'est pas incompatible, dit-il avec le statut d'un militaire qui doit diriger. A l'armée ça marche, il est très apprécié. A la maison, sa femme sans doute usée par tant de gentillesse, manie la parole blessante et ce d'autant plus que c'est l'homme blessé, c'est à dire châtré, qu'elle aime.

Ce sujet, accroché au regard d'approbation et de désapprobation de l'autre, se soumet à l'impératif cruel de faire « bonne figure » en toute circonstance, ce qui lui interdit de nommer la méchanceté, celle de l'autre et la sienne qu'il ignore totalement. (Il ignore qu'il veut néantiser le regard « a », qui l'a néantisé). Il y aura pour ce patient un deuxième « trauma », dont il parlera dans l'entretien, effet d'une rencontre avec un médecin qui veut le guérir du premier et ne ménage pas ses conseils : « Mais enfin, soyez un lion ! ». Cette interprétation a lieu après que son rival lui ai fait dire : « Tu es hors jeu, maintenant c'est

moi qui m'occupe d'elle ! », une intervention d'autant plus violente, dira Julien, qu'elle ne manque pas de justesse.

Ce n'est pas seulement du rapport à la castration qu'il s'agit ici, de son évitement : le trauma, dans ce cas, est l'effet d'une trop grande croyance en la bienveillance. Il est la conséquence d'une idéalisation qui apparaît, lorsque le fantasme « du commandant qui veille sur ses hommes », se dénude. C'est lui qui perd la face.

Cette présentation a réveillé ce sujet qui a entrevu derrière le visage de la femme secourable, le regard qu'il mendie. Ce moment fût entre l'analyste et lui, un vrai corps à corps. « Regarde moi ! », semblait-il dire lorsque l'analyste écoutait sa plainte avec un certain détachement, presque indifférente. Là où il paraissait avant totalement centré sur sa douleur, il se redressait, sollicitait son attention, son aide, son assentiment ou sa réprobation.

Quelque chose s'est ouvert qui a permis au psychiatre qui suivait Julien de le retenir à l'hôpital militaire, ce qu'il refusait depuis son admission et de le suivre dans sa langue, jusqu'au point où il a aperçu qu'il y a des St Cyriens qui viennent à la place du commandant tout dialogue qu'il n'y a pas.

Février 2009

Conversation de Gap sur la présentation clinique

La présentation clinique est souvent aussi appelée présentation de malade. Le second terme est plus attaché à l'origine historique de cette pratique puisqu'elle fut celle des enseignants psychiatres de cette époque que nous considérons comme classique. Je me suis rendu compte à l'occasion de cette conversation d'aujourd'hui que je n'utilise personnellement que la première dénomination. Cela s'explique, vous le verrez.

Je remercie doublement Jacques Ruff de m'avoir invité à participer à cette journée de travail. J'ai d'abord compris que j'étais convié à assister à une conférence de François Leguil après une présentation effectuée par lui. J'ai ensuite appris qu'il s'agissait d'une conversation. Je me suis mis alors au travail à partir de mon expérience personnelle.

La présentation clinique n'est pas une pratique analytique

Elle ne se range ni dans le cadre de l'analyse pure, ni dans le cadre d'une psychanalyse appliquée à la thérapeutique. Non seulement elle ne constitue pas une cure mais elle ne se confond pas non plus avec un entretien préliminaire puisqu'elle ne vise pas à décider d'une éventuelle cure. La dimension transférentielle n'y joue pas de ce fait le rôle central qu'il prend dans la cure. Parfois cette dimension émerge cependant nettement pendant la séance unique mais l'impossibilité de son déploiement lui ôte toute incidence majeure. Si la rencontre n'est pas sans effet, elle ne se range jamais dans une série, la suite ne permettra pas une révision du point de vue formé. L'instant de voir, le temps pour comprendre et le moment de conclure sont contractés à l'extrême.

Contrairement donc à l'analyse pure ou appliquée, ce n'est pas une clinique sous transfert mais inversement sous le regard d'un public qui, comme tiers terme, joue un rôle essentiel pour le patient mais aussi pour l'intervenant. Cela est d'autant plus vrai que ce public est mixte.

D'un côté, les participants de la section clinique qui vérifie dans ce cadre inédit la rencontre elle-même et ce qu'elle peut produire. Ce public est bienveillant, certes, mais on peut lui supposer un désir de savoir d'autant plus étendu qu'il n'est pas spécifié. Vise-t-il le patient ou le praticien en fonction ? Les deux sans doute comme le laisse entrevoir les commentaires qui se recueillent dans l'après coup. C'est donc un réel moment d'évaluation.

* David Halfon, psychanalyste à Nice, membre de l'Ecole de la Cause freudienne, est enseignant à la Section clinique de Nice.

De l'autre côté, l'équipe d'hospitalisation qui accueille et soutient la présentation. Son attente est déterminante depuis le choix du patient. Le désir de savoir est ici plus affirmé du côté du patient. La présentation est l'occasion d'interroger un ou plusieurs points d'opacité, sur le cas mais aussi sur son devenir.

Du point de vue de ce public mixte la présentation clinique est démonstrative même si cet effet n'est nullement recherché et même tenu strictement en respect.

Dans le prologue de Guitrancourt dont j'ai trouvé plusieurs moutures elle n'est que succinctement évoquée : « Les présentations de malades viendront demain étoffer cet enseignement », ou encore « Dans un même temps, les présentations de malades complètent l'enseignement ».

La présentation clinique participe de l'enseignement des sections cliniques.

La clinique même orientée par la doctrine analytique n'est pas la cure et l'enseignement n'est pas non plus la visée de cette dernière. Par ces deux caractéristiques elle se différencie radicalement. C'est à partir de cette distinction que nous pouvons tenter de répondre aux questions de l'usage que nous avons de cette pratique originale. C'est-à-dire qu'il nous faut penser son utilité et sa pertinence dans le cadre d'une politique pour la psychanalyse.

La présentation clinique de Nice

Elle débute avec la création de la section clinique de Nice qui date elle-même d'une grosse dizaine d'années. À l'époque, je crois pouvoir affirmer que nul parmi les enseignants n'aurait songé à organiser une présentation clinique bien au-delà des obstacles bien réels qui se présentent. C'est un point qui pourrait paraître anecdotique mais qui signale la logique même dans laquelle une présentation clinique s'inscrit. Elle n'est pas, chez nous au moins, le fait d'une initiative personnelle mais s'inscrit dans un projet de l'Ecole par l'intermédiaire des sections.

Elle a d'abord été assurée par Philippe De Georges et Gilbert Jannot qui étaient accueillis par un service d'hospitalisation de l'inter-secteur de toxicomanie qui se montrait non pas enthousiaste mais au moins pas hostile à cet exercice. Nous avons posé que ce niveau minimal était le seul acceptable pour consentir à cette pratique qui n'est pas sans risque pour celui d'entre nous qui interviendrait mais aussi pour la personne qui accepterait de s'y confronter. Ensuite un service de psychiatrie générale a ouvert sa porte, pour des raisons amicales, à Gilbert Jannot.

Jacques Ruff fait remarquer dans sa participation à la réflexion de décembre 2008 à Antibes sur les sections cliniques que la présentation clinique si elle est fondamentale, terme qui reste à expliciter, demeure fragile.

Nous avons pu l'éprouver.

Un changement dans la direction de l'inter-secteur nous a conduits à suspendre notre première présentation. Le nouveau responsable consentait à son maintien en précisant qu'il n'y assisterait pas. Cela a suffi à décider que les conditions n'étaient plus réunies pour son maintien.

Seul demeurait le deuxième lieu. Peu de temps plus tard il a été demandé par le chef de service de psychiatrie qui accueillait la présentation qu'elle ne soit pas aussi fréquente car elle sollicitait par trop le service. Cette remarque a clairement été entendue comme une prévention suffisante pour ne pas la maintenir.

Parallèlement un autre service avait été contacté qui nous a offert un accueil motivé par un intérêt clinique. Cette fois il ne s'agissait plus de nous offrir simplement l'hospitalité mais de nous associer à un effet de formation souhaité. Cette présentation est demeurée quelques temps la seule dont nous disposions.

C'est à partir de cet effet de formation pour l'équipe soignante que paradoxalement un autre service nous a sollicités. C'est bien parce que certains services de psychiatrie trouvent encore à la présentation clinique une vertu de formation et c'est par ce biais que celle-ci peut s'assurer une relative pérennité.

Les rapports avec la psychiatrie.

La présentation clinique de Jacques Lacan est héritée de la psychiatrie.

Elle avait, pour les psychiatres qui ont constitué la clinique, une double fonction, celle d'enseignement mais aussi une fonction de recherche dans la mesure où le savoir qui s'en recueillait n'était pas encore établi. Cela correspond à la définition même de la clinique, le savoir qui se constitue dans l'examen du patient qui devient susceptible d'une mise en forme transmissible à d'autres, les étudiants et les confrères, mais également d'être éclairant pour les autres patients, de fournir une lecture des examens ultérieurs. Cela revient à la mise en série des cas. Comme pour l'ensemble de la médecine ce fut une démarche féconde.

De ce point de vue la présentation clinique de Lacan est homogène à la clinique psychiatrique. Des années durant elle a accompagné son enseignement et son élaboration sur la psychose. Nous savons que néanmoins elle s'est distinguée sur un point essentiel. Loin de vérifier dans le cas l'existence et le déploiement d'un processus morbide, Lacan s'est attaché à obtenir, lors de ses rencontres, l'articulation précise de la position subjective du patient, ce qu'il a qualifié de soumission aux positions proprement subjectives du patient dans les débuts de son enseignement. C'est une façon de dire car le témoignage existe que ce qui l'animait était un refus de comprendre trop vite et donc une volonté de savoir. C'est ainsi que la présentation clinique s'est trouvée influencée par la pratique analytique qui, elle, n'est pas un examen clinique mais déploiement du savoir d'un sujet par effacement consciencieux et continu de tout savoir antérieur, y compris celui déjà acquis dans la cure en cours. La cure donne le modèle du recul asymptotique du moment de conclure pour laisser s'épanouir le temps pour comprendre. De ce fait la présentation clinique de Jacques Lacan est inhomogène à la clinique psychiatrique, même si de façon manifeste elle assurait une fonction d'enseignement pas tant de la clinique que du rapport à la parole comme instrument de la construction d'une position subjective, son élaboration concrète, comme telle toujours inédite.

Ce pas simplissime est celui que ne cesse de franchir chaque présentation clinique, extraire l'articulation subjective propre du patient contre le cadre nosographique dans lequel il peut aussi s'inscrire dans la référence clinique. Paradoxalement c'est les psychanalystes qui se trouvent dans les services de psychiatrie les plus fréquemment en mesure de faire dialoguer la clinique psychiatrique classique avec le particulier du cas. C'est une mise en tension entre le cas particulier et la structure en tant qu'elle donnerait un cadre général. C'est un vieux débat maintenant, la structure est-elle réelle ?

C'est sur ce point que je situe l'effet de formation du côté de l'équipe soignante.

La présentation clinique a subi des critiques historiquement datées qui n'ont pas été sans effet même sur les psychanalystes qui y ont vu seulement le vestige d'une pratique psychiatrique révolue, sans même repérer la nouveauté apportée par Lacan. Mais ce n'est pas l'essentiel. La présentation de malades a perdu son prestige dans le milieu médical dans la mesure même d'une certaine dévaluation de la clinique contemporaine du développement des thérapies chimiques. Nous savons que c'est le développement du concept de troubles, cibles de traitements trans-nosographiques, avec l'affiliation de la psychiatrie à une classification a-doctrinale qui explique l'abandon de la recherche proprement clinique. De facto, la psychanalyse aujourd'hui se trouve hériter d'un champ

qui n'était pas le sien, mais qui se trouve en déshérence abandonné par ses héritiers naturels, au prix bien sûr d'un déplacement d'accent.

La présentation clinique est attendue dans les services de psychiatrie parce qu'elle n'abandonne pas l'opacité subjective, le caractère énigmatique de la jouissance, une fois atteintes les limites du secours de la thérapeutique. Le sujet demeure en question.

Les trois temps de la présentation clinique

Le patient a été sollicité par le service et adressé à la présentation clinique. Le ressort de la démarche est un projet qui prend la forme d'une question ou de plusieurs. Sans cette attente, comme l'expérience l'a montré, le dispositif ne se maintient pas. Comme nous l'avons évoqué, cette attente s'adresse à la présentation (qui n'a pas encore eu lieu) comme lieu et moment d'un gain de savoir. En dehors de la présentation clinique le récit d'un cas peut solliciter l'éclairage de la doctrine analytique sans la rencontre le patient. C'est ce qui s'effectue régulièrement dans les moments d'élucidation des pratiques dans les sections cliniques. Le récit du cas est aussi au centre du contrôle quoi que de manière très différente.

Dans la présentation clinique, c'est bien de la rencontre concrète qu'est attendu le savoir. C'est une mise à l'épreuve de l'analyste dans une fonction particulière, la démonstration qu'un certain usage de la parole, un certain mode de la question susceptible d'apporter un éclairage clinique justement. Cela ne se confond pas avec l'acte analytique et par certains côtés s'y oppose, mais c'est bien l'analyse qui est ici convoquée car c'est la dimension d'un savoir, insu du sujet et dans cette occasion de son équipe soignante, qui est visée. Ce savoir peut se dire et se recueillir. La présentation clinique est le moment de son surgissement « en public ».

Le résultat obtenu se mesure aussi dans la présentation que l'équipe soignante fait du patient ultérieurement. Les questions se formulent différemment et les données cliniques sont rassemblées de manière à souligner les points d'obscurité sur lesquels une réponse est attendue. Pour faire simple, la présentation clinique produit un effet de construction de cas dans l'après coup de son effectuation, non seulement pour le patient qui en a bénéficié mais pour ceux qui seront invités après lui.

L'entretien clinique est le second temps, impossible sans le premier comme nous l'avons vu qui lui donne son assise. Dans l'hypothèse d'un échange avec l'équipe soignante réduit au minimum avant la présentation elle-même, l'adresse du patient donne cadre et enjeu.

C'est le moment de la surprise pour tous.

Le patient qui appréhende plus ou moins cette expérience ne sait pas ce qu'il va dire et la portée de sa parole, les effets qu'elle peut produire pour lui-même et pour ceux qui l'écoutent. Il ne sait pas ce qu'il va faire du public, le prendre à témoin, tenter de l'ignorer, le plus souvent le réduire à une présence silencieuse qui donne un poids particulier, une responsabilité accentuée de la parole. Surtout il ne sait rien du partenaire qu'on lui propose dans l'opération, ni quel usage il peut en faire.

Pour l'équipe il y a toujours un point d'inquiétude sur le déroulement de cette séquence. Le patient choisi jouera-t-il la partie comme il s'y est engagé ? L'adresse qui a été formulée est-elle judicieuse pour celui-ci ou celle-là ? C'est une inquiétude qui est cohérente avec la participation initiale qui est justement celle de l'équipe.

Pour le public, qui a raté le prologue, la surprise est plus strictement liée à la scène à laquelle il assiste qui est toujours marquée d'au moins un évènement. Le dispositif de la cure, la libre association, produit en lui-même des effets, indépendamment des partenaires en présence. La modalité même de la présentation clinique, sa préparation, son public,

favorise l'évènement, depuis la rétraction du patient qui recule à la dernière minute, jusqu'à l'ensemble des phénomènes de premières fois qui émaillent son déroulement.

La possibilité du surgissement du nouveau est homogène au projet qui la fonde également. Si la présentation a lieu c'est parce qu'un point d'obscurité a été désigné et que ce point est mis en rapport avec l'échec de la solution antérieure du sujet, ce dont témoigne sa présence à l'hôpital. La répétition des hospitalisations ne change rien à ce constat, sauf quand elle est devenue par elle-même une nouvelle solution.

Si la présentation répond donc à l'attente elle permettra le surgissement d'une nouveauté qui advient comme surprise.

C'est ce que l'intervenant lui ne sait pas dans l'affaire, ce que le patient voudra bien faire comme usage de cette expérience et à quelle place il tentera ou réussira à le mettre dans l'occasion. Il est clair que le résultat de la présentation, quelle que soit la disposition inaugurale du patient, doit beaucoup, dans sa portée, à ce qui se joue concrètement dans ce moment de rencontre et qui n'est pas lié aux informations recueillies préalablement, ni à la construction qui a pu se mettre rapidement en place entre la rencontre de l'équipe et celle du patient, ni même à l'intensité du désir de savoir. Tout n'est pas écrit. Encore une fois, je dirais que le savoir de la présentation clinique n'est pas préalable à son effectuation, ce qui en fait la particularité. La formulation obtenue du patient ne répond pas à une question, encore moins à un savoir préalable, mais signe son consentement à participer de manière cordiale ou même hostile, ce n'est pas impensable, à ce qui s'apparente à une enquête sur la rupture qui est advenu dans ce qui paraissait être l'équilibre d'une vie. Ce dernier n'est jamais que la fiction dans laquelle névrosé ou psychotique s'installent. D'une certaine manière, l'enquête porte sur ce qui fait rupture de sens, avènement d'un non-sens dans des modalités différentes selon la structure. Parvenir à y motiver le patient, à le solliciter dans cette voie, ou à mettre entre parenthèse sa réticence, ou son horreur à dire est bien une spécificité de la tâche de l'intervenant dans la présentation clinique. C'est bien entendu encore une fois très différent de la conduite de la cure où la position de l'analyste est plutôt de faire preuve de patience et d'éviter de faire obstacle à la construction de l'analysant. La limite temporelle de l'unique entretien exclut l'abstinence et la retenue qui fait l'essentiel de la position analytique dans la cure.

La surprise finalement est bien d'obtenir dans ces conditions bien différentes des effets sujet, des tentatives de bien dire que le dispositif de la présentation non seulement n'empêche pas mais d'une certaine façon autorise ou facilite, en public, sans transfert clairement installé, sans la perspective d'une cure. C'est le dispositif tout entier, incluant son double public, qui devient le partenaire du patient dans une perspective de cerner un point de réel, qui est au centre de l'expérience du sujet, qui se présente comme un évènement inédit ou répétitif, que la présentation structure, quand elle y parvient, en question pour le sujet et non plus pour l'équipe soignante ou l'intervenant.

Je pense que c'est un effet de mutation qui est la surprise nécessaire du dispositif, sans lequel, même si la présentation clinique n'est pas un échec, elle n'est pas non plus réalisée dans l'amplitude qui peut être la sienne. Surprise nécessaire est un oxymore qui se justifie car si cette mutation est nécessaire, aucune règle ne permet de la produire assurément et sa survenue est toujours une surprise. Cela ne répond pas à une maîtrise, ni à un savoir faire assuré.

Le troisième temps est d'une certaine manière accessoire. Il serait possible de considérer que la rencontre clinique pourrait être démonstrative par elle-même. C'est pourtant un temps toujours très riche. Est-ce un temps d'enseignement ?

Pour moi-même toujours, car c'est le moment de construction de la rencontre, de rendre compte de la logique qui a été à l'œuvre et qui n'est pas pleinement consciente dans le déroulement de l'entretien lui-même. Tout ne sera pas repris ni développé cependant, loin

s'en faut. Là aussi une certaine surprise est au rendez-vous. Une alchimie particulière fonctionne dans ce dispositif qui fait que les développements sont le résultat de la conversation qui s'établit et non la réalisation d'un projet préétabli.

Les participants de la section attendent de ce moment un éclairage sur ce qu'ils ont saisi au vol de cette même logique à l'œuvre. Certains peuvent dire, puisque dans ce moment ils ne sont plus silencieux, que pour eux cela fait enseignement. Pas pour tous sans doute, pas sur les mêmes points assurément. Cela suffit-il à considérer qu'elle est fondamentale dans les sections cliniques comme le proposait Jacques Ruff dans son intervention pour les journées de travail sur les sections cliniques à Antibes en décembre 2008 ? Les textes des auteurs et l'enseignement théorique sont plus proches de l'enseignement qui peut être tiré de la pratique analytique. La doctrine qui s'est constituée reflète non seulement les acquis des cures mais aussi les apories et les débats soulevés par ces dernières. Ce n'est pas par hasard que certains textes sont qualifiés dans notre champ comme fondamentaux. La présentation de la malade tire son intérêt d'être concrètement clinique. Dans un cadre déplacé (encore une fois ce n'est pas celui de la cure), elle propose le reflet de la pratique vivante, actuelle, en train de se produire. C'est une clinique de l'entretien (pas du malade) au sens où c'est dans son observation directe que se situe le savoir que l'on veut justement extraire, à l'image de l'examen clinique qui a, un jour, postulé que c'est l'examen du malade qui permettait l'élaboration du savoir. Je ne dirais pas que la présentation clinique est fondamentale, je dirais plutôt qu'elle est précieuse, pour certains, par ce caractère sur le vif. C'est le sens que l'on retrouve souvent dans les témoignages écrits et parlés de ceux qui ont assisté à la présentation de Lacan, le grand homme saisi dans le vif de sa pratique, là où elle peut se montrer.

L'équipe soignante n'est pas travaillée de la même façon. C'est le moment d'une reprise des éléments du cas qui ont été recueillis par les uns et les autres dans les différentes activités qui émaillent la vie d'un service de psychiatrie et qui trouvent à s'ordonner dans l'après-coup de la mise en forme effectuée par le patient lui-même. La présentation clinique n'objective pas le patient – c'est une critique étonnante qui a été formulée contre elle – elle lui restitue clairement une place centrale dans le dispositif de soins. C'est un effet latéral mais qui n'est pas sans intérêt pour le patient d'un côté, pour l'équipe soignante, d'autre part. La manière dont un sujet opère avec le réel qui le concerne devient un paramètre de la conception du cas, d'un changement de perspective sur la perplexité que le sujet manifeste mais qui envahit aussi l'équipe qui a le patient et sa souffrance en charge. La présentation clinique est aussi un traitement de l'angoisse inhérente à la pratique psychiatrique. Sommes-nous intéressés par cet aspect, est-il fondamental ? Ce n'est pas l'objet de la présentation mais c'est par ce bord qu'elle se pérennise. Une participante de la section m'a un jour demandé si le service avait toujours une question et si cela jouait un rôle dans l'entretien. Je lui ai répondu que j'essayais en effet toujours de savoir quelle était la question qui avait présidé au choix du patient et que je voulais toujours soit répondre à la question (c'est souvent possible), soit obtenir pendant la présentation assez d'éléments pour argumenter en quoi je ne pouvais pas répondre.

Les constructions de cas de la présentation clinique

Il en existe plusieurs qui parfois se succèdent.

Celle qui est proposée par l'équipe hospitalière est première et préside au choix du patient puisque c'est à partir de celle-ci que se fonde l'hypothèse que la présentation clinique sera utile, pour le patient et pour le service. La construction est toujours perceptible dans la formulation du cas, laquelle s'inscrit par ailleurs dans un effet d'après-coup des

présentations antérieures. Dans notre époque où les monographies cliniques ne sont plus de saison, les services réinventent la biographie et l'histoire de la maladie qui débouchent parfois sur des cas rédigés qui s'émaillent des propos des patients. Ces constructions se centrent sur les accidents de vie, ce qui est homogène à la conduite de la présentation clinique.

Cette première construction parce qu'elle est centrée par une question juxtapose des zones claires, ce qui paraît cliniquement acquis et des zones obscures, l'énigme que recèle le cas. Elle est souvent remaniée dans le troisième temps de la présentation avec le plus souvent un déplacement des zones claires et obscures.

La conduite de l'entretien résulte d'une forme de construction de cas, d'une orientation plutôt. Il ne s'agit pas de l'effet produit par la transmission effectuée par l'équipe soignante. Celle-ci clairement située ne vient pas faire obstacle à l'ouverture attendue de la présentation. C'est d'un autre effet qu'il s'agit. Comme la temporalité n'est pas celle d'une cure, il ne s'agit pas durant l'entretien de remémoration, ni d'association libre, même si chaque fois que c'est possible l'espace est laissé à cette dimension. La présentation clinique est orientée par le praticien qui est plus enquêteur qu'effacé, plus clinicien en fait, avec ce que ce terme recèle de dimension active. Il faut donc savoir ce qui anime la présentation.

Dans mon expérience, la ligne constante est de tenter d'obtenir des formulations du sujet sur les événements de la vie, sur les moments qui se détachent comme remarquables ou fondateurs, les ruptures, les changements. Le motif de l'hospitalisation se présente souvent comme un premier fil à tirer, il est déjà présent dans la construction de l'équipe soignante, mais il n'est pas toujours celui dont s'empare le sujet invité à s'expliquer. La règle de la présentation clinique n'est pas de dire ce qui vient à l'esprit, mais de viser ce qui est arrivé dans la réalité parfois, dans la subjectivité dans la mesure où nous pouvons en obtenir le témoignage. Certains éléments cliniques valent bien sûr plus que d'autres dans cette perspective, l'hallucination ou le délire bien sûr, le surgissement de l'angoisse toujours, le plus précieux des signaux, mais aussi tous les drames de la vie concrète et le cortège de remaniements subjectifs dont justement le sujet peut témoigner.

Parfois c'est une cause qui est d'emblée pointée, un personnage, un moment d'histoire présenté comme inaugural. Cette cause est parfois isolée comme récente, fréquemment elle est logée dans un passé très ancien. C'est une amorce de relecture déjà à l'œuvre.

Évènement et cause sont deux modes de présentation d'une pointe de réel qui sert de point d'ancrage de la construction attendue de la présentation qui est le lieu et le moment d'une supposition de savoir. C'est autour de ce ou ces points que la biographie est saisie, amenée dans les domaines restreints où elle est nécessaire, c'est-à-dire appelée par les associations du patient ou selon la nécessité d'une exploration qui, encore une fois, souffre ici d'être active.

Toujours incomplète, la biographie permet néanmoins de saisir le sujet dans la relation à son Autre, la manière dont il articule savoir et jouissance et diverses modalités de l'objet qui leste la position subjective.

Nous pouvons le dire autrement, la présentation clinique permet de construire un aperçu du mode de nouage des trois tores Réel, Symbolique et Imaginaire par lequel le patient se soutient dans son existence. Elle permet de saisir les réponses apportées par le sujet lors de la rencontre des accidents contingents. Je réponds ici à une autre des questions que Jacques Ruff nous adresse dans son invitation à cette conversation, la présentation clinique reflète de manière assez directe les avancées doctrinales de l'École parce que ce sont elles qui orientent notre investigation clinique, comme les avancées doctrinales de Lacan modifiaient sa modalité d'intervention. La différence est que nous ne nous tenons pas toujours à sa position d'invention.

Il y a maintenant de nombreuses années, à la suite d'une présentation de malade qu'il avait conduit, j'avais interrogé Jean Louis Gault sur ce qui orientait son interrogatoire. J'avais posé la question en aparté après la dispersion du public auquel je participais car j'avais été frappé par son intense activité durant cet entretien qui contrastait avec la relative retenue de la position analytique. Il m'avait répondu : je fais bénéficier ce patient de l'avancée du cours de Jacques-Alain Miller.

C'est bien parce qu'une orientation préside à notre travail avec le patient que je trouve légitime de parler de construction clinique.

Dans la cure, l'insu est le cadre du savoir à venir. Nous en remettons la charge à l'analysant. Dans le cas de la présentation, nous préservons l'insu, mais par le fait du public comme dimension essentielle, nous nous portons au devant d'une élaboration dont nous avons d'autant plus la charge que le patient n'est pas un analysant et que le plus souvent il n'en deviendra pas un dans la suite immédiate de l'expérience. Nous voyons bien le caractère essentiel de la précision que Lacan apporte à sa fameuse « soumission aux positions subjectives du patient » ; c'est une soumission avertie (c'est le terme qu'il emploie), ce qui change, module, voire ordonne la perspective.

De facto, la présentation est plus démonstrative que ne l'est une séance analytique qui ne se sépare jamais de la série dans laquelle elle est inscrite. Je prends souvent la peine de rappeler que la révélation de la présentation ne rend compte ni des adhérences transférentielles, ni de l'inertie de la jouissance, ni des chicanes de la parole qui sont au cœur de l'expérience de la cure. Une analysante m'en faisait la remarque sur le mode du reproche : « Pourquoi mes séances ne donnent elles pas cette lisibilité immédiate que vous obtenez dans un seul entretien avec un patient ? ».

Il faut dire qu'à l'inverse de la cure la construction du patient est le plus souvent exclue de la présentation clinique. C'est, comme je l'ai dit, un résultat considérable d'obtenir qu'une personne lors de son unique séance s'implique activement dans son dire. C'est en deçà de ce qu'obtiennent les entretiens préliminaires qui autorisent une rectification subjective et une ébauche de transfert.

La présentation clinique n'est ni cure, ni amorce de cure, c'est pourquoi elle ne laisse pas place (elle ne laisse pas le temps tout aussi bien) d'une construction du cas par le patient lui-même qui est d'une certaine façon la seule qui compte vraiment. Au mieux la présentation produit quelques effets du côté du patient, la perspective d'une mise en question qui traduit le bénéfice d'un aperçu même partiel sur la cause et les effets dont le patient est le sujet.

Depuis Lacan nous savons que les présentations cliniques qui se terminent autrement que par le constat du patient qu'il y a une difficulté à résoudre dont il a pu prendre la mesure, ne sont au mieux pas de bon augure.

La dernière construction de cas de la présentation est celle qui prend place juste après l'entretien. Elle est à la fois double et incomplète ; double car elle concerne la logique de l'entretien et la logique du cas ; incomplète car au mieux elle est ébauche des lignes de perspectives.

Certes le temps manque pour une peinture qui serait achevée mais ce n'est pas la raison de ce travail incomplet.

La présentation n'a pas vocation à réduire le patient au contenu de cette rencontre qui n'est qu'un instantané comme en photographie. Ce qui nous intéresse et focalise notre attention est un reste à dire, un au-delà de ce qui a déjà été produit. Cette visée particulière est la raison de la fécondité de la rencontre isolée.

Parce qu'elle est souvent démonstrative, la présentation doit se garder d'être concluante pour ne pas devenir une présentation du malade, une réduction de celui-ci à un savoir exposé. C'est bien un souci d'exactitude qui motive de respecter les zones d'ombre, le

non su qui fait signe au cœur du savoir déjà acquis, qui compte énormément bien sûr puisque comme nous l'avons vu c'est lui qui permet que l'expérience se pérennise et même trouve à s'étendre.

Usage et place de la présentation clinique

La présentation de malades est une pratique pour nous clairement héritée de Lacan. François Leguil affirme dans un de ses textes que sans lui cette pratique serait devenue caduque. C'est plus que vraisemblable.

Cette pratique n'avait pas pour lui une simple fonction d'enseignement, outre qu'elle maintenait son inscription dans la psychiatrie de son temps avec laquelle il maintenait le dialogue, elle était une manière de soutenir le défi de la clinique qu'il a toujours situé au-delà du champ de la cure.

Pour nous c'est en tant que prolongeant l'enseignement qu'elle s'affirme au sein des sections cliniques.

C'est un enseignement paradoxal pour des analystes.

Il se déroule dans un lieu qui n'est pas un lieu où la psychanalyse est chez elle, il met à contribution un malade qui n'est pas un analysant dans un dispositif qui n'est pas celui de la cure. Pour reprendre le titre d'un texte célèbre de Jacques Alain Miller, c'est une clinique qui n'est pas sous transfert.

Si la présentation clinique présente un intérêt malgré ces écueils ce n'est pas par sa seule vertu d'enseignement. Elle autorise une prise de position sur les bords de notre champ. Le pouvoir de la parole ne s'arrête pas au cadre étroit de la cure mais peut aussi bénéficier à celui qui n'en a pas l'idée. Sur la voie tracée par Lacan, encore une fois, elle soutient une participation au devenir de la psychiatrie. C'est par une ironie du hasard, de la contingence comme nous disons, qu'il m'a été demandé d'assurer une présentation clinique dans la période même où se formulait en moi le regret de ne pas disposer d'une pratique hospitalière, de ne plus rencontrer tous ces patients qui ne s'adressent pas à l'analyste. J'ai une joie certaine dans cette pratique qui présente une particulière densité. C'est à ce titre que je suis heureux de participer à la conversation de ce jour.

Il n'y a pas de présentation de malade

Deux occurrences, les seules à ma connaissance, qu'on trouve dans le Séminaire du Dr. Lacan, me serviront de fil conducteur.

La première date du 5 mai 1965 à propos des « *Problèmes cruciaux pour la psychanalyse* ». Lacan y fait remarquer que « la présentation de malades ne peut absolument pas être la même au temps de la psychanalyse et au temps qui précède ». En effet, la dite présentation qui a toujours appartenue à la tradition médicale - confère Charcot avec Freud pour témoin - s'est trouvée autrement colorée par la psychanalyse. D'où la pertinence du terme « aujourd'hui » proposé par J. Ruff dans son titre.

Au temps qui précède la psychanalyse, à l'époque du lumineux Kraepelin, la présentation se limite au seul recueil des symptômes inventoriés dans la clinique psychiatrique. Rien de plus, même s'il convient de saluer l'effort et le souci de classification.

Quand avec Freud la psychanalyse reconsidère le statut du symptôme psychiatrique, quand grâce à Freud la clinique de l'écoute fait décliner la clinique du regard, tout bascule. L'orientation s'affine, le signifiant prévaut et le statut du symptôme se déplace. Tandis qu'il était consigné dans une observation purement médicale, c'est-à-dire objectivante et descriptive, le voici, ce symptôme, devenu porteur d'un message déchiffrable et d'une satisfaction aussi paradoxale qu'inouïe.

Donc, le panorama change et la position de « l'examineur » se décale. L'observateur froid, objectif, souvent très doué dans la finesse de ses descriptions n'a plus sa place. La présentation se démedicalise. À sa place, le psychanalyste auquel le patient suppose un savoir, part à la découverte car, assurément, il ne sait pas. Même s'il n'est pas sans savoir qu'il ne suffit pas de pousser le voile qui occulte une fenêtre pour être paranoïaque. Aussi, va-t-il se compter dans le symptôme du malade, il va s'y inclure, en être aspiré. La psychanalyse a induit un déplacement, de la description à l'implication.

Il n'y a donc pas de présentation de malade, il n'y a qu'un dialogue entre deux sujets et sans le second sujet il n'y aurait pas, dit Lacan, de « symptôme achevé ». Le présentateur doit impérativement savoir qu'il porte une « moitié du symptôme ». À défaut de cette implication, inévitablement, il est contenu dans les étroites limites de la description phénoménologique, enclin à donner aux conduites et comportements plus d'importance qu'ils n'en ont en réalité et il est pris en étau dans l'opposition entre le leurre et le réel.

* Marc Lévy, psychanalyste à Montpellier, membre de l'Ecole de la Cause freudienne, est enseignant au Collège clinique de Montpellier.

La psychanalyse a apporté du nouveau en appréhendant le symptôme comme le signal d'un « savoir déjà là ». Et même si le patient n'est pas sans savoir que ça le concerne, il ne sait pas ce que c'est, il ne s'y reconnaît pas. Et nous, est-ce que nous savons ? Non. Nous n'en savons pas davantage. Tout au plus allons-nous découvrir. C'est pourquoi, à Montpellier, nous avons pris le parti de tout ignorer du patient et d'aller à la découverte, condition propice, nous semble-t-il, pour qu'il y ait rencontre, condition essentielle pour qu'il y ait surprise.

Découvrir, aller à la rencontre, soit ! Mais comment ?

Lacan va répondre à cette question le 06/01/72 dans le « *Savoir du psychanalyste* », c'est la seconde occurrence.

La présentation, dit-il, « consiste à les écouter », « à leur laisser la parole », car, précise-t-il, « ça ne leur arrive pas à tous les coins de rue ». On croirait la chose évidente mais elle ne l'est pas. Se taire, écouter des propos incohérents ou pulvérulents, être l'adresse et le témoin de répétitions affligeantes, de mise en échec réitérées, voire d'une dangerosité avérée n'est guère aisé. Mais il faut les écouter, insiste Lacan. Et il faut les écouter au delà de la fébrile compassion, de l'empathie fade et d'une sympathie feinte. Il faut les écouter parce que se faire le destinataire d'un message c'est déjà en subjectiver l'auteur, c'est déjà l'humaniser, le reconnaître comme sujet de la parole, qu'il s'y implique ou pas, qu'il s'y compte ou non. Il faut les écouter car ce qu'ils disent obéit à ce que Lacan nomme « la logique ». Et cette logique affecte le discours du sujet d'un sens qui n'a rien du sens commun.

Comment le faire entendre mieux que ne l'a fait le Docteur Lacan par cette phrase : « Il n'y a probablement pas un seul d'entre vous qui m'entendiez dans le même sens ». Cette logique donc nous sépare de ce que nous croyons être le sens commun, et à y être docile on touche à ce qu'elle recèle de plus singulier.

En effet la question de l'objet (a), rigoureusement étrangère à celle du sens, rabaisse le sens au rang de « petite peinturlure » de l'objet (a) auquel chaque Un est attaché singulièrement.

Voyons maintenant les conséquences qu'emportent ces deux occurrences.

Nous devons d'abord remarquer que ces deux occurrences, laisser parler et être inclus dans le symptôme, spécifient en quelque sorte l'examen clinique pratiqué par un psychanalyste. C'est déjà dire combien il est démedicalisé, docile à la logique d'un sens singulier, et sans souci d'objectivation. L'initiative est laissée au patient, l'analyste, comme dit F. Leguil, « se laisse conduire ».

Le patient doit s'éprouver comme autorisé à dire. Et peu importe si les rubriques de la classique observation psychiatrique sont battues en brèche. Les sujets psychotiques, car ils sont l'essentiel des patients présentés, trouvent dans cette docilité du psychanalyste non seulement la possibilité de parler mais plus encore éprouvent par cette parole enfin libérée une possible distance avec l'horreur de ce qui les étreint, sidère ou pétrifie.

Quand j'évoque cette parole enfin libérée c'est pour souligner que ce qui la libère tient à ce qu'elle ne se heurte plus à un savoir établi lui même érigé sur un raisonnement qu'on pourrait dire équationnel :

- délire = psychose
- jouissance située dans l'autre = paranoïa
- jouissance située en soi = schizophrénie
- ombre de l'objet qui retombe sur le moi = mélancolie...

Ces équations, ces préconçus sont des fins de non recevoir qui altèrent la réceptivité du présentateur lequel a déjà déserté sans même s'en être aperçu. Non que ces équivalences soient fausses, non qu'elles ne soient pas cliniquement vérifiables, mais s'en contenter,

pour s'en soutenir, aboutit à une fermeture, à un retour à la classification certes utile, mais inévitablement bornée.

Le psychiatre qui a choisi le patient, qui l'a convié, qui a recueilli son assentiment en sait beaucoup plus que le présentateur et que l'auditoire. De ce qu'il sait, de ce que sait l'équipe soignante, nous faisons table rase. Lors de la discussion, le psychiatre et son équipe pourront dire. Mais ils ne parleront qu'après que l'auditoire ait questionné et débattu.

Et c'est là que surgit souvent une surprenante impression : s'agit-il du même patient ?

Il y a un monde entre le cas tel que son entourage médical le construit et les effets induits par la présentation. Des étonnements jaillissent : « il ne nous a jamais dit ça », « il ne nous l'a pas présenté comme ça », « il n'a rien dit de ce qu'il nous répète à longueur de temps », « nous ne savions pas ceci ou cela » etc.

Ces étonnements témoignent massivement du fait que les modalités d'approche du patient induisent des effets différents. Si les uns élaborent depuis l'après-coup, le psychanalyste « présentateur » est sans filet, sur le vif, seulement disponible et attentif à la logique du signifiant.

Il convient maintenant d'introduire ce tiers qu'est l'auditoire. Et c'est pour moi l'occasion de vous faire part d'une réelle surprise.

Avant la création du collège clinique de Montpellier, A. Menard et moi avons, depuis une vingtaine d'années, organisé une présentation de malades dans le service dont j'avais la charge. Y assistaient les internes, les infirmières, quelques étudiants, une vingtaine de personnes en tout.

A l'ouverture du collège clinique j'ai volontairement limité le nombre d'inscrits à 40 tellement j'appréhendais le grand nombre lors de la présentation. Les 40 n'ont eu aucun effet et les 225 de cette année pas davantage. A croire qu'une bulle virtuelle isole le présentateur et le patient sauf lorsque le patient, comme s'il ignorait le présentateur, s'adresse directement ou préférentiellement à l'auditoire.

Mais l'auditoire est là et la présentation doit l'enseigner. Que doit-elle lui enseigner ? Cette question appelle quatre réponses.

- 1) Il s'agit de confronter l'auditoire à une certaine élégance dans le rapport au patient : courtoisie de l'accueil, de l'installation, de l'invitation à parler, remerciements pour la participation, souci de ne pas couper la parole, d'accueillir cette parole sans jugements et avec bienveillance.
- 2) Il s'agit aussi de relever les arêtes vives sans insistance, de revenir avec tact sur des points non élucidés, de ne pas reculer devant les détails du quotidien, et de souligner les traits aptes à établir une orientation quant à la structure.
- 3) Il s'agit encore, une fois la structure repérée, de parvenir à la dépasser. Car le diagnostic importe mais peu importe le diagnostic. La paranoïa est une classe particulière mais celle de Mr X est à nulle autre semblable.
- 4) Il s'agit enfin d'évoquer l'avenir en soutenant le travail fait auprès du psychiatre hospitalier, et en concluant sur une note d'espoir. Face à l'énigme de la psychose, plus que jamais nul ne sait !

Je souhaite à présent vous dire quel est à mes yeux le postulat fondateur de toute présentation de malades selon l'orientation lacanienne. Il faut faire fi des catégories

classiques et normatives, en finir avec le bien et le mal, le dehors et le dedans, le normal et le pathologique. Souvent Lacan disait d'un sujet psychotique avéré : « il est normal ».

« Tout le monde délire », l'intérieur et l'extérieur sont en continuité, c'est le dehors qui fait le dedans, à toute chose malheur est bon, car d'être parlants nous fait tous étrangers à nous mêmes, qui que nous soyons. C'est l'essentiel de ce que le psychotique nous enseigne. Et cet enseignement tient à un trait qu'il nous faut impérativement requérir pour être autorisés à parler de psychose : il s'agit de la certitude. C'est un point fondamental que J-A Miller a souligné lors de la conversation d'Arcachon.

Il n'y a pas de psychose sans certitude, certitude des déductions logiques du savoir chez le paranoïaque, certitude de la faute à expier chez le mélancolique, certitude de l'illusion d'être aimé chez l'érotomane, certitude de l'hallucination chez le dit schizophrène, certitude d'aller un jour sur le tombeau du christ, certitude de bientôt mesurer 2m95...

Et cette certitude, notre éthique nous commande de l'accueillir sans sourciller, de lui être docile, de n'en douter jamais, d'en prendre la moitié si j'ose dire. Cette certitude c'est ce que le psychotique a de plus réel. Sachons la reconnaître pour la préserver, pour la respecter car c'est d'elle que le sujet psychotique va nous parler et dont il va peut être se servir pour créer, pour inventer.

Qu'on y touche et le passage à l'acte viendra nous rappeler à l'ordre, qu'on la mette en doute et nous serons aussitôt rangés parmi les persécuteurs.

Je pense à Philippe qui me demande une préface pour tous les bouquins qu'il écrit et qui n'a d'intérêt que pour le nombre de pages, jamais moins de 500. Je m'exécute à chaque fois.

Je pense à Michel qui conclut chaque consultation mensuelle par : « je veux mesurer 2m95 » et que je ponctue par « pourquoi pas ? ».

Je pense à Pierre qui mois après mois me traite de « magicien » en précisant « vous avez réglé mes problèmes, j'ai trouvé un travail et maintenant j'ai une femme ». J'accueille sans jamais flétrir les lauriers qu'il me décerne.

Mais je pense aussi à René parti en claquant la porte parce que, intrigué par un bruit inhabituel, j'ai regardé en direction de la fenêtre, tandis qu'il me parlait.

Et puis je n'oublie pas Lucien me déclarant « je viens vous voir parce que mon psychiatre m'encule ». Il était suivi par un collègue psychanalyste depuis 25 ans. Et après quelques rencontres avec moi il est retourné chez son thérapeute pour lui dire « je reviens parce que Lévy m'encule » !

Tous, à leur façon, nous enseignent le métier. Chacun soulève pour le questionner ou le vérifier un aspect théorique. Nous leur devons l'acquisition d'un certain savoir faire si nous avons l'humilité de nous laisser enseigner.

Une présentation de malade n'est enseignante que si le psychanalyste s'est laissé enseigner. Et qu'enseigne-t-elle ? : La certitude d'un style dans le rapport au monde.

Il y a un invariant. Que cet invariant s'exprime par la répétition chez le névrosé ou par la certitude chez le psychotique, il est, et il est incurable. C'est le noyau opaque d'une jouissance énigmatique et indéchiffrable.

Chez le névrosé, l'expérience psychanalytique peut offrir la perspective d'un jouir autrement de cet insignifiant qu'est la jouissance.

Pour le psychotique, l'accueil d'une parole enfin autorisée peut, si on en accuse réception, alléger le fardeau d'une intrusion dévorante et sans cesse menaçante.

C'est à cela, aussi, que peut concourir une présentation de malade.

La présentation de malades aujourd'hui

Y a-t-il un enseignement de la présentation de malades ?

Nous faisons cette hypothèse que la présentation de malades démontre qu'il y a un enseignement par le sujet psychotique.

En quoi cet enseignement est-il différent de celui d'une clinique psychiatrique qui se fonde, comme le démontre Jacques-Alain Miller, d'un discours universitaire¹ où il s'agirait, grâce à un savoir mis en place de semblant de produire des sujets « *dignes de ce nom* », à partir de rebuts d'ordre social ?

Or, Jacques-Alain Miller souligne que le discours universitaire est le seul discours qui a cette ambition exorbitante de vouloir produire un sujet à partir d'un *déchet*, et cela grâce à un savoir.

Et, nous savons également que le psychotique objecte à cette production d'un sujet comme effet du manque à être qui le constitue dans le langage.

S'il y a un enseignement de la présentation de malades, c'est donc moins par le manque que par la certitude que le sujet psychotique nous enseigne.

Il s'agit de ce point de certitude que Jacques-Alain Miller nous engage à rechercher dans chaque présentation², puisque ce point est celui par où le sujet psychotique s'introduit au langage. Le sujet psychotique est en effet certain de l'intérêt de l'Autre pour lui, ce qui conduit au paradoxe même de toute présentation de malades, puisque le psychotique se défend d'être l'objet de cet Autre en refusant tout rapport avec lui.

Jérémy dans sa présentation, démontre brillamment ce paradoxe. Il s'agit d'un enfant psychotique qui, dans un premier temps avait accepté de participer à une présentation de malades et qui était venu accompagné de son éducateur et de sa psychiatre.

Au cours de la présentation, Jérémy ne consentira pas à parler, aucun mot ne sortira de sa bouche malgré les sollicitations répétées du présentateur. A chaque question, Jérémy répond (*mais peut-on parler de réponse ?*) par un signe négatif de la tête, un sourire permanent aux lèvres. (*Mais là aussi, qu'est-ce qui nous permet d'interpréter ses mouvements, comme une négation, et si Jérémy dit non, est-ce aux questions du présentateur ou plus radicalement, ne dit-il pas non au langage ?*)

* Bruno Miani, psychanalyste à Gap, membre de l'Ecole de la Cause freudienne est enseignant à l'Antenne clinique de Gap et à la Section clinique d'Aix-Marseille

Cet enfant psychotique rend spontanément dérisoire le cérémonial de la présentation, car pour lui, l'essentiel semble se passer ailleurs.

Un sourire peut-être ironique aux lèvres, Jérémy nous démontre qu'il s'agit, avant tout, de maintenir un écart avec l'intérêt d'un Autre trop présent.

Cet écart, Jérémy l'inscrit physiquement en n'étant pas là où on l'attendait dans la salle de la présentation, en introduisant des déplacements rapides et continuels qui bousculent l'ordre de la présentation. Jérémy écrit également l'écart par sa façon de s'asseoir en étendant ses jambes sur les chaises voisines pour prévenir trop de proximité avec le présentateur qui accepte cependant de le suivre dans ses déplacements et qui persévère à le solliciter.

Dans cette présentation, bien sûr, Jérémy ne nous enseigne pas, cependant sans aucun de ces compromis qu'autorise le langage, Jérémy nous transmet réellement quelque chose de sa certitude de cette place d'objet qu'il tiendrait dans le fantasme de l'adulte qui veut s'occuper de lui. Et nous pouvons dire que Jérémy nous l'apprend en démontrant radicalement l'impasse que secrète toujours une telle situation³.

Cette situation de présentation assez extrême, indique la pertinence d'un certain ratage de la présentation de malades, telle que nous l'envisageons toujours.

Le ratage au regard de ce qui est toujours trop attendu d'une présentation, même quand nous attendons d'y être surpris, n'est-ce pas pour le sujet psychotique, le moyen de préserver cet « écart », ce vide, nécessaire à ce que nous désignons comme la *production* éventuelle d'un sujet.

Ainsi, là où nous attendions un sujet qui parlerait à partir de son consentement au manque à être, Jérémy rend ironiquement présent cet objet non signifiant qu'il serait depuis toujours, pour l'adulte. Mais, c'est à côté et plutôt discrètement que Jérémy produit ce léger écart physique, signe minuscule d'un refus silencieux qui est sa réponse de sujet à la parole trop consistante de l'Autre.

Il me semble donc, que la question qui se pose dans une présentation de malades aujourd'hui, ce n'est pas de repérer ou d'évaluer les troubles éventuels du langage chez le sujet psychotique, puisque une telle perspective supposerait le traitement de ce qui apparaîtrait en déficit au regard de l'idéal d'une chaîne signifiante cohérente. Perspective paranoïaque, comme le remarquait Jacques Borie⁴, qui ne peut s'accomplir que dans celle du délire.

A l'inverse, posons que la présentation de malades aujourd'hui, démontre à chaque fois, qu'il n'y pas de troubles du langage chez le psychotique, mais qu'il y a un traitement particulier du rapport à la langue, en ce sens que ce traitement non seulement se passe de l'Autre, mais qu'en outre, un tel traitement peut servir d'appui au sujet psychotique pour traiter son propre rapport à l'Autre.

Il s'agit, bien sûr, ici de ce qui se dégage du dernier enseignement de Lacan qui trouve son application à propos de ces psychoses que Jacques-Alain Miller a désignées du terme de « *psychose ordinaire* ». Jacques-Alain Miller désigne ainsi ces psychoses où le rapport à l'Autre ne se constitue pas strictement à partir du délire, c'est-à-dire à partir du sens, mais où le sujet psychotique tente de faire lien social à partir du mot tout seul, avec ce que Lacan nomme le S1 et donc avec ses effets de jouissance pour le sujet qui parle.

Dans cette présentation de malades, Jérémy nous interpelle sur, au moins, une question : comment parler avec le sujet psychotique?

Comme le soulignait Pierre Naveau⁵, comment poser des questions à celui qui est moins en situation de s'interroger que de devoir sans cesse, « *faire taire les mots* » qui l'interrogent et qui l'assaillent, dans la mesure où les mots sont pour lui, chargés d'une « *intention de signification* » qui ne le laisse pas tranquille? Comment parler avec celui pour

qui le mot est toujours blessant parce qu'il n'est pas tempéré par le sens qui est rompu dans la psychose.

C'est pour parer aux effets d'une telle intention de signification contenue dans la question, que cet homme de 50 ans n'a de cesse de « *damer le pion* » du présentateur qui tente de le questionner, lors d'une présentation de malades où il était cependant volontaire.

Pour Jean-Paul, il est évident qu'il s'agit toujours de faire taire l'Autre, quel qu'il soit, c'est-à-dire un Autre dont l'insistance à son égard se mesure aux moyens que cet homme a mis en place pour s'en écarter.

Que cet Autre ait pu prendre la figure d'une mère toujours trop présente dans la vie de Jean-Paul, malgré la distance et le temps passé, cela indique bien ce dont il s'agit réellement ici : il s'agit de cet objet que Jean-Paul ne parvient pas à extraire de lui-même et qui fait donc l'intérêt toujours renouvelé de l'Autre dans ce transfert particulier que constitue le transfert psychotique.

Les questions du présentateur peuvent être alors pour Jean Paul, autant de marques de l'insistance d'un désir de l'Autre qui tente de forcer le passage et auquel il faut parer dans l'urgence d'une interruption brutale.

S'extirper, Jean Paul en a connu plusieurs modalités toutes vouées à l'échec : les fugues, les tentatives de suicide répétées et incompréhensibles, les errances et les moments où il se perdait dans Paris etc...

Aujourd'hui, il a trouvé un recours plus paisible et plus efficace grâce à un usage très particulier de l'écriture dans un atelier d'écriture au centre de jour qu'il fréquente. Sous un pseudonyme, il dicte à une infirmière tout ce qu'il veut extraire de lui-même. Le travail est régulier et monotone, les écrits sont soigneusement déposés dans un classeur à son pseudonyme. Son histoire est donc déposée quelque part et si on l'interroge il peut aussitôt orienter l'intérêt de l'Autre vers ces écrits détachés de lui-même et donc relativement inoffensifs pour lui, même si ces écrits constituent des bouts réels de lui-même, c'est-à-dire de son corps: « *si vous voulez savoir, prenez donc les textes* », me dit-il, en réponse à mes questions lors de la présentation.

Cette présentation met en évidence ici aussi, la mise en place par le sujet d'un écart d'avec l'Autre, sous la forme de cette écriture qui vaut moins par son sens d'histoire que par sa localisation matérielle dans un dossier. Cette localisation donne une limite à ce qui pourrait trop s'entendre ou à ce qui pourrait trop parler chez Jean-Paul : par le dépôt d'écriture, Jean-Paul donne au signifiant toujours trop versatile et folâtre, son statut figé de lettre écrite.

Nous parlerons à son sujet, de la structure localisée du signifiant, telle que Lacan⁶ la décrit en 1957, et qui permet ainsi une localisation territoriale de la jouissance incluse dans l'objet qui fait tout l'intérêt de l'Autre. On a donc ici avec Jean Paul, un traitement du rapport à l'Autre à partir du signifiant tout seul, à partir du S1, sous la forme de cette écriture précisément utilisée et consignée dans un dossier. Ce dépôt d'écriture, c'est la solution que Jean Paul a trouvé pour faire taire les mots dans sa tête.

La présentation de malade met donc en évidence la solution d'un sujet psychotique aux prises avec cet usage particulier du langage qui ne passe pas forcément par le sens, c'est-à-dire par le discours établi quand celui-ci peut faire défaut.

C'est donc pour avancer sur cette question du hors sens que l'expérience des présentations de malades m'a conduit à réinterroger un texte de Lacan inclus dans le Séminaire XX : il s'agit de la leçon intitulée par Jacques-Alain Miller: « *Le rat dans le labyrinthe* »⁷.

Dans cette leçon, Lacan découple le langage dans ses deux composantes de lien social d'une part à partir du sens partagé et d'autre part ce qu'il nomme d'un néologisme qu'il a

voulu au plus près du terme de lallation et qui est « *Lalangue* », où la jouissance du mot est ici mise au premier plan.

Lalangue serait donc cette part du langage qui affecte le sujet au-delà de toute élucubration de savoir.

Or, pour éclairer cette *lalangue*, Lacan reprend les éléments mêmes de la psychologie expérimentale : soit un labyrinthe parfois complexe dans lequel évolue un rat cobaye qui doit accomplir un certain nombre de petites performances organisées par l'expérimentateur.

Lacan nous dit ceci : l'expérimentateur est celui qui sait quelque chose et c'est avec ce qu'il sait qu'il a inventé le montage du labyrinthe avec ses petits boutons et ses clapets où le rat sera invité à poser sa petite patte.

Or, nous pouvons considérer que le labyrinthe dans sa complexité, rend compte du rapport du savoir d'un sujet avec la *Lalangue*, c'est-à-dire avec ce qui ne se communique pas directement, avec ce qui ne peut pas se dire, faute de pouvoir entrer dans le sens commun. La composition labyrinthique pourrait être ici considérée comme une sorte de langue dialectale ou néologique, c'est-à-dire un dialecte à usage privé et que nous pouvons nommer *Lalangue* de l'expérimentateur.

Quant au rat, il est seulement là, nous dit Lacan, pour apprendre cette *Lalangue*.

Apprendre, ce n'est pas savoir et on attend du rat, nous dit encore Lacan, qu'il fasse signe à l'expérimentateur qu'il a appris quelque chose en appuyant sa patte sur le clapet, peu importe que le rat soit ou non parvenu à comprendre le mécanisme de la poussée sur le bouton et du signal lumineux qui peut apparaître.

L'expérimentateur attend seulement du rat qu'il lui fasse signe qu'il a appris quelque chose sur le rapport de celui-ci à sa *Lalangue*.

Nous pourrions considérer la présentation de malade selon un tel schéma et cela pourrait répondre partiellement à notre question de départ au sujet de cet enseignement par la certitude, propre à la psychose.

L'analyste peut-il consentir à se faire rat dans le labyrinthe de la langue privée du sujet psychotique en place d'expérimentateur ?

Mais, n'est-ce pas déjà la position de l'analyste dans la présentation de malades, quand il suppose un savoir au sujet psychotique lorsqu'il ne cesse de le questionner ?

A travers ce questionnement, l'analyste ne se fait-il pas lui-même rat qui fait signe à l'expérimentateur qu'il est en train d'apprendre à se débrouiller avec cette composition labyrinthique que constitue la *Lalangue* du sujet psychotique ?

Ainsi, Marvin cet enfant psychotique qui consentira après beaucoup de difficultés, à participer à la présentation de malades sur la base d'un dessin qu'il va élaborer soigneusement tout le long de la séance. Ce dessin représente les lettres de son prénom à l'intérieur desquelles, l'enfant construit des scènes et des histoires apparemment sans suite, ni cohérence particulière, mais avec beaucoup de soin et de précision. L'analyste pour sa part consent à ce *modus operandi* et accepte de ne rien comprendre à priori en se faisant docile aux indications de Marvin.

Voici un extrait de la présentation que nous retranscrivons ici davantage pour en donner le style que pour fournir des éléments aléatoires de compréhension. Cet extrait nous indique d'une part, sur quel mode Marvin parvient à entrer dans un certain rapport avec l'analyste et comment celui-ci accepte d'occuper cette place que lui décerne d'emblée l'enfant.

Marvin : *Il dessine à l'intérieur des lettres, étoiles, cercles fermés et ouverts, il ne remplit pas le trou du R. Il finit par des traits horizontaux mais qui suivent les courbes du N. Il entoure le point final et le remplit de diagonales.*

Marvin : *Après.*

J.R chuchote quelque chose à Marvin.

Marvin : *Voilà !*

J.R : Tu veux faire quelque chose avec les bonhommes ? (qu'il a dessiné dans la lettre A).

Marvin : *Juste un truc.*

J.R : Ils sont différents. C'est des garçons ou des filles ?

Marvin : *(chuchote) Des garçons.*

J.R : Ça c'est des traits hein ? Ça c'est des traits un peu comme des montagnes, ça c'est des montagnes...

Marvin : *Des vagues d'eau.*

J.R : Des vagues d'eau, des boucles...

Marvin : *Trois garçons.*

J.R : Trois garçons qui sont différents. Les chapeaux ne sont pas tout à fait pareils. C'est un chapeau que tu as fait ?

Marvin : *Deux chapeaux et une casquette.*

J.R : Deux chapeaux et une casquette.

Marvin : *Des étoiles (il désigne la lettre R).*

J.R : Des étoiles... combien ?

Marvin : *6 étoiles.*

J.R : 6 étoiles.

Marvin : *Des croix.*

J.R : Des croix, les croix c'est sur quelle lettre ?

Marvin : *Le V.*

J.R : Le V et les étoiles sur le...

Marvin : *Le R.*

J.R : Là les vagues...

Marvin : *Le A*

J.R : Et les traits...

Marvin : *Le M*

J.R : Le M. C'est un M ça ?

Marvin : *Oui*

J.R : Bon, mm...

Marvin : *Sur le I c'est des ronds.*

J.R : Sur le I ce sont des ronds. Mm! Ce sont des ronds ?

Marvin : *Là y'a des traits. (Il désigne la lettre N).*

J.R : Y'a des ronds qui sont pas tout à fait fermés. Tu l'as fait exprès ?

Marvin : *J'ai fait exprès.*

J.R : Donc tu l'as fait exprès. Il y a des ronds qui sont fermés et des ronds qui sont pas tout à fait fermés et tu l'as fait exprès.

Marvin : *Sur le point du I c'est comme une fleur.*

J.R : Sur le point du I c'est comme une fleur. Mais qu'est ce que tu as fait dans la fleur ? Des traits ? Mais qu'est ce que tu dirais que tu as fait ?

Marvin : *Euh, à vrai dire...*

J.R : À vrai dire c'est quoi ?

Marvin : *Une ligne avec des piques dessus.*

J.R : Une ligne avec des piques dessus. Bon.

Marvin : *Des traits pareils.*

J.R : Alors là c'est sur quelle lettre ?

Marvin : *Le N.*

J.R : Tu as fait des traits, c'est des traits comme celui là ? Les traits du début et les traits de la fin ?

Marvin : *En tout c'est des traits qui vont dans le sens de la courbe et les traits ils sont droits, des traits qui vont dans tous les sens.*

Et des traits qui vont dans un seul sens.

J.R : Ces traits là sont pas pareils que ceux là. C'est ça que tu me dis ? Montre moi la différence, je la vois pas bien.

(Marvin montre les traits et les sens des traits)

J.R : Ceux là ce sont des traits qui vont dans tous les sens et qui...? Qu'est ce que tu as fait alors ? Ceux là c'est pour souligner le prénom, les verts comme quand on souligne.

Marvin : *(montre au tableau du doigt en faisant le geste de souligner de gauche à droite) Comme ça.*

J.R : Ils soulignent alors. Et ça là qu'est ce que c'est alors ? (Il montre les traits bleus qui entourent le prénom).

Marvin : *Alors là c'est des trucs.*

J.R : C'est des trucs.

Marvin : *Non, le prénom il est en or.*

J.R : Il est en or...

Marvin : *Il est en or et ça brille comme ça.*

J.R : C'est le prénom qui brille et qui est en or ?

Toute la présentation se fera identiquement sur ce mode, que l'on peut considérer comme celui d'un apprentissage par l'analyste du savoir-faire de Marvin dans son rapport à sa *lalangue*.

Ici, cette *lalangue*, c'est ce que Marvin déploie sous nos yeux, au fur et à mesure de la présentation. Elle se découvre dans cette véritable composition labyrinthique que constitue l'illustration très compliquée de l'écriture de son propre prénom.

Mais, nous pouvons dire également que *Lalangue* se déploie à travers le commentaire permanent et très précis que l'enfant donne de son dessin, au fur et à mesure d'une élaboration qui est certes sans faille, mais qui tend aussi à devenir totalement personnelle, en dehors de tout discours établi.

Or, je dirais que la confrontation entre l'écriture qui se trace dans le dessin et son commentaire oral, introduit automatiquement une certaine équivoque. Cela rejoint la définition que Lacan donne de *Lalangue* dans l'*Etourdit*⁸ où elle est définie comme « *l'intégrale des équivoques que le langage y laisse subsister* ».

En acceptant de commenter son dessin, Marvin fait donc passer quelque chose du hors-sens de sa *lalangue* à lui, dans le discours commun.

Ainsi, on pourrait résumer tout le déroulement de cette présentation dans l'insistance d'une équivoque qui s'aperçoit dans ce malentendu continu que Marvin s'emploie sans cesse à corriger par les précisions renouvelées qu'il doit donner au présentateur sur son dessin.

Ce qui pouvait être simplement *lalangue* néologique de Marvin, sorte de dialecte hyper localisé où le sens se fige dans la matérialité de la lettre, peut ainsi se traduire également en signifiant.

En acceptant que son dessin soit un message qu'il adresse à l'analyste, Marvin consent à faire passer la lettre du côté de l'équivoque signifiante et donc vers un sens qui pourrait faire lien, puisque le sens à l'opposé de la lettre, est toujours multivoque ou équivoque.

Je dirais que dans cette présentation de malades, Marvin effectue sans cesse une traduction de la lettre dans le signifiant, ce qui est la démarche opposée de celle de Jean-Paul qui traitait la jouissance à partir du seul S1.

Ici, l'introduction de la parole a permis de distinguer des registres et un écart s'est creusé entre une écriture et son commentaire qui fatalement, n'en sera jamais que le semblant.

Donc, Marvin l'expérimentateur, nous fait signe du hors sens de sa *lalangue* particulière, index d'une jouissance qu'il tente cependant d'appareiller dans la complexité d'un dessin qui va témoigner de son savoir-faire sur cette *lalangue*.

L'analyste rat, en voulant se faire le destinataire de ce qu'élabore l'enfant, transforme donc cette élaboration néologique en autant de petits signes que lui adresserait l'enfant. Dans cette perspective fidèle à l'enseignement de Lacan, l'analyste est donc celui qui ne comprend jamais, mais qui suppose un savoir faire à l'enfant dont il lui indique qu'il voudrait en être enseigné. On peut avancer qu'ici, l'analyste fait signe à l'enfant qu'il est en train d'apprendre quelque chose non pas sur l'enfant, mais sur le rapport particulier que celui-ci entretient avec sa propre *lalangue*. J'ajouterais que ce signe de l'analyste tire la lettre néologique de l'enfant où il risquerait de se figer dans la jouissance d'un « *prénom trop en or* » vers son usage plus apaisé de semblant.

Je terminerai à ce sujet par une remarque d'Eric Laurent⁹ où celui-ci proposait d'entrer dans la matrice du discours par le signe et non par le sens, « *ce qui suppose, ajoutait-il, qu'il y a à décider qu'il y a une entrée possible* ».

La présentation de malades est l'occasion d'éprouver à chaque fois, une telle décision avec les sujets psychotiques.

¹ Miller, Jacques-Alain, « Produire le sujet? »

² Miller, J-A., « Enseignement de la présentation de malades », in *La conversation d'Arcachon*, Agalma Éditeurs, LE SEUIL.

³ Lacan Jacques « Allocution sur les psychoses de l'enfant », in *Autres Écrits*, PARIS SEUIL

⁴ Jacques Borie, intervention à la convention d'Antibes, in « *La psychose ordinaire* », PARIS SEUIL

⁵ Naveau Pierre: « La psychanalyse appliquée à une présentation de malades ou la question de la question » in *Mental* N°14

⁶ Lacan, Jacques « L'instance de la lettre dans l'inconscient » in *Écrits* PARIS SEUIL 1966

⁷ Jacques Lacan, *Le Séminaire Livre XX « Encore »* PARIS SEUIL

⁸ Lacan J., « L'Étourdit » in *Autres Ecrits*, PARIS SEUIL

⁹ Eric Laurent, intervention in *La conversation d'Arcachon*, PARIS SEUIL Agalma éditions

Questions posées à la présentation de malades

La pratique des présentations d'adultes a débuté pour moi il y a 14 ans et pour la 3^{ème} année consécutive, j'anime aussi une présentation d'enfants. La pointe d'appréhension décrite par Jacques-Alain Miller dans son texte de *d'Ornicar ?*, repris dans le volume de la Conversation d'Arcachon¹ y est pourtant toujours présente.

Lacan n'a jamais cessé de la pratiquer mais la comparaison avec les notes de sa Présentation de malades à Sainte-Anne² révèle qu'il s'agissait alors de cas de psychoses « extraordinaires » alors que les symptômes sont aujourd'hui beaucoup moins bruyants.

A l'heure où les techniques psychiatriques visent de plus en plus à éliminer le sujet, la reprise par la psychanalyse de cette pratique classique a toute sa valeur.

C'est un entretien avec un patient où le transfert doit s'établir pour qu'il oublie l'assistance. Le choix a été fait, depuis le début, de ne rien savoir du patient ; cela permet de renforcer cette dimension de rencontre privilégiée.

J'ai choisi d'exposer brièvement les deux derniers cas présentés pour mettre en relief à chaque fois la pertinence de la remarque adressée par les psychiatres qui accueillent ces présentations.

1) Mr X

Est un homme de 45 ans environ, entré dans le service 3 jours auparavant ; il est gardien de prison. Il explique son hospitalisation par le fait qu'il a mal supporté son divorce survenu il y a 4 ans et qu'il « n'a pas été très assidu dans ses traitements ». Il dira ensuite qu'il les a arrêtés d'un coup « de façon anarchique ».

« Je suis quelqu'un de serviable, sérieux » et il fera effectivement preuve de ce sérieux et de cette amabilité tout au long de l'entretien, essayant de dire ce qu'il ressent sans toutefois y parvenir comme il le souhaiterait. « Je ne suis pas nerveux, tient-il à préciser, je suis plutôt quelqu'un d'angoissé ».

* Sylvette Perazzi, psychanalyste à Marseille, membre de l'Ecole de la Cause freudienne, est enseignant à la Section clinique d'Aix-Marseille.

Il est gêné par le regard des autres auquel il attache beaucoup d'importance, ce que les autres pensent de lui « le traumatise » et il le sait car « il y a des petits signes qui ne trompent pas », « des conversations difficiles à expliquer ». C'est « un sentiment diffus » sur lequel il n'arrive pas, malgré toute son application, à mettre des mots. Il a pourtant besoin « qu'on le ressente comme quelqu'un de normal, de serviable qui ne se fait pas remarquer, qui mène sa petite vie sans embêter les uns et les autres ».

Ce côté serviable se retrouve aussi dans le soin qu'il a pris de ses beaux-parents malades pendant 10 ans, jusqu'à leur décès. Dès qu'il avait un moment de libre, il allait le passer avec eux, et ce, au détriment de son couple, dira-t-il.

Ses hospitalisations, Mr X les rapporte toujours aux médicaments : arrêt brutal, ou prise excessive, il accuse aussi un de ses psychiatres d'avoir « précipité sa descente aux enfers en lui donnant beaucoup de médicaments ». D'ailleurs, même s'il apprécie les soins prodigués par le service, il préfère être suivi par son généraliste.

Un épisode délirant, qui d'après le psychiatre du service a peut-être été induit par un excès médicamenteux, est décrit ainsi : « Je rêve et quand je me réveille, je n'arrive pas à faire la part des choses entre le rêve et la réalité » ; et il conclue en riant : « je croyais que tout le monde voulait me tuer !

L'histoire de Mr X est pour lui extrêmement banale : aucun élément sur son enfance, un mariage longtemps heureux, un métier où il était très apprécié, deux beaux enfants de 21 et 23 ans : un homme « normal ».

C'est sur ce point que se fera la discussion avec le psychiatre du service qui posait la question de sa structure.

De fait, même si on exclue le moment délirant dont on peut discuter l'origine, Mr X présente assez d'éléments pour évoquer la structure psychotique :

- Le vide de son être qu'il ressent et dont il ne peut rien dire ; poursuivre l'entretien plus longtemps n'aurait d'ailleurs pas amené plus d'éléments comme l'ont confirmé les praticiens du service. Il a dit là l'essentiel.
- La pointe interprétative par intuition, les choses inexplicables qu'il ressent, même ténues, « les petits signes qui ne trompent pas » qui dénotent les éléments de certitude concernant le regard des autres.
- Ses identifications normatives, où il a toujours revêtu le costume adéquat et dans des milieux très structurés : armée, prison.

Mais, et c'est alors la question du service, pourquoi n'a-t-il jamais présenté de décompensation franche ?

J'ai été très enseignée sur ce point par les présentations faites avec Hervé Castanet dans un service de gériatrie-psychiatrie. Nous y avons en effet rencontré des patients de 80 ans, qui n'avaient jamais décompensé auparavant alors que la psychose était manifeste.

On perçoit là tout l'intérêt de la théorie du dernier Lacan. Le nouage se défait à l'endroit où il s'était constitué : l'*ego* de Mr X, au sens où Lacan emploie ce terme pour Joyce, celui du bon mari, père, beau-fils, dans un fonctionnement « *as if* » le faisait tenir. Tout s'effondre à la mort des beaux-parents : sa femme ne veut plus avoir de rapports avec lui,

il ne le supporte pas et s'en éloigne pendant 3 mois, pensant que tout rentrera dans l'ordre ensuite ; mais elle ne veut pas qu'il revienne, trop fière d'après lui, et ils divorcent. Un autre écornage du bel agencement qu'il avait fait est l'échec (relatif) de son fils aîné ; ce dernier n'intègre pas une grande Ecole, comme Mr X l'avait dit à ses collègues et continue à l'affirmer, mais une autre un peu moins prestigieuse.

On peut donc faire l'hypothèse que jusqu'à la mort de ses beaux-parents, Mr X tenait grâce à cet *ego* ; ce dernier se défaisant, Mr X aussi ne tient plus.

2) Une petite fille :

Y. a 9 ans et vient consulter en CMP car elle travaille « un peu mal » à l'école. Elle vit « seule avec son père » comme elle le dit, dans une famille dont nous mettrons un certain temps à comprendre la composition assez complexe ; le père en est le personnage central et fixe mais il y a aussi l'ex-petite amie de ce dernier, ses enfants, les enfants de son ex-femme...

C'est l'évocation de cette dernière qui sera la plus difficile à Y. « Ce n'est pas une vraie mère » dit-elle. De fait, Y. la voit très peu et le regrette : Y. est « un peu triste » car « elle n'a pas une famille normale. »

Avec les enfants de son école, les choses ne sont pas toujours simples mais Y. a sa tactique pour gagner quand elle joue, et sa propre notion de la différence des sexes : les filles sont plus intelligentes que les garçons qui ne savent pas jouer à la corde à sauter !

Dans la suite, et contrairement à ce qu'il avait dit au départ, son père accepte de venir parler de sa fille en sa présence.

Pour lui, Y. est laxiste, un peu lente. Elle n'aime pas l'école et n'a pas envie de grandir.

Il fera part de sa difficulté à être le père et la mère car il a divorcé quand Y. avait un an. La mère de Y. est décrite comme laxiste (elle aussi) et quasi inexistante auprès de sa fille ; Mr Z. élève le fils de son ex-femme qui n'est pas de lui mais il a « adopté le fils quand il a adopté la mère » (sic).

Mr Z. croit au pouvoir de la parole, que les maîtres ne s'y prennent pas toujours bien en « envoyant balader Y., alors que ce n'est pas du tout ce qu'elle attend » et qu'elle aurait aimé avoir un modèle de femme pour grandir.

Y. est du côté de la névrose : l'Œdipe est bien présent, la différence des sexes aussi, et son ralentissement peut être dû au traitement anti-épileptique qu'elle prend pour une crise faite en présence de sa mère et dont la spécificité demande à être reconsidérée.

La psychiatre du service, qui a assisté aux deux entretiens, pointe dans la discussion ce qu'elle a remarqué d'une différence d'attitude de ma part.

Y. avait mis sa main dans la mienne pendant tout l'entretien, alors qu'une "distance de sécurité" était établie avec Mr X. Cela ne tenait pas au fait qu'il s'agissait d'une petite fille et non d'un gardien de prison, mais bien plutôt à la place « maternante » où me positionnait d'emblée la fillette. Mr X, par contre, mettait tout son sérieux et son aptitude à " bien faire" pour tenter de m'expliquer ce qui se passait pour lui.

Alors qu'elle demandait une position d'exception, lui voulait être considéré comme quelqu'un de normal.

On ne peut pas se faire l'objet de la jouissance de l'autre par n'importe quel semblant : c'est ce qui fait la spécificité et la difficulté de la position de l'analyste.

Le corps doit être présent et la cette petite fille n'a cessé de faire tourner ma bague-alliance autour de mon doigt pendant tout l'entretien. Elle s'est ainsi considérablement détendue au fur et à mesure, pouvant rire de ses propres facéties.

Nous pouvons rappeler ici l'indication que donne Lacan dans *La Troisième* :³ « Rappelez-vous quand même que le semblant de ce qui parle comme tel, il est là toujours dans toute espèce de discours qui l'occupe ; c'est même une seconde nature. Alors soyez plus détendus, plus naturels quand vous recevez quelqu'un qui vient vous demander une analyse. Ne vous sentez pas si obligés à vous pousser du col. Même comme bouffons, vous êtes justifiés d'être. Vous n'avez qu'à regarder ma télévision. Je suis un clown. Prenez exemple là-dessus, et ne m'imitiez pas ! »

On peut souligner en conclusion, que les points qui ont fait l'objet de remarques sont très souvent rencontrés dans les présentations, qu'il s'agisse de la détermination de la structure où prend toute son importance l'apport du dernier Lacan et le concept de Psychose ordinaire, ou de la position de l'analyste comme semblant d'objet à la rencontre d'un sujet.

¹ J-A. Miller *Enseignements de la présentation de malades* La Conversation d'Arcachon Agalma Seuil, Paris, 1997 P. 285-304

² Notes prises aux présentations de malades du Dr Lacan à l'hôpital Sainte-Anne. Scilicet n° 1 Le champ freudien, Seuil, Paris, 1968 P. 173-177

³ *Lettres de l'École freudienne*, 1975, n° 16, p. 183

2 - LA CONVERSATION

Retranscription :

Maryse Girard (Participante antenne clinique de Gap)

Nicole Magallon (Membre ACF-MAP Enseignante-associée Antenne clinique de Gap)

Martine Revel (Membre ACF-MAP Enseignante-associée Antenne clinique de Gap)

Carine Thieux (Membre ACF-MAP)

La Conversation

Ouverture

En matinée a eu lieu une présentation de malade adulte, M. François Leguil était présentateur.

Jacques Ruff — Nous voilà donc réunis pour cette conversation. Ce matin, nous étions au complet, participants à l'Antenne, service psychiatrique, enseignants et un malade. Eh bien, nous sommes les mêmes cet après midi avec une personne en moins bien sûr, le malade de ce matin. Ce que nous avons vécu, c'est, une fois de plus, ensemble, cet évènement, un évènement en commun, l'évènement d'une présentation de malade. Celui de la mise en présence d'un malade d'un côté, d'un être qui fait appel aux services « psy » et de l'autre, un psychanalyste. La présentation de malade, bien sûr, c'est une vieille tradition. Ce sur quoi on va réfléchir, c'est de savoir pourquoi Lacan l'a maintenue et pourquoi nous, nous la maintenons.

F. Leguil dans un texte de 1993 intitulé « *L'expérience énigmatique de la psychose dans la présentation de malade* »⁶, texte qui va nous servir de référence tout au long de l'après-midi, écrit : « Lacan l'a promue au moment précis où le discrédit qui atteignait le savoir psychiatrique menaçait de la faire disparaître ». Il faut s'attarder sur cette formulation. En quoi le discrédit qui atteignait le savoir psychiatrique, et que pointe et diagnostique Lacan à l'époque, trouverait son repère dans la disparition de la présentation de malade ? En quoi le discrédit est-t-il lié à la présentation de malade ? En quoi la psychiatrie était-elle et est-elle encore d'autant plus menacée si elle lâchait et si elle lâche la discipline de la présentation de malade ? On verra dans les textes que ce point là revient.

Que voulait Lacan en maintenant la présentation de malade ? F. Leguil y répond : ce qu'il voulait, c'est qu'un « désir clinique passe ». Cette expression est magnifique. Lacan à l'époque, au moment où un discrédit frappait la psychiatrie, en voulant maintenir la présentation de malade, tenait, par la présentation de malade, à ce qu'un désir clinique passe. Et c'est vrai qu'il s'agit précisément de clinique. Le risque donc c'est, et c'était, l'oubli de la clinique. Eh bien, il n'y a donc pas eu oubli de la clinique en maintenant, dans la Section clinique, la présentation de malade. Et ce qui me venait en relisant le texte de François Leguil, c'est que le thème de notre conversation peut se formuler autrement : « La présentation de malade aujourd'hui », et ajoutons, « plus que jamais aujourd'hui pour maintenir la clinique. »

⁶ Revue de la Cause freudienne, « L'énigme de la psychose », n° 23, février 1993

Ce que l'on avait à l'esprit pour cette conversation, c'était d'interroger ce désir clinique, depuis plus de 30 ans de fonctionnement, ce désir clinique dans la présentation de malade. J.A. Miller, dans le texte de 1977 « *L'enseignement de la présentation de malade* »⁷, parle essentiellement du moment de la présentation de malade de J. Lacan. Il évoque des points sur lesquels nous aurons à revenir. Par exemple : l'affect d'appréhension, dans ce moment, pour les quatre protagonistes. C'est très joli - François Leguil d'ailleurs dans son texte le reprend - il y a une appréhension. Appréhension du présentateur, appréhension des participants, appréhension du service, et appréhension des enseignants. Tout le monde ressent un certain affect de la présentation.

Et puis deuxième idée qu'amène J.A Miller - et que l'on peut toujours conserver - de la part du public, il y a une « attente déçue ». Une attente déçue qui peut être la vôtre, à chaque fois qu'il y a une présentation de malade, qui fait que l'entretien met en valeur le malentendu, et donc l'incompréhension - la compréhension étant l'essence de la communication.

Donc, par la suite, d'autres ont fait cette présentation de malade et nous donnent un témoignage dans ce temps, en 93. François Leguil nous donne un aperçu de la manière dont il ressentait la chose il y a à peu près 16 ans. Je proposerai chaque fois dans les séquences, les références que j'ai pu trouver dans le texte de François Leguil, les termes qu'il employait à l'époque, pour voir justement ce que les quatre collègues qui sont là, disent aujourd'hui - je dois excuser Marc Lévy qui a des soucis dans sa famille et qui ne peut pas se joindre à nous mais dont on a le texte.

Donc la question, c'était au fond :

Quoi de neuf ? Comment parlent nos collègues ? Ce sont des collègues qui viennent de différentes Sections cliniques : David Halfon de Nice, Sylvette Perazzi de Marseille, Jacqueline Dhéret qui est de Lyon, et Bruno Miani de Gap. Je leur ai demandé de faire un texte. Vous les avez lus. Et vous les avez travaillés, j'imagine. Et j'ai proposé les thèmes qui nous intéressent et qui se trouvent effectivement dans ces quatre textes.

Nicole Guey et Hervé Castanet animeront cette conversation.

J'ai choisi d'extraire trois thèmes: la modalité de la présence de l'analyste, la place du savoir, la politique de la présentation de malade. Le quatrième sera la conclusion que je demanderai à François Leguil de nous faire, suite à cette conversation.

⁷ Ornicar ?, bulletin périodique du Champ freudien, n° 10, juillet 1977.

1. La modalité de présence de l'analyste.

Si je prends le premier thème - on l'a entendu ce matin pour ceux qui étaient là - qu'est-ce que c'est la présence, la présence d'un présentateur, ce à quoi parfois le patient l'amène, la manière dont le patient s'en sert ?

Voici ce que j'extrahs des textes de nos collègues sur la modalité de la présence de l'analyste :

- Le transfert : y a-t-il transfert ou pas ?
- La question de l'implication de l'analyste dans le discours du patient : la question du semblant d'objet, le terme de rat dans le labyrinthe tel que Bruno Miani l'a employé, le terme de partenaire, le terme d'enquêteur.
- Et nous avons aussi la question du corps à corps...

Ce sont quelques uns de vos termes tels que j'ai pu les repérer, mais voilà les termes de François Leguil à l'époque... Bien sûr, il reprend ce que dit Jaques Alain Miller. Le terme d'affect, l'affect qui nous prend tous lors d'une présentation de malade. Mais voilà ses concepts, à lui, à l'époque : « C'est une pratique soumise à la rencontre qui comporte la surprise ». Une autre manière d'en parler, c'est « l'aptitude à se laisser conduire ». C'est pas mal aussi ce terme : « l'aptitude à se laisser conduire » ! On peut penser à la manière dont François Leguil ce matin justement faisait entendre peut-être l'emploi de ce terme. « Etre attentif à ce qu'un patient fait de nous » : voilà aussi son expression. « Cerner ce qui lui arrive, repérer ce qui le tourmente » : on a entendu effectivement cet acte là de sa part, je trouve, ce matin aussi. « Contourner ce qu'il doit éviter » : je crois qu'il a su nous en parler. « S'approcher de l'expérience énigmatique, de perplexité ». Et, à l'époque, il avait pris un cas clinique sur lequel je ne reviens pas et qui faisait entendre la manière dont il s'orientait.

Voilà pour la première partie entre les termes que François Leguil donnait il y a 16 ans, et vos termes à vous, et je propose peut être que chacun d'entre vous puisse animer ce thème, à savoir :

Comment voyez-vous les modalités de la présence de l'analyste et que pensez-vous des termes de François Leguil à l'époque et sur lesquels peut-être vous feriez un petit déplacement, une petite modification ?

Qui voudrait commencer ?

David Halfon — Concernant le terme de transfert, dans son texte de l'époque, François Leguil disait que l'on ne pouvait pas parler de transfert, dans la présentation clinique, sans prendre le risque d'abâtardir le concept. Néanmoins, il y a quelque chose, et dans les textes de mes collègues, il apparaît que parfois l'on voit s'ébaucher le transfert. Il ne s'agit pas bien sûr du transfert au sens de la cure dans la mesure où, pour être un petit peu sûr de l'installation du transfert, on prend beaucoup de temps, tandis que la présentation clinique fait une objection temporelle immédiate à ça. On n'a pas le temps, et il y aura un entretien unique qui a des avantages et des inconvénients.

C'est-à-dire que, tout ce qui ne sera pas recueilli lors de cette unique rencontre, sera en quelque sorte perdu. Il n'y aura pas de reprises possibles.

Dans mon texte, je n'ai pas parlé de l'aptitude à se laisser conduire, mais d'une certaine orientation que l'on donne aux entretiens, parce que, justement, il y a une notion temporelle, et que dans certains entretiens, comme dans celui de ce matin, on voit que le patient s'empare presque immédiatement de la parole et dépose son témoignage.

Certains d'ailleurs, comme c'était le cas ce matin, auraient bien écarté complètement l'expérimentateur ! (David Halfon marque un arrêt et une surprise sur le mot prononcé) C'est dit !

Donc certains l'écartent et, à ce moment là, il faut lutter contre l'aptitude à se laisser conduire parce que sinon...

Jacques Ruff — Dans ton texte, tu dis à un moment, tel quel : « Ce n'est pas une pratique analytique ». En même temps, à un autre moment, tu vas dire : si, si, ça en est une. Tu introduis cette modalité du temps mais tu dis ça quand même.

David Halfon — Je n'ai écrit ça que parce que je devais écrire pour aujourd'hui sinon je n'aurais pas dit ça du tout ! Ça m'est venu en l'écrivant. Alors pourquoi ça n'est pas une pratique analytique ? Ça n'en est pas une parce que justement c'est une présentation clinique, c'est donc sur le versant clinique. Ce qui fait que l'on n'est pas tout à fait dans la démarche habituelle.

J'ai comparé ça avec les entretiens préliminaires. D'une certaine façon, dans les entretiens préliminaires, on se repère sur la structure et on se repère sur ce qui est à l'état naissant d'une demande de cure, puisque chez nous, du moins pas comme dans le passé à l'IPA, on n'exclut pas à priori quelqu'un de la démarche analytique : tout être parlant est recevable, simplement nous ne conduisons pas les cures de la même façon en fonction de la structure, d'une part, et de la position subjective que l'on repère, d'autre part.

Jacques Ruff — Oui.

David Halfon — C'est dans ce sens que j'ai dit que la présentation n'était pas une pratique analytique, parce que la pratique analytique, elle, est en quelque sorte aux antipodes de la clinique. C'est-à-dire qu'elle ne cherche pas à conclure. Elle diffère la conclusion, d'une part, et elle laisse la charge de la construction du cas au patient, d'autre part. Elle ne cherche pas à souligner des éléments et elle ne cherche pas à faire enseignement. Je ne pense pas que quiconque conduise une cure avec l'idée de tirer de cette cure un enseignement. Enfin, peut être, Freud au départ a eu cette tentation. On ne conduit pas les cures en voulant faire enseignement, tandis que dans une présentation clinique, il y a un public qui est là, et il y a quand même une certaine visée qui pèse du côté de cette dimension là.

Jacques Ruff — Que dirais-tu Sylvette ?

Sylvette Perazzi — Moi, je dirais que c'est une pratique analytique. Absolument.

Jacques Ruff — Oui on n'est pas obligé de trancher, on est là plutôt pour dire ce que l'on pense.

Sylvette Perazzi — Oui. Pourquoi je dis ça ? Parce que c'est ce que j'ai relevé dans mon texte. C'est la question que m'a posée la psychiatre après la présentation. Ce n'est pas une question, d'ailleurs, mais plus une remarque où elle faisait la différence entre le patient adulte que j'avais reçu la fois précédente et la petite patiente que je voyais à ce moment

là, en me disant que je n'étais pas la même entre les deux. Et ça me paraît être le fondement de la pratique analytique. À ce moment là, vous ne vous réglez pas sur ce que vous êtes, vous ne vous réglez pas sur ce que vous voulez, vous ne vous réglez pas sur ce que vous pensez. Vous vous réglez sur ce que l'autre fait de vous et, là, je rejoins le « se laisser conduire » de François Leguil.

Jacqueline Dhéret — Ce n'est pas la même chose de rencontrer un analyste, même pour une fois, que de rencontrer dans une présentation de malade, par exemple un psychiatre. Ça émerge des textes, parce que nous nous prêtons à une méthode, qui n'est pas au départ celle du discours analytique, puisque c'est une méthode de la psychiatrie dont nous faisons un usage inédit. C'est-à-dire que rencontrer un analyste, à l'occasion de la présentation de malade, probablement ce n'est pas la même chose que de mener un travail d'enquête avec une certaine passion classificatoire, ce que j'ai pu rencontrer par ailleurs dans mon expérience. Pour autant, ce n'est pas une cure analytique, ça n'a pas la même place que l'entretien préliminaire, je suis absolument d'accord là-dessus. Il se trouve que, tout de même, souvent dans les retours que l'on a, par exemple, pour l'homme dont j'ai parlé, ce fut une rencontre absolument déterminante. D'autres fois ça l'est moins, et il vaut mieux que ce soit comme ça ! Donc cette façon de se prêter, non seulement à l'usage de ce que l'on fait de nous, mais d'incarner ce que l'on sent de ce que le patient a de plus singulier, c'est que forcément, là, il y a de l'analyste.

Jacques Ruff — Le thème ce n'est pas forcément : est-ce que c'est une cure ? Mais : quel est le mode de présence ? Qu'est-ce que le partenaire du malade ? Est-ce qu'il rencontre vraiment une présence autre ?

Que la temporalité soit différente, je crois que l'on est tous d'accord. Que ce soit seulement un temps, c'est vrai. Mais ce qui m'a frappé, quand même dans vos textes, c'est d'interroger cette présence. Et on voyait nettement la question que ça posait aussi pour ce patient de ce matin par exemple.

David Halfon — La présentation de malade n'est pas une pratique analytique, j'ai envoyé un pétard là ! Je crois que la présence de l'analyste est différente, c'est indiscutable. Ce qui est repris dans tous les textes, c'est que la pratique de la présentation clinique, par Lacan, n'est plus celle du psychiatre. Donc à partir du moment où l'on déplace l'accent clinique et que ce n'est plus une démonstration objectivante, mais qu'il s'agit de susciter l'éclairage du patient sur sa propre position subjective, dès lors on peut dire que l'on est dans la pratique analytique. Pour nous tous, je me dis que c'est comme cela puisque l'on obtient tous de l'inédit. C'est surprenant d'obtenir ça presque systématiquement. C'est très fréquent que l'on obtienne, lors d'une présentation de malade, de l'inédit alors que l'on ne vient pas avec l'idée de le faire. On n'a pas cette arrière pensée de se dire « aujourd'hui je vais faire dire à quelqu'un quelque chose qu'il n'a jamais dit », et ça se produit assez fréquemment.

Personnellement, je suis peu angoissé avant de faire une présentation, je suis peu angoissé alors que tout voudrait que je le sois. Avant quand j'assistais aux présentations cliniques des autres, je connaissais une angoisse projective en me disant que si j'étais à cette place, ce serait épouvantable.

Jacques Ruff — Ce n'est pas tant angoisse qu'affect d'appréhension, c'est plus raisonnable quand même.

David Halfon — Mais moi je pensais à l'angoisse. Et en fait je n'ai ni appréhension ni angoisse. Je me dis « pourquoi » ? Je me dis que j'y vais sans arrière-pensée. C'est-à-dire que me présentant sans arrière pensée, sans savoir à l'avance ce qui va en sortir, je me dis que même l'appréhension peut ne pas y être. C'est comme ça que je pratique. Et je n'ai pas une appréhension très considérable, je suis soucieux certes, mais sans plus. Et je pense que c'est à cause de ça, parce qu'on n'a pas une idée préconçue de ce qui va en sortir, que, d'une certaine façon, si il y en a qui paraissent réussies, il n'y en a pas qui soit des échecs. C'est-à-dire que toujours cela démontrera quand même ce que cette rencontre peut produire.

Sylvette Perazzi -- Moi, j'ai toujours de l'appréhension. Ça fait quinze ans bientôt, j'ai toujours une certaine appréhension. Ce n'est pas l'angoisse, mais il y a quand même quelque chose de la rencontre qui me titille.

Bruno Miani — L'appréhension, c'est plutôt de parler ici qu'avant une présentation de malade, en ce qui me concerne. Mais simplement, je reprendrais ce terme : quelle modalité de présence de l'analyste ? On se pose la question. Mais pourquoi on se pose la question à ce sujet, ici, à propos de la présentation de malade ? Parce qu'au niveau de la présentation de malade, il est évident que le savoir n'est pas d'emblée du côté de l'analyste. Il n'y a pas de semblant de savoir du côté de l'analyste. C'est pourquoi, je serais assez d'accord avec le terme qu'employait David Halfon, qui est un terme fort aussi, qui est celui d'enquêteur, qui est assez surprenant. Et je le rejoindrais sur ce terme au sens où l'analyste, le présentateur, pose des questions et ne cesse pas d'en poser, supposant par là que l'autre, le patient en saurait quelque chose de ce qui l'anime, de ce qui le fait parler.

Jacques Ruff — Le rat dont tu parles. L'affect de rat est particulier !

Bruno Miani — Tout a fait. C'est l'angoisse du rat peut être aussi dans son labyrinthe et dont on parle là, à propos de la présentation de malade. Comment rentrer ? L'angoisse du rat qui entre dans ce labyrinthe, et qui sait très bien que ce labyrinthe est l'émanation du désir de l'expérimentateur. Est-ce qu'il peut y avoir une modalité de présence de l'analyste qui ne serait pas du côté du savoir, ni même du semblant de sujet supposé savoir ? Alors que, dans le transfert, c'est traditionnel, l'analyste est d'un seul coup du côté du sujet supposé savoir tout simplement.

Jacques Ruff — Oui, on viendra au savoir après. Là, la question c'était : qu'est-ce que c'est que cette présence ? Ce n'est pas la présence du psychiatre. Ce n'est pas la présence du classificateur...

Bruno Miani — Oui, mais la question de la présence se pose quand, me semble-t-il, la question du savoir n'est plus du côté de l'analyste. C'est pour cela que l'on peut poser la présentation de malade du côté de l'originalité : la présentation de malade est originale en ce sens que le savoir n'est pas du tout de son côté d'emblée. Et c'est cela qui fonde la rencontre et c'est pour cela que je suis d'accord avec François Leguil, du côté de se laisser conduire, se laisser amener par le récit du patient.

Sylvette Perazzi — Là, je ne suis pas d'accord.

François Leguil — C'est formidable. Si tu n'es d'accord avec rien, il va falloir que tu le dises sur tout !

Sylvette Perazzi — Alors on va faire de l'affect, tant pis ! Je ne ressens absolument pas la différence, là, en l'occurrence, entre la présentation de malade et le fait de recevoir quelqu'un à mon cabinet. Qu'il me suppose un savoir ou pas, je m'en fous complètement. Ce n'est vraiment pas ce qui me motive au long de cet entretien. Bon, qu'il m'attribue un savoir en cabinet et, qu'un patient lors d'une présentation de malade ne me l'attribuerait pas, ce n'est pas toujours vrai.

Bruno Miani — Cette modalité de présence casse un peu cette idée du côté du patient, que nous aurions un savoir sur ce qui l'anime

Sylvette Perazzi — Je ne suis pas sûre.

Jacqueline Dhéret — Peut être que ce qui fait la différence aussi, c'est qu'il y a un public. Je ne suis pas angoissée, jamais, mais avant j'aime bien qu'on me foute la paix. J'ai besoin d'un quart d'heure où on ne me demande pas des trucs, où on ne me parle pas de n'importe quoi. Voilà c'est ma façon d'attendre la personne que je ne connais pas, parce que ce défaut de représentation peut, après tout, être source de préoccupation pour reprendre ce signifiant de Jacques-Alain Miller. Et ça me lâche après. Mais j'ai aussi le souci du service dans lequel on est, avec qui, quelque fois les rapports ne sont pas si évidents. Je ne suis pas de ce point de vue là dans la même situation que celle que j'occupe dans mon cabinet et j'aime beaucoup ça. J'aime bien que ça vienne bousculer quelque chose. J'aime beaucoup ça après coup et ça passe par des moments, où ça dérange un peu quelque chose pour moi et donc ça m'intéresse.

Sylvette Perazzi — Je suis absolument d'accord avec Jacqueline Dhéret.

Jacques Ruff — C'est dommage parce que ça conversait bien ! Je crois que c'est important que tu introduises la notion de public parce que si je m'adressais à Bruno, c'est que notre expérience — d'ailleurs tu es venue pour une présentation de malade enfant — c'est que vraiment, là, ce n'est peut être pas l'affect du présentateur mais c'est l'affect de celui qui a la responsabilité de ce temps « présentation de malade » et on ne sait jamais si cela va avoir lieu ou pas. C'est-à-dire qu'au dernier moment, si un patient ne vient pas à un rendez vous dans un cabinet, c'est une chose mais il n'y a pas le public qui est là. Bruno a rapporté des termes où on a eu l'impression, parfois, même si la présentation de malade durait cinq, dix minutes, que ce n'était pas la présentation de malade telle qu'on la pensait. Il y avait un raté. Donc, il y a quand même quelque chose...une certaine angoisse ? Je dirais plutôt une appréhension. Cette appréhension : est ce que ça va avoir lieu ? Je crois que cela fait partie du souci que l'on a eu souvent et qui est très particulier. Je crois qu'on ne l'a jamais eu pour la présentation de malade adulte, si ce n'est à se demander : est ce que le patient est là ? S'il n'est pas là, qu'est ce que l'on va faire ? Ce n'est peut-être pas grand-chose mais c'est vrai que le public est là, comment on va s'occuper ensemble ?

Hervé Castanet — Au fond, ce serait de reprendre à la page 1 du texte de David Halfon, ce qu'il met en tension : la présentation clinique et la pratique analytique. On sait dans l'histoire de l'épistémologie à propos de la psychanalyse, qu'il y a aussi une mise en tension classique qui a obligé Lacan à produire un renversement. C'est la fameuse

réponse de Karl Popper à « La psychanalyse, est-elle une science ? ». Et sa réponse est — il le démontre — non. Il le démontre à partir de ses repères épistémologiques. Alors, on sait la réponse de Lacan. C'est que maintenir et s'épuiser à savoir si la psychanalyse est une science, fusse en modifiant la définition d'une science et la définition de la psychanalyse, c'est une impasse. Poser ceci en ces termes - qui est une question qui a tout à fait sa légitimité dans le champ de l'épistémologie - est une impasse pour la psychanalyse et vous savez comment Lacan casse cette question : en disant qu'il s'agit moins de savoir si la psychanalyse est une science que de poser : qu'est ce qu'une science qui inclut la psychanalyse. Et je me dis que l'on pourrait peut être soumettre la tension qu'articule David Halfon sous cette forme. Supprimons sa réponse : la présentation clinique n'est pas une pratique analytique. À laquelle immédiatement va faire réponse la thèse inverse : la présentation clinique est une pratique analytique. On pourrait avoir les pour et les contre.

François Leguil —Thèse inverse que David Halfon soutient également. En disant : la présentation de Lacan, c'est la présentation du grand homme saisi dans le vif de sa pratique.

Hervé Castanet — Il soutient les deux thèses lui-même. C'est tout à fait pour cela que je reprends au début. Donc on aurait un pour et un contre. On serait obligé de faire varier la définition de la pratique analytique, soit en intention, soit en extension, pour voir si l'on répond, plutôt, « la présentation clinique n'est pas une pratique analytique ». Cela dépend des définitions que David Halfon utilise, donc il peut l'affirmer mais s'il change ses définitions, et de la présentation, et de la pratique analytique. Il peut tout aussi bien affirmer : la présentation clinique est une pratique analytique. Je me disais que, peut être, l'intérêt, c'est de poser la question avant d'en venir à la réponse : « la présentation de malade est-elle une pratique analytique » ? Et de soumettre à cette question le renversement que Lacan produit à propos de la tension entre psychanalyse et science. Ce qui donnerait : qu'est ce qu'une pratique analytique qui inclut la présentation de malade ?

Sylvette Perazzi — C'est très bien.

Hervé Castanet — C'est très bien. Mais surtout c'est heuristique. C'est-à-dire que cela nous permet d'avoir les pour et les contre, ce qui a son intérêt. Hegel précise toujours bien que, malgré la multiplicité, la difficulté de la dialectique, elle se réduit à la fin entre noir et blanc. Ce que l'obsessionnel n'a jamais saisi puisqu'il croit qu'il y a toujours un moyen terme. Là, on peut se poser la question : qu'est-ce qu'une science qui inclut la psychanalyse ? Et qu'est ce qu'une pratique analytique qui inclut la présentation clinique ? Et de commencer à tirer des conséquences. Parce qu'au fond, si l'on sait que les affects sont trompeurs, sauf celui de l'angoisse à la limite, l'affect de chacun ne prouve rien par rapport à la question que nous posons. Même si, bien évidemment, l'affect de chacun a un intérêt pour celui qui est affecté.

Nicole Guey —J'étais sensible à ce que nous disait Jacqueline Dhéret. Et je me disais : pourquoi n'est-on pas aussi dans un moment de recul lorsque l'on reçoit quelqu'un pour la première fois ? Je me disais : la présentation nous réveille. Ça nous oblige à une certaine vigilance, quelque chose que parfois nous négligeons. Certain patient nous le rappelle lorsque l'on n'est pas assez vif dans notre présence.

Jacques Ruff — Je crois peut-être, Jacqueline, que ton texte et ton cas clinique abordent tout à fait cette question. Tu fais entendre, qu'il ne s'agit pas seulement d'écouter et de poser des questions, le côté enquêteur qui est un aspect, mais tu fais bien entendre qu'à un moment, à côté de ce côté enquêteur, ce n'est pas même un problème d'affect. Sûrement on n'est pas là comme un cailloux. C'est complètement autre chose qui t'arrive, et tu es saisie par quelque chose dans le discours du patient. Ceci nous ferait reprendre les termes de François, « aptitude à se laisser conduire », « être attentif à ce qu'un patient fait de nous », je crois que tu serais assez d'accord avec cette expression. Et toi, tu dis : à un moment ce n'est pas du côté des signifiants, c'est un moment où tu es saisie par autre chose, une nécessité de la présentation de malade, où ton patient, l'homme blessé te convoque à cette place, qui est cette place du regard. Peut être pourrais-tu nous faire entendre à nouveau ce point ?

Jacqueline Dhéret — Ça tient vraiment à la particularité de cette présentation de malade dont j'avais gardé un souvenir marquant. Elle date de deux ans. Il se trouve que, dans l'après coup, j'ai eu un retour de ce que ça avait été pour cet homme qui depuis a engagé un travail.

Jacques Ruff — C'est presque un entretien préliminaire de ce point de vue là.

Jacqueline Dhéret — Ce n'est pas du tout ce qui était visé. Lui-même a témoigné d'avoir été saisi par quelque chose qui l'a arraché quand même à une jouissance dans laquelle il était enfermé, depuis de nombreuses années. Et ce cas m'avait marquée. La construction du cas, telle que je vous la propose, elle m'était venue après la présentation de malade. J'ai repris mes notes quasi in extenso. Et je me souvenais de la question du corps à corps qui m'avait beaucoup surprise. L'entretien avait été très long comme celui de ce matin — parce que je cherchais ce qui pouvait faire ouverture, bien que ce ne soit pas du tout la même problématique.... C'était quelqu'un qui savait justement tellement de choses que si on se contentait de recueillir ce qu'il savait ...

Jacques Ruff — Tu parles de ta distraction même et à un moment presque tu as l'air de t'ennuyer...

Jacqueline Dhéret — Pas tout à fait. Je n'aurais pas osé. Mais j'ai senti qu'à un moment, il fallait que j'écoute cet homme avec un vrai détachement, alors que, à d'autres moments, je m'étais beaucoup intéressée à des choses qu'il disait, en essayant de lui faire préciser un certain nombre de choses.

Cet homme était un routard du dialogue avec les médecins et plutôt que de m'y intéresser, au bout d'un moment, presque physiquement...

Parce que lui-même, l'homme en question, était tellement à distance que l'on comprenait que, enfin, voilà, il y a des choses. C'est ça la présentation de malade vraiment, c'est-à-dire que, quand on parle de corps à corps, c'est ça, voilà. Et au fond quand cet homme expliquait un peu quels rapports il avait avec sa femme depuis très longtemps, je le laissais dire et je l'écoutais, avec assez de détachement, en m'intéressant assez peu à ce qui intéressait tout le monde depuis des années. Et là, ça m'a saisie moi-même parce que c'est tout juste si je ne me suis pas levée pour faire un petit tour. Et là, alors, vraiment, il s'est passé quelque chose pour lui. J'ai vu ce corps se redresser, me solliciter, chercher. On voyait qu'il y avait quelque chose de l'autre, alors que ce n'était pas du tout évident au départ

Jacques Ruff — Alors comment dirais-tu ? Au moment où tu t'intéresses moins à ses signifiants qu'il a déjà fait tourner trente six fois, ton détachement produit justement pour lui un appel à quelque chose.

Jacqueline Dhéret — Il faut le temps de pouvoir repérer ça. C'est à dire de repérer comment ça tourne pour lui, peut-être, on ne sait pas. Peut être on repère ça, et à ce moment-là, on essaie de se faire partenaire, de calculer une modalité de présence qui a quelque chance de pouvoir éventuellement faire un peu bouger quelque chose. Là, j'ai vraiment pensé, dans ce cas-là, qu'il fallait y aller de ce côté là. Bon alors, ce matin c'était complètement autre chose, mais en même temps, ce matin on a vu, et c'était formidable, comment François Leguil est intervenu autour de la question du temps, parce qu'il n'y avait pas d'autre manœuvre possible que celle là, pour que quand même ce sujet ne soit pas une fois de plus renvoyé à ce qu'il sait déjà, un espèce de truc qui tourne tout seul. Et du coup la présentation de malade consiste à dire un savoir qui ne réveille jamais.

Jacques Ruff — Effectivement, c'était la présence de quelqu'un qui refusait la fatigue. Peut être Sylvette, pourrais-tu parler de ton expérience avec cette petite fille où se joue la question d'un corps à corps.

Sylvette Perazzi — Oui, alors effectivement dans la réalité, c'est une petite fille qui au départ est très impressionnée, c'est une petite fille qui n'est pas psychotique. Et elle était très impressionnée d'arriver devant les spectateurs. Pour l'amener je l'ai prise par la main, et elle n'a pas lâché ma main durant tout l'entretien. Elle a fait tourner ma bague tout le temps et ce lien est resté. Le lien a permis qu'effectivement elle se mette à parler et qu'elle se détache un petit peu de l'entourage. Alors je ne dirais pas corps à corps là, mais duo, c'est-à-dire qu'elle a fait abstraction de ce qui l'impressionnait beaucoup et ça a permis un échange, ça a permis de parler de plein de choses diverses et variées. Il fallait qu'elle garde un contact corporel dans cette présentation.

Jacques Ruff — Tu ajoutes cette remarque de Lacan qui va jusqu'à dire: « Faire le clown ». Comment ferais-tu le rapport entre ce que tu dis et ça ? Parce qu'on ne va pas dire dans les présentations de malade qu'il faut filer la main aux malades. Ça s'est trouvé comme ça. Qu'est-ce que devient le corps dans ces présentations ?

Sylvette Perazzi — Effectivement, c'est la parole de Lacan : « Soyez naturels, détendez vous, soyez présents avec votre corps ».

A ce moment là, c'est la présence pratiquement dans la réalité, et il s'agit de s'adapter à ce qui se passe. Il m'est arrivé, en présentation de malade d'un autre enfant, de jouer au baby-foot avec lui par exemple, pour qu'il puisse parler. Ça aussi c'est une modalité de présence, pas pour tirer ça en exemple, mais il fallait bien trouver un moyen. C'est un moyen qui se présente et qui est singulier de faire lien. Notamment avec les enfants, c'est encore plus pertinent.

Bruno Miani — Je voulais revenir sur le cas clinique de l'homme blessé, que j'ai trouvé très intéressant. Et ce qui m'a frappé, c'est l'usage particulier qui est fait de la présentation de malade où l'on est quand même sur les bords d'un traitement, je dirais.

Alors si l'on reprend le cas de l'homme blessé, on voit bien qu'il y a un moment, où cet homme est pris par cette douleur. Cette douleur prend un sens par rapport à son fantasme. La stratégie de Jacqueline Dhéret, à travers ce détachement, va faire en sorte que la douleur de cet homme soit de nouveau insensée. C'est-à-dire qu'au fond elle le ramène au

moment du traumatisme. Elle le ramène au moment du traumatisme, par son indifférence. Et là, je dirais qu'il y a un calcul, au moment de la présentation, pour avoir une telle attitude, qui est quand même une véritable interprétation : celle de ramener cette douleur à laquelle le sujet est aliéné parce qu'elle a un sens pour lui, de ramener cette douleur à un insensé, un hors sens et donc au moment du traumatisme. Je dis qu'il y a un calcul là. On est quand même dans un traitement déjà. Ce n'est pas seulement un mode de présence ou un mode de relation à l'autre, c'est déjà une interprétation à mon sens. Je trouve ça étonnant, quand même, dans une présentation de malade.

Elisabeth Pontier — Là, avec cet homme blessé, vous avez parlé du fait que ça avait été déterminant, c'est le mot que vous avez employé. Puis vous avez dit que ce n'est peut-être pas ce qui est souhaité la plupart du temps. Je voudrais vous demander de revenir sur ce point. Bruno Miani vient de parler d'effet thérapeutique...

Bruno Miani — Traitement. C'est le terme de Jacqueline que j'ai repris.

Elisabeth Pontier — Oui, traitement, enfin il y a eu un tel effet pour lui !

François Leguil — L'homme blessé, dont Jacqueline Dhéret a fait l'exemple de son texte, me paraît pertinent pour répondre à la question que je me pose à propos des présentations : « Pourquoi ne font-elles plus tant scandale que ça ? ». Si vous avez la possibilité d'avoir accès à un numéro des Lettres de l'Ecole freudienne de Paris, un numéro consacré à une journée d'étude sur les mathèmes — c'est là où Jacques-Alain Miller a publié pour la première fois son texte sur les présentations — il y est fait mention d'une attaque de Maud Mannoni, qui était une élève proche de Lacan. Elle lui reprochait d'épouser dans la présentation de malade ce que la psychiatrie avait de plus scandaleux et même ce que la médecine avait de plus scandaleux, soit : l'exposition au public de ce qu'un sujet pouvait avoir de plus singulier et de plus intime. Je me souviens que, dans les années soixante dix, la présentation de malade était décriée. Et, ce matin, je ne sais pas si c'est Bruno Miani qui m'a dit ça mais que, à Gap il y a des gens qui sont contre les présentations.

Sylvette Perazzi — Partout.

François Leguil : — Et alors ça ne fait plus scandale. Je veux dire qu'il y a les pour et il y a les contre, mais ça ne fait plus scandale. Et ce n'est peut être pas un bon signe que ça ne fasse plus scandale. A la place, il y a des divergences d'opinion. C'est peut être le signe que la psychiatrie est vraiment éteinte. Parce qu'il n'y a plus l'espoir, sans doute aussi vif que dans les années soixante, que l'on allait faire de la psychiatrie une pratique essentiellement humaniste.

Jacques Ruff — C'est donc bien ta thèse du discrédit en rapport avec la pratique de la présentation.

François Leguil — Il y avait, quand même, dans les années soixante, un combat, celui des anti-psychiatres, celui d'une certaine partie de l'opinion qui lisait d'une certaine manière l'histoire de la folie de Michel Foucault, et qui voyait dans la présentation ce que la psychiatrie avait de plus caricatural. C'est-à-dire, ce qu'elle avait de plus ségréguionniste. Au fond, elle montrait, comme dans la photo que le patient, m'a montrée

ce matin avec ironie, les présentations de Charcot, où Charcot montre une hystérique en opisthotonos et qui déjà à l'époque lui valait des contestations.

Alors, pourquoi elle ne fait pas scandale ? C'est, peut être, parce que réellement plus grand-chose ne fait scandale. Il y a peut être une autre raison. Partout où l'on arrive à les maintenir, on note la satisfaction de ceux qui y assistent. Un certain nombre voient, là, une nouvelle manière de vivre le rapport avec la clinique. Il me semble que ça répond, d'une certaine manière, à la question d'Hervé Castanet : Qu'est-ce qu'une pratique analytique qui inclut une présentation de malade ? Mais la justification que l'on peut donner au fait que l'on explore en public les problèmes intimes de quelqu'un, c'est parce que nous ne croyons pas que notre clinique soit une clinique des personnes. Il me semble que c'est notre conception lacanienne de la notion de sujet qui nous permet de justifier la présentation. On vise à atteindre la problématique subjective, laquelle situe la personne comme ce qui toujours fait obstacle. La présentation, pour nous, est possible parce que dans notre pratique analytique nous ne considérons pas que ce soit le moi qui soit en question. On considère que c'est le sujet et cela déplace l'accent vers les bénéfices que lui-même peut obtenir à partir de ce qui lui est révélé dans un exercice qui réclame le plus grand tact.

Jacqueline Dhéret — Quand on disait tout à l'heure, chercher un effet thérapeutique : ce n'est pas du tout ça ! C'est produire le sujet, voilà.

François Leguil — Spécialement pour l'homme blessé. Il est cocu, battu. Il est St Cyrien, il voulait charger en tête des troupes, il est blessé au visage lors d'un chahut de dortoir !. Si ce n'était pas hautement tragique, on aurait le comble du ridicule en tant que, tous ses idéaux, idéaux du héros, idéaux du chevalier se trouvent bafoués. Et c'est cela qui, dans la présentation va permettre l'extraction du sujet. Et c'est ce qu'il y a chez lui de plus propre à nous faire dire : ce n'est pas un cas de présentation, il ne faut pas le présenter c'est trop douloureux . C'est ça qui permet la présentation.

Hervé Castanet — Je voudrais rebondir sur ce que vient de dire François. A la fois c'est notre hypothèse mais faut-t-il qu'elle soit un minimum partagée par l'équipe, pour que la présentation soit possible. C'est-à-dire que, s'il n'y a pas l'hypothèse, peut être pas du sujet au sens où nous l'entendons, mais, comme disent les phénoménologues, d'un frère en humanité dans le malade, la présentation de malade n'est pas possible. Par exemple avec Sylvette, nous avons fait pendant des années une présentation au CHU. Nous sommes partis le jour où, rencontrant celui qui nous permettait de voir les malades, je lui ai dit : « Bonjour ça va ? sur quoi vous travaillez ? » – et il m'a dit : « Formidable ! Sur les marqueurs génétiques de la schizophrénie et je trouve des résultats ! ». Je suis allé voir Sylvette, je lui ai dit : « Il est très sympathique, il nous permet d'avoir des malades, mais on ne peut plus y rester » et on est allé ailleurs dans un CHS. Donc, il faut que, malgré tout, il y ait cette hypothèse pour que cela soit soutenu après. Bien sûr, nous ne construisons pas de la même façon la catégorie de sujet, mais si on fait l'hypothèse du cerveau, par exemple comme dans nombre de service de psychiatrie, là, la présentation n'est plus possible. C'est à partir de ce que nous avons en commun avec le malade que nous pouvons extraire le sujet. Et c'est ce qui doit être au moins au préalable, au moins supposé, ou admis dans l'équipe soignante, pour que l'on fasse appel à nous. C'est pour cela qu'à la limite, on ne les choque plus, mais on les intéresse. Mais également, il y a des champs entiers de la psychiatrie, notamment universitaire, qui nous sont radicalement fermés. Pas par méchanceté ou par scandale, mais parce qu'il nous

disent : « Mais vous êtes d'une autre époque ! ». À la limite ils nous considèrent comme anachroniques.

Jacques Ruff — David Halfon, vous exposiez cette idée : vous aviez refusé d'être dans un service qui se trouve en rapport avec ce que Hervé Castanet vient de dire.

David Halfon — Le chef de service a été remplacé par son assistant, et le nouveau chef de service a dit ceci : « Vous pouvez continuer si vous voulez, moi je n'y viendrai jamais ». Donc, ça a suffi pour sonner le glas d'une présentation clinique qui était, en plus dans un service de toxicomanes, donc un service difficile, avec des gens qui s'exposaient beaucoup, avec un risque vital. On a arrêté là. Et une deuxième fois, nous avons été accueillis amicalement parce que c'était un ancien collègue, et un jour il nous a dit : « Il faudrait que vous veniez moins souvent parce que tout ça c'est trop pour mon service ». Donc il y avait une hostilité de son côté qui pointait le nez, et on a pensé que ce n'était pas judicieux de continuer la présentation.

Marie-Louise Fressy-Meunier⁸ : — Sur ce qui se dit, à l'instant, sur la participation du service qui accueille la présentation de malade, je suis de votre avis. Toutefois, lors de notre dernière expérience de présentation de malade en Belgique, il y a une question qui se posait pour nous.

J'y ai fait depuis 84 une présentation de malade jusqu'en 93, à partir du service psychiatrique où je travaillais. Donc là, la communication avec le service était très importante et il y avait une grande participation du personnel. On m'a demandé ensuite de trouver une présentation en province, à Namur. Je me suis adressée à un service psychiatrique très lourd parce que je connaissais le directeur, qui nous a ouvert les portes très volontiers. Néanmoins, il ne participait jamais, ni son service, aux présentations. Mais, petit à petit, le service a commencé à y assister, le psychologue, les personnels... Il s'est posé à nous une question assez particulière : on a présenté des patients qui étaient en section fermée c'est-à-dire des placements d'office. Et on a eu un ou deux patients qui refusaient qu'il y ait quelqu'un du service qui assiste à la présentation. C'était des personnes qui étaient condamnées, des criminels ou sortant de prison. Et il est vrai que, même le personnel préférait ne pas venir à la présentation. Et dans le feed-back que l'on donnait au service, il y avait des tas de choses que le patient disait et qu'il n'avait jamais dit dans le service.

D'où ma question : faut-il continuer des présentations dans des services comme celui là ? En tout les cas, pour le moment, elle se poursuit et malgré tout c'est possible. Mais c'est une difficulté, difficulté double de la non participation massive du service, et de celle de présenter des patients qui ont une certaine réticence par rapport au personnel du service.

Frédérique Delava⁹ — Nous sommes quatre pédopsychiatres dans le service infanto-juvénile qui couvre tout le département. Et il y a au moins un des pédopsychiatres qui dit qu'il ne participera pas. Je ne pense pas que, de ce fait là, il faille interrompre la présentation clinique dans le service. C'est important quand même que ça ait lieu. Il ne faut pas pour autant qu'il y ait l'unanimité. Sa position est celle là, mais ça n'empêche pas, pour autant de faire ce travail là. D'ailleurs, Monsieur Castanet, lorsque ce médecin vous parle de la biochimie du cerveau, est-ce que c'est un discours qui vous exclut ? Moi, je trouve que vous vous êtes exclu, mais je ne suis pas sûre que ce discours vous excluait.

⁸ Mme Marie-Louise Fressy-Meunier est membre de l'Ecole de la Cause freudienne en Belgique

⁹ Mme Delava est pédo-psychiatre dans le service qui accueille les présentations de malade enfant à Gap.

Françoise Mary — Je crois qu'il faut laisser du temps. Pas pour être accepté ou refusé, mais pour des éléments de surprise. Et justement, dans ce service, lorsque vous avez proposé un patient qui était votre patient, l'équipe du centre médico-psychologique a dit : « ce n'est pas ce patient là que nous voulions présenter, c'est un autre ». Et c'est de cette façon là que cette équipe a participé pour la première fois à la présentation. Du coup, la fois suivante, l'équipe avait proposé son patient avec son questionnement d'équipe. Donc, il est important de laisser du temps parce qu'il y a la surprise et non pas une fermeture d'emblée, même si ça se présente de cette façon là parfois.

Jacques Ruff — Conclusion sur la modalité de la présence de l'analyste ?

Frédérique Delava — Quand vous avez repris les différents points : une pratique soumise à la rencontre qui comprend la surprise, une aptitude à se laisser conduire... Je peux vous dire que je ne suis pas analyste et je peux aussi me laisser traverser par ces points là. Pas tout le temps, mais parfois même sans être analyste, c'est ça aussi qui peut être là.

Jacques Ruff — Mais tout en se prétendant analyste, on peut très bien ne pas être à cette place aussi parfois. Donc il ne s'agit pas de se dire psychiatre ou psychanalyste mais justement d'interroger cette place qui peut être prise et puis se découvrir analyste, à l'occasion.

2. La place du savoir

Le deuxième thème se décline comme suit :

- Savoir et questions de l'équipe ; ne rien savoir sur le patient.
- Diagnostic différentiel ; la psychose ordinaire et la place du dernier enseignement de Lacan.
- L'enseignement du patient ; savoir faire et apprentissage ; la construction du cas.

Jacques Ruff — François Leguil, pour le diagnostic différentiel avait cette phrase : « Le diagnostic différentiel, c'est la main courante qui permet de ne pas cheminer à l'aveugle ». Dans son texte, on retrouve le refus de comprendre. Il souligne aussi que ce n'est pas une question de personne ou de moi mais de sujet, le sujet comme effet du langage. C'est tout de même le point essentiel de cette affaire.

Et aussi ce qui revient à la question du savoir de l'équipe : y a-t-il ou pas, exigée peut-être dans la présentation de malade, la construction préalable du cas par les médecins. Il évoque, à ce propos, Lacan qui, dans ses présentations de malade, mais c'était Lacan, exigeait que les jeunes psychiatres, les internes, présentent le cas du patient.

Enfin, cette phrase sur laquelle on pourrait revenir : « Le dispositif de la présentation de malade n'est pas sans ressemblance avec la structure de ce qui leur arrive ». Autrement dit, ce qui leur est arrivé, ce qu'ils vivent, c'est ce qui va très précisément se passer dans la présentation de malade. Ceci est très précieux. Ce matin on a bien vu que la présentation était précisément la présentation de ce qui arrive à cet homme en permanence.

David Halfon — En ce qui nous concerne, on interroge toujours l'équipe sur les questions qu'elle se pose. J'ai expliqué pourquoi dans mon texte ceci me paraît très important : ça inscrit la présentation dans le service qui nous accueille et, ce que j'ai observé, dans les deux présentations cliniques qui se passent dans des services différents, c'est que les cas se construisent en fonction de la présentation clinique elle-même. Il y a un effet, là, très net : les cas ne sont pas présentés de la même façon avec le temps qui passe. C'est-à-dire avec la répétition des présentations cliniques.

Alors, l'enseignement du patient : j'ai parlé dans mon texte de l'enseignement de la présentation clinique. Ce que j'en ai dit dans mon texte c'est que c'est l'enseignement de la présentation elle-même. Et que c'est du dispositif lui-même qu'est attendu quelque chose de la part de l'équipe parce que ce n'est pas une construction de cas telle qu'elle peut se faire avec le récit du cas. On pourrait tout à fait faire un texte clinique ou un diagnostic différentiel avec les éléments cliniques qui sont apportés par l'équipe. Mais ça ne se passe jamais comme ça. Parce que justement, l'idée, c'est que bien qu'on recueille une construction, on recueille également une question. On attend de cette rencontre là, qu'elle apporte des éléments de réponse qui n'étaient pas présents avant.

Sylvette Perazzi — Pour ma part, j'ai continué la tradition que nous avons commencée avec Hervé Castanet, depuis belle lurette, d'absolument ne rien savoir du patient avant. Ça me plaît bien, en fait. On arrive, on se rencontre. Mais là, où je rejoins David Halfon, c'est qu'effectivement la présentation est d'autant plus intéressante que l'équipe ou une personne de l'équipe s'est posée une question. Et dans un second temps, si la personne qui présente, qui connaît le mieux le patient, a une vraie question élaborée, c'est d'autant plus intéressant d'en discuter après.

Le diagnostic différentiel, c'est un diagnostic de structure. Et ce que je soulignais dans le premier cas, celui du gardien de prison, c'est que l'apport du dernier Lacan et le concept qu'a amené Jacques-Alain Miller de psychose ordinaire est vraiment très pertinent. Il montre toute sa pertinence à chaque fois. C'est-à-dire qu'il répond à des questions de l'équipe, à des questions de psychiatres ou de soignants qui se disent : « Mais comment se fait-il que cette personne a tenu aussi longtemps ? », et ça, c'est la question paradigmatique de la présentation, que je faisais avec Hervé Castanet et qui concernait des gens très âgés. C'était des gens qui avaient tenu jusqu'à soixante, soixante et dix ans et plus et qui, tout d'un coup, dévoilaient une psychose caractéristique et caricaturale pour une raison de dénouage. Sans le concept de nouage, sans les nœuds, on ne peut pas comprendre ça.

François Leguil — Je trouve importante cette question de ce qu'on fait par rapport au patient : qu'on choisisse de rien savoir ou de savoir. Il n'est pas certain, si la présentation de ce matin était cliniquement passionnante, que ce soit une présentation réussie. Je veux dire ceci par rapport au fait de m'être fait renvoyé dans les cordes sans arrêt et de n'avoir pu à aucun moment occuper la place que doit occuper celui qui fait la présentation, d'être assujéti à ce que l'autre veut montrer et veut dire. Etre soumis à une position subjective, ce n'est absolument pas la même chose que d'être assujéti. Et si, par exemple, cette présentation avait été dans un autre contexte, dans un service hospitalier, peut-être que je ne lui aurais pas permis de lire son papier. A partir du moment où je lui ai permis de lire son papier, tout le fil de la présentation était engagé sur le fait que c'était lui qui était dans cette position dominante. Je ne veux pas dire que ça aurait été mieux ou moins bien. Et là, c'est poser le problème en terme imaginaire. Mais ça ne se passe pas du tout pareil suivant ce que l'on sait du service, du patient. Les présentations de malade ne sont pas désincarnées, elles se font dans tel ou tel contexte. Je sais que, dans un hôpital où on m'aurait raconté tout ce qu'on a su grâce à ce que Bruno Miani et Isabelle Fragiaco nous ont dit par la suite, peut-être que je m'y serais pris autrement : « Ecoutez, ce papier on va le lire en effet mais là on va parler d'autre chose... ».

Jacques Ruff — C'est très juste ce que tu dis parce que c'est ce qui nous est arrivé ici sur Gap, où toute une équipe était venue nous présenter une patiente. Cette patiente est venue avec, pour quarante personnes, un dossier. Chacun avait son dossier. Donc elle s'est pointée avec quarante dossiers à distribuer à tout le monde ! Et là tout le service savait, sauf les participants à l'Antenne qui ne savaient pas. Mais comme c'était l'équipe qui était vraiment demandeuse, lors de la présentation je lui ai dit : « Très bien mais parlez-moi d'autre chose ». On voit qu'à ce moment là, c'est tout à fait différent, comme tu le dis. Toute l'équipe était vraiment demandeuse de quelque chose et tout le dépôt du savoir était déjà mis là-dedans. Et si on s'était laissé prêter à relire son papier, ça aurait duré des heures et des heures. Et c'était sans fin, alors que la surprise, c'était de laisser le papier et à ce moment là de parler de ce qui n'était pas dans le dossier.

Nicole Guey — Je suis en train de me dire qu'il y a autant de présentations de malade que de personnes qui font la présentation. Et je crois que c'est important de repérer que celui qui fait la présentation, produit aussi quelque chose.

François Leguil — Oui, c'est ce que dit Marc Lévy. Effectivement il cite Lacan dans son Séminaire de 65 où il dit que la psychiatrie est morte de ne pas avoir accueilli les hypothèses freudiennes. Elle est dans l'impasse depuis qu'elle n'a pas compris que le psy est la moitié du symptôme. Il le dit entre les lignes : le symptôme ne s'achève que dans la considération de celui auquel il s'adresse.

Nicole Guey — Oui, mais ce que dit Jacques Ruff, c'est que c'est surtout dans la névrose qu'on a cette position, quoique...peut-être pas simplement.

François Leguil — Quoique, quand on lit les cas classiques des psychiatres de la fin du siècle dernier, ça n'a plus rien à voir avec ce que nous entendons, et pourtant il y a un mode d'adresse du sujet qui est transculturel et qui montre que nous sommes comptables de la moitié de la clinique.

Nicole Guey — Jacqueline Dhéret, j'avais envie de rebondir plutôt sur ce qu'amène votre anti-héros quand vous amenez le temps 1. Vous reconstruisez le cas et vous dites dans le temps 1 - ce qui rejoint la question du savoir et la question de la parole - vous dites « dans le temps 1, il y a bien un sujet, puisque c'est notre hypothèse », vous dites ça « mais il y a, avant tout, une rencontre avec une inexistence de l'Autre ». Cette phrase là, je trouvais qu'elle faisait équivoque. Parce que à la fois c'est ce que produit cet homme et aussi ce qu'il en est de notre avancée aujourd'hui. Pourriez-vous avancer là-dessus parce que quand on dit « la présentation de malade aujourd'hui », on a une petite ouverture sur ce que notre théorie peut nous amener.

Jacques Ruff — Oui, c'est vrai. C'est ce que dit Sylvette avec la psychose ordinaire, l'ego. On l'a déjà un peu animé avec un petit temps d'avance pour recueillir effectivement ce qui se passe dans la clinique. Et donc l'« inexistence de l'Autre », voilà un jargon qui est apparemment entre nous mais qui est un repère tout de même très précis. Pourrais-tu intervenir là-dessus Jacqueline ?

Jacqueline Dhéret: — Je peux répondre rapidement à la question : est-ce qu'on connaît le patient à l'avance ou est-ce qu'on ne le connaît pas ? Je dois dire que je suis docile. À Lyon, les présentations de malade sont assurées alternativement à l'hôpital Desgenettes et au Vinatier par Jacques Borie et par moi-même. Il se trouve qu'à Desgenettes, ils tiennent absolument à nous expliquer longuement avant et, au Vinatier, surtout pas. Le « surtout pas » tient au fait du chef de service qui nous a accueillis et qui voulait nous mettre dans une situation un peu inconfortable. C'est-à-dire que quelque fois ça commence par du transfert négatif, ce qui n'est pas la plus mauvaise modalité pour arriver. Donc, au Vinatier, on n'a absolument aucune idée de qui on va rencontrer, même pas deux minutes avant. On ne sait même pas si c'est un homme ou une femme. On fait avec la personne qui se présente. Ce n'est pas le cas pour Desgenettes. Et je dois dire que pour « l'homme blessé », ça m'a beaucoup aidée. D'avoir entendu un certain nombre de choses à propos de cet homme, ça m'a beaucoup aidée, entre autre à ne pas laisser filer des choses que sinon j'aurais laissé filer. Et puis, comme le disait François Leguil, et ça c'est absolument essentiel, ce sont des lieux où les personnes sont récupérées tout de suite après la présentation. Donc d'une certaine manière, c'est le transfert, c'est la confiance qu'on met

dans l'équipe qui fait qu'on sait que, lorsque on va raccompagner la personne à la porte, elle va être récupérée par une infirmière, donc on peut y aller d'une certaine façon.

La construction à laquelle vous faites allusion, ça s'est déduit après coup. Et ça m'a beaucoup aidée à comprendre ce qu'est le traumatisme. Je n'avais pas compris, vraiment, jusque là. J'avais plutôt l'idée que le traumatisme c'était la rencontre avec un Autre un peu... Là, j'ai compris, grâce à cet homme, que c'est au contraire une rencontre avec l'inexistence de l'Autre : et, là, vraiment, tout fout le camp.

Comment le dire sans avoir recours à la notion du fantasme qui se défait ? On pourrait tout de même le dire comme ça : j'ai essayé de rendre compte d'un temps 1 où on a simplement une succession d'évènements, qui chasse le sujet. On voit tout à fait le rapport avec ce que Jacques-Alain Miller amène ces derniers temps, c'est à dire la question du S barré et de l'Autre. Comment la question du lien social s'opère entre le S barré et l'Autre. Là, il n'y a plus d'Autre. Tout l'univers – l'univers n'est pas que symbolique – se défait. Toutes les croyances se défont. Ça n'a pas de sens. Mais ce n'est pas le pas de sens dont vous parliez tout à l'heure. Ce n'est pas le point de hors sens qui est ce point d'opacité de la jouissance qui est utile pour qu'en quelque sorte le sujet s'y retrouve. Et donc la question de ce qui lui est arrivé, de ça il en a très bien parlé. Ça m'a fait comprendre pourquoi on ne peut pas parler tout de suite dans l'après-coup du traumatisme, pourquoi le débriefing avec la question de « qu'est-ce qui est arrivé » n'est pas pertinent. Une fois que vous avez raconté ce qui est arrivé, vous ne savez toujours pas ce qui est arrivé. Alors ça pourrait être une façon très concrète, à propos de ce cas, de dire que l'inexistence de l'Autre à certains moments, dans une vie, ça s'aperçoit. Ça peut s'apercevoir à partir d'un événement tout à fait contingent, là absolument dramatique et donc après il s'agit de reconstruire son monde. Là, chacun le reconstruit à sa manière et il s'agit de voir comment lui, il a essayé de s'en sortir.

Nicole Guey — D'ailleurs vous faites une distinction entre ce qui a été la scène traumatique et le trauma. Ce sont deux temps très différents.

Jacqueline Dhéret — Je l'ai fait parce qu'il l'a fait. Il ne l'a pas fait de façon aussi explicite, c'est moi qui l'ai reconstruit après-coup. Et il y a un temps qui lui permet de maudire son destin.

François Leguil — Une présentation ça consiste — et la présentation de ce matin en montrait particulièrement l'évidence — ça consiste à interroger un réprouvé de la société. Ça consiste à interroger quelqu'un qui est dans une situation souvent catastrophique ! On rencontre, dans les présentations, des gens qui ont vécu des drames qui les ont fait complètement s'effondrer ! Il est important de considérer que la présentation va essayer de donner à cela une allure de sortie. Ce qui a été une impasse, ce qui a été une chute, d'en faire l'amorce d'une restitution possible d'un condition améliorée. Il y a dans une présentation - c'est je crois Bruno Miani qui emploie ce terme qui m'a un peu gêné mais finalement il a eu raison de l'employer - un « cérémonial ». C'est un des enjeux de la présentation : du pire on peut quand même faire quelque chose qui rende service au « malade ».

Jacques Ruff — C'était d'ailleurs ton propos dans ton texte : redonner la parole à des gens qui ne l'ont plus depuis longtemps. C'est donner la parole alors qu'on ne s'apercevait pas, comme le dit Jacqueline Dhéret, que cette parole tournait depuis longtemps autour du trou.

François Leguil — C'est d'autant plus saisissant, dans le texte de Jacqueline Dhéret, que la découverte de la présentation, c'est que l'accident qui le défigure, dans ces conditions peu glorieuses, qui a à voir avec le « j'ai perdu la face devant mon épouse », la présentation en fait un ressort. Il est au fond du trou et on lui permet tout de même de donner un coup de pied pour remonter à la surface. Et là, c'est pas mal de parler de cérémonie — c'est ce que Miller dit au début de son texte : « J'ai toujours pensé que celui qui allait rencontrer Lacan allait rencontrer la figure de son destin » et lorsque j'avais entendu Miller dire ça, c'était à la Maison de la Chimie, ça m'avait étreint parce que je me disais que si on ne situe pas les choses à ce niveau là, ce que l'on fait n'est pas à la hauteur de ce qui est en jeu.

Bruno Miani — À propos de l'enseignement que je peux avoir de la présentation de malade, il y a vraiment une différence entre la présentation d'adultes et la présentation d'enfants. Il y a là une différence qui me paraît tout à fait majeure. Dans la présentation d'adultes — et on l'a vu encore ce matin — il faut souvent mettre une limite ou même parfois arrêter parce qu'il y a ce trop plein de jouissance dû à la parole. Ce qui fait que le patient, une fois qu'il a commencé dans la présentation, peut être pris dans cette jouissance alors que, dans les présentations d'enfants, et d'enfants psychotiques surtout, c'est tout à fait l'inverse : ils ne sont pas du tout pris dans cette problématique de la jouissance de la parole. D'où le terme de cérémonial que j'ai employé, parce que justement on peut employer ce terme quand ça ne se passe pas comme on l'attendait. Quelques fois il faut courir après l'enfant, tout le monde se met à courir après lui quelquefois. Eh oui ! Les enfants ne sont jamais là où on les attend. Ils n'ont pas forcément le cadre de la présentation en tête comme peuvent l'avoir les adultes d'un entretien. Le malade de ce matin, comme l'a rappelé François Leguil, a une grande expérience des entretiens et de la psychiatrie, ce qui lui a permis de tenir tout l'entretien. Alors qu'avec les enfants, la question c'est de savoir comment arriver à mettre en place une présentation, ne serait-ce que pour qu'ils soient là, physiquement, au minimum. Après, comment faire avec ça, d'autant plus quand l'enfant ne veut pas parler, ou quand il parle, c'est avec une façon toute particulière. Et, c'est pour ça que je posais la question de l'enseignement de la présentation et l'enseignement dans le dit du patient. Ce patient qui est présenté et qui essaie de présenter quelque chose, mais à sa façon, dans un style très particulier et dont il faut arriver à saisir le style pour pouvoir apprendre quelque chose.

Sylvette Perazzi — Je manque d'expérience d'adultes névrosés. Je crois qu'en 15 ans ils se comptent sur les doigts d'une main. Par contre la différence que pointe Bruno Miani, je la perçois beaucoup plus entre patients névrosés et psychotiques, qu'ils soient enfants ou adultes qu'entre les enfants et les adultes. Parce qu'il y a des adultes psychotiques qui sont très réticents et des enfants comme celle dont je parle dans mon texte, avec qui il n'y a aucun problème pour s'entretenir. Est-ce qu'il n'y a pas une distinction à faire entre l'enfant et le psychotique ?

Bruno Miani — Je pense qu'il y a une particularité à la présentation d'enfants psychotiques. Lacan avait justement une bonne indication à ce sujet entre les adultes et les enfants : il disait qu'avec les adultes c'était une clinique du trop, et je me réfère ici à ce que disait Nicole Guey : il faut arrêter parce qu'il y a du trop, et il disait que, par contre, du côté des enfants psychotiques, c'est la clinique du peu. Comment arriver à faire, en quelque sorte, que l'enfant psychotique puisse au minimum s'inscrire dans le langage, s'inscrire dans la parole lors de la présentation. Ce qui n'est pas du tout évident ! Et j'ai

fait tout mon texte là-dessus, c'est-à-dire repérer comment l'enfant arrive à s'intégrer dans une parole.

Jacqueline Dhéret — Je voudrais intervenir très rapidement parce que j'ai été très intéressée par votre texte. En particulier par la conversation telle qu'elle s'installe entre Jacques Ruff et cet enfant. Et comment ça suppose à un certain moment de redoubler des signifiants et puis, à d'autres moments comment peuvent se produire des différenciations. Pour lui on voit bien que le S1 n'est pas différent du S2. C'est vraiment en acte dans la présentation. Et on voit comment il y a des écarts qui se creusent et qui ont un effet d'impulsion dans un discours, en acte dans la présentation de malade elle-même. J'ai été très intéressée mais c'est parce que je n'ai pas d'expérience avec les enfants.

Bruno Miani — Il faut effectivement que ce soit en acte dans la présentation autrement ça reste lettre morte. C'est ce que j'appelais la lettre de l'équivoque qui sort l'enfant du langage néologique dans lequel il était, et qui fait qu'il accepte de parler avec un analyste. Ceci va introduire forcément à une espèce d'équivoque qui va lui permettre peut-être de raccrocher quelque chose du côté du langage.

Olivier Miani — Je voudrais juste témoigner du fait que j'ai fait, en quelque sorte, ma formation de psychologue avec vos présentations de malades. J'ai assisté à différentes présentations et je me disais qu'il y avait autant de présentations de malades que de présentateurs ou plutôt de psychanalystes qui animent des présentations. Mais celles qui m'ont le plus enseigné, c'est celles qui sont un peu ratées, qui sont les plus difficiles. Et je trouve très rassurant de voir que vous, malgré vos expériences, vous vous retrouvez en face de gens qui ne veulent pas parler, ou qui n'arrêtent pas de parler et comment vous faites avec ça. Chacun avec son style, sa façon de faire. Il n'y a pas de truc, en fait. Et l'enseignement qu'on peut tirer, là, c'est la difficulté dans laquelle ça vous met et qui finalement n'est pas une question d'expérience.

Nicole Guey — Par rapport à ce que vous dites, Lacan disait : « Si vous venez à ma présentation vous verrez comment je m'y prends ». Par ailleurs, il disait : « Faites comme moi, ne m'imites pas ». Ceci pour vous répondre, Olivier Miani.

Je trouve que ce qu'amène Bruno Miani avec cet enfant qui refuse de parler est intéressant. Je me disais que ce n'est pas très différent d'un entretien préliminaire avec des enfants ou ce qu'il peut en être de la cure avec un enfant : parce qu'il faut qu'il entre. Un sujet adulte, il faut qu'il entre et c'est pas parce qu'il parle qu'il entre, mais un sujet enfant — je ne voudrais pas faire de dichotomie même si je la fais un peu — on voit qu'avec les enfants, c'est pas parce qu'on les invite à venir qu'ils viennent. On a affaire à ça. Je me disais : cet enfant là, où est-ce qu'il parle ? C'était la question que je me posais par rapport à lui : où est-ce qu'il parle ? Il ne s'agit pas seulement de la question du langage articulé, me semble-t-il.

François Leguil — Je voudrais faire un petit pont entre ce qu'à dit Nicole Guey tout à l'heure et ce que vient de dire Olivier Miani. Il y a autant de présentations qu'il y a de praticiens qui la font. Moi, je trouve que ce serait bien que ce ne soit pas le cas. Alors on peut s'en sortir aussi en disant qu'il y a autant de présentations que de patients présentés. Mais ça me semble un peu facile. Il y a une phrase qui m'a frappé dans le texte de Marc Lévy, c'est lorsqu'il parle de « la certitude du style ». Le style dans la clinique, c'est difficile de penser, qu'il s'agit du style de l'analyste. Nos présentations, quand même, oeuvrent pour un idéal de science, pour un projet dans l'ordre du savoir, pour une

meilleure élucidation de notre approche des phénomènes cliniques. On espère tout de même que, d'une présentation à l'autre, on peut glaner des choses utiles dans l'élaboration du savoir du psychanalyste. Et, là, il faut avoir un idéal qui nous fait considérer que le style du présentateur - je vais le dire ironiquement - s'il apparaît, c'est raté. Dans une présentation j'ai toujours un peu le trac : est-ce que je vais réussir à complètement m'effacer ? Est-ce que je vais réussir à être totalement transparent ?

Bruno Miani — Je me réfère à un article très important qu'a écrit François Leguil sur le style et justement vous démontrez dans cet article que le style, c'est l'effacement même du sujet au profit de l'objet, dites-vous. Et vous reprenez ça en disant qu'il y a un style dans la présentation, non pas le style qu'on pourrait dire imaginaire de la présence du présentateur, mais justement dans son effacement en tant que sujet au profit d'autre chose.

François Leguil Si les présentations de Lacan étaient à ce point inimitables, c'était parce qu'il était sans un style dont on aurait pu dire qu'il était le même d'une présentation à l'autre. Bien sûr, c'était toujours Lacan ! C'était toujours la même personne, mais on ne pouvait pas dire qu'il avait une technique de présentation. On ne pouvait pas dire qu'il avait un style de présentation et c'est ça qui m'a frappé. Je l'explique comme la plus grande réussite du présentateur de ne pas avoir de style particulier.

Hervé Castanet — Je crois qu'il faut éviter l'empirie des descriptions au un par un et du style de chacun. Et, chez notre ami Marc Lévy, il pose le style du côté de l'analyste parce qu'il dit qu'il y a deux sujets dans une présentation, ce qui n'est pas notre thèse. Il dit que l'analyste y est en position de sujet ce qui fait qu'il est obligé de réintroduire le terme de style. C'est sa définition même qui se déduit.

Mais je ferai juste une remarque : c'est vrai que l'enjeu, en forçant le trait, parce que personne n'est à la hauteur de cet enjeu, c'est ne compter pour rien. Pourquoi ? Parce que si c'est la psychose, compter pour quelque chose face à une logique non dialectique, c'est tenter de la dialectiser de force. Au fond, il s'agit d'accepter cette position de logique non dialectique qui implique une réduction presque au rien, de l'écrire cette logique. Et je me disais que la référence au savoir, c'est peut-être l'enjeu qu'il en soit produit un bout, un fragment, modeste ou pas, peu importe, mais il y a quand même une visée, dans la présentation, d'extraire, avec toutes les précautions d'usage, d'extraire un savoir qui pourrait se dire : ce qui pour le sujet a eu un effet, pour lui de destinée, même si c'est très modeste. Et on continue souvent la présentation jusqu'à ce point où on a un aperçu, parfois plus, mais au moins un aperçu sur ce qui fait que ce sujet a pu être tenu dans la vie de telle façon, ou n'y a plus été tenu de telle autre. Mais ceci nécessite justement de ne compter pour rien. Et il me semble que, le savoir étant interne à la présentation elle-même, c'est-à-dire qu'on en produit une extraction, il s'agit aussi de voir que ce savoir, il a à être transmis. Ou alors on ne comprend pas bien pourquoi depuis le début, on parle de présentations de malades mais avec un public qui y assiste. Et pourquoi demande-t-on à des cliniciens en formation, notamment d'y assister alors que nous passons notre temps plutôt à faire des démonstrations purement au tableau et à être exigeant sur les mathèmes ? Nous sommes portés sur une démonstration de notre doxa au tableau, c'est ce qu'on fait là aujourd'hui, mais là, il y a une exception, puisqu'on ne fait pas de stage au titre de la psychanalyse. On fait des stages dans un hôpital psychiatrique. On fait des stages dans un dispensaire mais il n'y a pas de stage de psychanalyse au sens strict - jusqu'à présent. Donc, c'est de se dire : comment se fait-il que nous suspendions notre décision « tout passe par le tableau » et que nous acceptions qu'il y ait un public ? Qu'est-ce qu'on veut transmettre ? Pourquoi on se dit que, là, il faut cette transmission ? C'est

plutôt une caractéristique, notons le, de l'École de la Cause freudienne. Beaucoup d'autres écoles, y compris qui se réfèrent à Lacan, ne donnent pas cette place à la présentation de malades. Pourquoi ? Il me semble que la transmission, c'est d'extraire ce savoir, même modeste — bien sûr le savoir ne se présente que sous forme de fragment : si c'est la psychose, c'est un fragment métonymique ; dans la névrose ce serait plutôt un fragment métaphorique — et de le transmettre justement en logique, où le clinicien — c'est un rêve — n'a compté pour rien. C'est ce que disait François Leguil et qui me paraît déterminant. Ne compter pour rien, c'est peut-être le moyen de faire une transmission, et si on compte par trop, on peut se demander ce qui pourrait être transmis si ce n'est des effets d'identification. Autrement dit notre hypothèse, c'est de dire qu'il y a un savoir, qu'il est possible, évidemment de manière fragmentaire par définition, de l'extraire, et qu'il porte pour le sujet hospitalisé, qu'on ne voit qu'une fois, sur ce qui pour lui, nous fait apercevoir ce qui a fait destinée et comment il y a répondu, effondrement ou pas. Et de le transmettre, en ne comptant pour rien, c'est-à-dire que si c'est la psychose, on va vérifier ceci, notre maître le président Schreber — c'est une phrase de Jacques-Alain Miller mais qu'on peut reprendre — notre maître le président Schreber, ça veut dire qu'on ne compte pour rien et ça ne veut pas dire qu'on ne fait rien. Démontrer en quoi la psychose ou le psychotique, c'est notre maître, je trouve que ça, ça nécessite d'être transmis de façon vivante et pas simplement au tableau. Il y a quelque chose comme ça dans cet intérêt. Au fond on vit dans un monde, où il n'y a plus de maître et où nous allons le chercher apparemment là où la société nous dit qu'il n'y en a pas, avec toutes les différences de statut, de statuts sociaux, de rapports au savoir, de « Monsieur », de « Docteur », de « Professeur » et le pauvre bougre qui est là, le maître c'est lui. Ce qui, quand même, oblige à une rupture par rapport à « je compte pour quelque chose là-dedans » mais ça ne veut pas dire qu'on n'y fait rien.

Jacques Ruff — Oui. Donc nous avons déjà abordé le troisième point qui est « la politique de la présentation ».

Patrick Roux — J'ai été très intéressé par le moment de la conversation sur le trauma. Et ensuite, c'était sur cette possibilité pour le sujet d'entrevoir une issue possible ou une source vive pour lui. Notamment, je pensais à la dernière présentation avec Sylvette Perazzi, à Toulon : ce petit gamin de 11 ans, qui avait été traumatisé par l'objet anal, un Autre méchant qu'il a rencontré très tôt et sa solution qui est apparue rapidement du « passer à autre chose ». Il en a fait vraiment un style de vie puisque, précisément, c'est un enfant accueilli en institution et son mode de vie, son mode opératoire, au bord de la difficulté notamment — et il l'a très bien expliqué quand le phénomène élémentaire se présentait au cours de la présentation justement — comment, quand il était au bord du trou, il a évoqué un souvenir d'une farce du 1^{er} Avril. Il a très bien expliqué que quand quelque chose de mauvais lui arrivait, il pensait à quelque chose de bien, de gentil. La discussion sur le trauma m'a immédiatement rappelé cet enfant parce qu'on retrouve, dans la présentation en une demi-heure seulement, à la fois le moment de la rencontre traumatique, c'est-à-dire son mode de vie dans la famille d'accueil, sur le mode un peu sadique, et puis sa façon de faire avec ça, sa petite solution.

Bruno Miani — Je suis d'accord avec Hervé Castanet sur le « compter pour rien » mais je voudrais ajouter : à condition qu'on puisse faire apparaître — et c'est le sens de la présentation — ce qui fait causer le sujet, ce qui fait parler le patient et être cet objet, en ne comptant pour rien comme sujet. Ça peut être le moyen d'être cet objet qui va lui

permettre de parler et c'est ce qui me paraît intéressant. C'est peut-être aussi ce qu'a voulu dire Marc Lévy, dans ce qu'il appelle le style, où il dit que « ça permet d'atteindre une certitude ». Il l'appelle « un invariant incurable », qui serait ce point fixe qu'on retrouverait toujours et qui est la place d'un objet qui fait parler l'autre, cet objet cause de la parole. Et là, je suis tout à fait d'accord avec le fait que c'est parce que le sujet accepte de s'extraire, de ne compter pour rien, qu'apparaît ce qui fait l'enseignement de la présentation de malade : un enseignement non pas par le sujet qui enseigne mais par l'objet en quelque sorte.

Jacques Ruff — C'est la phrase de Lacan « se faire de l'objet ». C'est vraiment ce qu'on piste avec l'effacement. Ce terme d'objet, ce n'est pas insignifiant mais c'est ce que le texte de Jacqueline Dhéret illustre bien.

3. La politique de la présentation de malade

Le troisième thème proposé par Jacques Ruff se décline ainsi :

- Le retour dans le service : est-ce qu'il convient ou pas qu'il y en ait un ? Y a-t-il une orientation qui est faite, avec un traitement qui peut s'en déduire ?
- Le rapport au dernier enseignement de Lacan.
- L'usage des présentations de malade : la place des comptes-rendus, la place de la transcription, l'usage de l'élaboration qui en est faite.

David Halfon — Il y a longtemps, j'avais assisté à une présentation de malade faite par Jean-Louis Gault. Il posait beaucoup de questions, il était très présent. Mais, si on efface l'intervenant, il reste quelque chose de ce qui oriente l'école. D'où la remarque de Jean-Louis Gault : « Je fais bénéficier le patient de mon avancée dans le cours de Jacques Alain Miller ». Ce que l'on peut retenir : il n'y a pas de données seules. Il n'y a pas de fait clinique brut. Ce qu'on peut retenir, ne serait-ce que lorsqu'on parle de psychose ordinaire... Repérer : qu'est-ce qui a fait qu'il ait tenu aussi longtemps ? Qu'est-ce qui fait que ce qui l'a tenu, n'a plus tenu ? Arriver à construire autour de ces moments particuliers, pas innombrables, ces moments de bascule finalement, comme pour l'homme blessé : autour de ce trauma, il y a un avant et un après. Dans une vie, on en repère quelques uns autour desquels le sujet est le plus à même de se montrer tel qu'il se constitue. Il y a un rapport direct à la doctrine sur laquelle on s'appuie pour construire la clinique. Je vais citer un auteur qui est présent: « La présentation clinique du docteur Lacan était l'un des principaux témoignages nécessaires et irréfutables de sa modestie scientifique ». Mr. Leguil en est l'auteur, dans un texte ancien. C'est la première référence en présentation clinique sur Google. Dans cette idée de modestie scientifique, il y a quand même ce souci, repris à la fin du même texte : « Lacan venait à l'hôpital pour y relever le gant abandonné par les psychiatres et le défi lancé par la psychose à l'œuvre de Freud. Il lui fallait assumer ce qu'il nommait l'antinomie d'une cure, seule source de progrès, mais qui ne peut se dérouler à l'asile ». Le texte s'appelle « A propos des présentations cliniques de Jacques Lacan ». Il reprend le paradoxe : le souci scientifique et donc la mise à l'épreuve de la rencontre avec la psychiatrie est sans doute l'enjeu clinique et ce qui fonde la présentation clinique.

On devrait aboutir, si on dégage la logique du cas, avec les instruments qui sont les nôtres, à ce que ce soit, d'une certaine façon, transmissible, du coup un tout petit peu reproductible, pas complètement mais un petit peu.

Nous ne sommes pas créateurs de concepts comme Lacan. Nous mettons au travail les concepts dont nous héritons de l'Ecole. S'il y a une politique de ce côté-là, c'est plutôt comme ça que ça fonctionne. On les met au travail devant un public, il faut assumer la confrontation et la démonstration. En écartant là, ce qui arrive parfois aux psychanalystes lorsqu'ils rapportent des cas, de les arranger un peu. Là, il y a effet d'immédiateté. Vous y avez assisté, donc à partir de ça, vous avez dégageé ou pas la logique du cas. Ça, c'est le premier effet politique.

Pour répondre à Madame qui disait tout à l'heure, que même si tous les pédo-psychiatres du service n'étaient pas d'accord, ça ne veut pas dire que l'on ne doit pas accepter. Il y a

un patient dans l'affaire et quand on a supprimé la présentation clinique dans un service, c'était parce que sans l'aval du chef de service, on ne savait pas du tout quel serait le retour dans le service. On sait que ce n'est pas sans effet. L'effet, on le repère, on peut penser que ça va être un nouveau départ pour le sujet, mais il y a aussi des effets qu'on ne repère pas. Dans un service qui n'est pas malveillant à notre égard, cet effet est amorti par l'équipe mais en plus, on nous le restitue, on nous interroge : cet effet était-il prévu ? Qu'est-ce que vous en dites ? Quand le retour est effectué dans le service, on travaille avec un filet. Il ne faut pas que le service soit strictement bienveillant, puisque Jacqueline Dhéret dit que, parfois, cela commence par le transfert négatif. Qu'on nous ait à l'œil, qu'on nous interroge sur la pertinence de nos concepts, c'est un compte mais que le patient devienne l'occasion de règlement de comptes avec la psychanalyse, ça, ce n'est pas acceptable. Même si l'équipe lance comme un défi « ce patient, qu'est-ce que vous allez nous en dire ? ». On vérifie que ce défi n'est pas le seul enjeu de l'affaire. Il faut qu'au bout du compte le patient soit le bénéficiaire de l'affaire.

La critique de Maud Manonni de dire que la présentation objectivise le patient, ce n'est pas du tout pertinent. Ce que l'on voit avec le retour dans le service, c'est que le patient est concrètement replacé au centre du dispositif de soin. La discussion fait jaillir du côté de l'équipe soignante des tas de remarques qui n'avaient pas été rapportées. Les élaborations sont remontées dans l'équipe. C'est sans doute une des raisons pour lesquels les chefs de service sont intéressés parce que cela relance le travail de l'équipe.

François Leguil Mon ami Jean-Louis Gault a utilisé l'humour pour dire quelque chose de crucial : cet exercice n'a aucun intérêt s'il ne s'inscrit pas dans un transfert de travail ! Le transfert est massif dans la présentation de malade, c'est notre transfert à la psychanalyse. Nous faisons « bénéficiaire » - c'est un mot choisi ! - ou non, les patients que nous interrogeons, de l'avancée du point où l'on en est, dans le discours analytique et le savoir analytique. Cette phrase, il faut l'encadrer. Je la trouve très jolie, drôle dans sa formulation et très vraie. Elle dit bien quelle est la nature du transfert en jeu dans la présentation de malade : il s'agit de notre propre transfert à la psychanalyse.

Jacques Ruff — Aujourd'hui, c'est comme ça que tu as entendu cette phrase là, de la place des avancées de la psychanalyse dans la présentation de malade.

François Leguil — Voilà ! J'interroge le patient en fonction du point où j'en suis, de l'actualité du mouvement. Jean-Louis Gault le dit d'une manière très drôle : je ne peux l'interroger qu'en fonction de ma propre situation dans l'avancée du discours analytique, dans l'élucidation du discours analytique.

Une question à David Halfon, une remarque très étonnante que vous dites et qui me semble très difficile à contester. Quand vous dites : « la présentation clinique est aussi un traitement de l'angoisse inhérente à la pratique psychiatrique ». Ça, c'est du Lacan 67, *Petit discours aux psychiatres*. Qu'est-ce que la psychiatrie a su, de la folie ? La psychiatrie a su ce qu'était l'angoisse du fou. Le fou fait peur, et c'est de ça dont peut témoigner le psychiatre. Le psychiatre aujourd'hui, ce sont les soignants. C'est mettre la présentation comme « l'affrontement de l'angoisse ». Ça sublime toutes nos questions sur le trac ! Au fond, la présentation de malade participe de l'affrontement de l'angoisse dans la rencontre avec le fou. Et votre hypothèse, c'est, par ce bord, qu'elle se pérennise. Je ne suis pas sûr de pouvoir expliquer ça mais en tout cas ça donne beaucoup à réfléchir ! Ce qui aurait maintenu la présentation de malade, ce serait notre certitude du moyen qu'elle est d'affronter un réel éventuellement angoissant. Lacan nous dit ce que la psychiatrie a su faire passer : elle a su faire passer la tradition de la présentation de malade. Ça suscite

parce qu'il y a un réel du fou. Ce réel est angoissant. Ça veut dire que chacun est certain d'être concerné comme sujet par l'angoisse que lui génère le fou. Dire que la présentation de malade ce serait ça qui la pérennise, je trouve ça véritablement...cela incite à réflexion. Dernier point. Lors de la construction du cas, le patient est exclu de la conversation clinique. C'est ce que dit Lacan à Maud Mannoni. Au fond, Lacan dit — c'est dans les lettres des journées de l'Ecole consacrées aux mathèmes — : « Au fond ce que je cherche dans mes présentations de malade, c'est le mathème qui nous permettrait de ne pas faire sortir le patient ». Nous sommes tous ici, sauf un bien sûr ! Le fait que nous soyons obligés de faire sortir le patient, pour parler de lui, indique, à quel point, nous sommes dans une limite de notre savoir. Ça indique à quel point notre savoir est peu de chose. Le fait qu'on ne soit pas capable de parler, devant le patient, de ce que c'est pour nous, la névrose, la psychose. Il n'en est pas question avec les moyens que nous avons. C'est plutôt ce qui incite à la modestie

David Halfon — C'est tout à fait ce que j'ai voulu dire. Mr. Leguil l'a dit beaucoup mieux que moi, et c'est exactement ça !

Sylvette Perazzi — Alors, le retour dans le service... Les services qui nous accueillent ont effectivement une attente et quand ils n'ont pas d'attente, ça ne passe pas, quoi ! Jusque et y compris, si l'attente nécessite qu'il nous ait à l'œil, au moins au départ. Cette année, j'ai accepté des adultes dans ma présentation. Le psychiatre responsable du service adulte se demandait sans doute si ça allait apporter quelque chose. Nous sommes tout à fait dépendants d'eux. Il faut quand même que ça leur apporte quelque chose ! Si ça ne leur apportait rien, je ne vois pas pourquoi ils nous permettraient de faire des présentations de malade dans leur service. Le retour se fait par le biais de la personne qui a amené le patient. S'il n'y a pas de lien avec le service, cette personne fait l'intermédiaire ensuite entre le service et la Section clinique. C'est intéressant comme ça. Une question que je me pose : dans la pratique du compte-rendu et de la transcription, j'ai toujours refusé les enregistrements. On en a déjà parlé, je fais figure de brontosauve. Les gens transcrivent à plusieurs, c'est très pénible de faire une transcription sans le support de l'enregistrement. Est-ce un vrai apport, l'enregistrement ? Est-ce que ça sert à quelque chose ?

Jacqueline Dhéret — A Lyon, dans les deux services où j'ai le plaisir de travailler, il y a un transfert avec le discours analytique qui repose sur quelques personnes, mais qui sont dans une position qui permet de faire passer quelque chose. C'est très important. Ce sont des mandarins. Disons-le, du côté de Desgenettes c'est un peu différent, il y a une tradition de l'enseignement de Lacan grâce à des collègues tout à fait prestigieux qui y ont travaillé. Du côté du Vinatier, ils ne sont pas du tout lacaniens. Quelqu'un qui nous accueille au Vinatier, le chef de service, c'est quelqu'un qui n'a pas de formation lacanienne. Entre nous c'est un peu comme frère et sœur en humanité. Quelqu'un de très honorable, qui nous aide beaucoup.

François Leguil — Je le connais un peu. C'est ce qu'on appelait jadis un grand patron !

Jacqueline Dhéret — Oui, un grand patron, spécialiste de la précarité, connu sur le plan international, pas du tout lacanien ! Des gens qui attendent encore quelque chose du dialogue entre la psychiatrie et la psychanalyse. En nous accueillant dans son service, ça lui cause beaucoup de querelles avec ses collègues de la SPP à Lyon.

Dans mon texte, j'ai essayé de dire quelque chose qui nous a été retransmis, de l'effet de formation dans le service lui-même, ce dont nous ne nous occupons pas du tout. Nous en avons des retours quand nous organisons des journées en commun après coup, mais nous-mêmes n'en parlons pas. Nous n'avons pas d'échanges avec les services des patients qui ont été présentés. Quoique j'ai eu des échos à propos du monsieur dont j'ai parlé. Ce qui m'a frappée, c'est que dans les deux services, ils ont souligné combien il y avait un effet auquel ils étaient attachés : déconstruire le discours qui commençait à naître sur un patient, à partir de réunions qu'ils ont entre eux, c'est-à-dire essayer de sortir d'une certaine routine d'une part, d'autre part, contrer les effets de groupe et de discours collectif, en soulignant combien ce peut être étonnant d'entendre un patient, que l'on connaît très bien depuis des années, parler en présentation de malade de façon tout à fait différente de la manière dont il parle habituellement.

Par rapport au retour dans le service, nous avons une petite équipe, des gens tous inscrits à la Section clinique qui sont des personnes assez expérimentées, qui font ce lourd travail de transcription intégrale de la présentation de malade et de la discussion qui suit sur le cas. Dans un service, on peut enregistrer et on le fait. Dans l'autre ils ne le souhaitaient pas. Donc, il y a des gens qui prennent des notes et il y a un travail, un travail assez lourd qui a lieu après coup. J'ai été très étonnée de découvrir que par exemple, au Vinatier - je ne le savais pas - après la présentation de malade, ils se réunissent et retravaillent à partir de la transcription qu'on leur remet. Ils disent que c'est très utile.

François Leguil — C'est utile, mais c'est aussi mystérieux.

Jacqueline Dhéret — C'est mystérieux. Il y a plusieurs arguments. D'abord tous ne sont pas présents le jour de la présentation de malade. Pour eux, ce n'est pas tellement l'argument. L'argument c'est qu'ils ont besoin de s'en ressaisir après coup, dans une lecture de groupe, pour essayer précisément, à partir de ce qui s'est dégagé, d'éventuellement trouver ce qu'ils ont appelé « la relation qu'il faut avoir avec ce patient ».

François Leguil — Ils font de la présentation de malade la contre-épreuve de l'hospitalisation.

Jacqueline Dhéret — Voilà, exactement. C'est-à-dire essayer de trouver une relation nouvelle qui peut sortir de cette rencontre. Nous, nous n'entendons pas parler de ça.

Au passage, je vais vous dire une expérience sur laquelle on est revenu : des collègues avaient proposé à partir de la transcription de faire une élaboration après coup du cas. Il y avait un cartel. C'était un travail très intéressant. Mais on a arrêté de faire ça, parce que ça venait justement casser cette dynamique à laquelle les équipes tiennent et surtout, on s'est rendu compte très vite que ça devenait une sorte de « voilà ce qu'il faut penser sur le cas ». Donc, on a arrêté cette expérience et on ne donne à l'équipe que la transcription absolument fidèle.

Je pense que la présentation de malade est très importante comme transmission de la psychanalyse, parce que c'est ce qui fait que la psychanalyse ne se transmet pas d'un point de vue idéal qui serait aussi la cause d'un certain type d'affrontement à l'imaginaire. Il se trouve qu'au Vinatier, il n'y a pas seulement le service qui est là. Ils invitent tous les gens du Vinatier qui veulent venir. Donc, il y a des psychiatres qui sont tout à fait d'un autre courant que le nôtre. Des gens avec lesquels on aurait beaucoup de mal à s'entendre, si on discutait au niveau conceptuel des choses. Et là, on voit combien la rigueur de la présentation de malade, le réel même de la psychose retient ces affrontements. On est un

peu à l'abri de ce que le discours analytique soit pris du côté de l'idéal. Je dis ça parce que j'ai travaillé dans un service où ce n'était pas du tout évident, où c'était une sorte d'enthousiasme pour le discours analytique, qui, rapidement, a démontré que les choses tournaient plutôt mal, alors que ... Il y a quelque chose comme ça du réel de la clinique, du réel de la psychose, quelque chose du mathème qui calme tout ça, qui fait qu'on peut parler avec des gens avec lesquels on n'arriverait pas à parler lors de colloques ou de congrès.

Bruno Miani — A Gap, les présentations sont très variables. On en fait dans deux services, un d'adulte et un d'enfant. On ne fait pas de retour dans le service adulte. Par contre, au niveau de la présentation de malade enfant, il y a un retour, dans le service. Ce qui serait plus intéressant, ce serait de donner la parole à Mme Delava qui nous accueille dans son service, et qui pourrait sûrement nous dire quelque chose sur ce que celui-ci peut attendre d'une présentation de malade.

Frédérique Delava — Je demanderai de l'aide à Françoise Mary parce qu'elle est beaucoup plus au fait que moi, pour avoir des échos. Il y a d'abord un intérêt en tant que professionnelle, et le désir de partager cet intérêt. Je pense que c'est une ouverture, que ça permet des interrogations. Madame disait que les équipes ré-interrogeaient leurs positions par rapport au patient. C'est rouvrir certaines portes et continuer à penser. Il y a quand même une difficulté - c'est peut être un leurre, toujours une insatisfaction, une critique que je peux entendre et que je peux faire mienne – la difficulté, c'est qu'il n'y a pas de solution, qu'il n'y a pas et qu'il n'y aura pas de débouchés, de conduites à tenir thérapeutiques. C'est justement maintenir la béance de l'interrogation et cette surprise possible. Parfois, pour les infirmiers du service, quand ils sont confrontés au réel de la psychose, ils sont confrontés dans le quotidien, il y a une attente, et, peut-être, cette attente est déçue parce qu'ils vont toujours se coltiner cette difficulté là, mais avec l'idée d'un cheminement possible. Je vais laisser la parole à Françoise Mary.

Françoise Mary — Ce retour a été demandé par le service : étant donné, qu'il y a eu un clinicien qui critiquait la présentation en terme de prédateur, qu'il n'y avait jamais de retour, cela a entraîné l'idée que, quand même, il fallait un retour. C'était intéressant d'entendre ça et d'y répondre, mais d'une façon tout à fait apaisée et intéressée. La transcription arrive dans le service (on a abandonné le compte-rendu), elle est lue avant, puis une rencontre est organisée avec Jacques Ruff, rencontre qui est attendue.

Bruno Miani — Pourquoi une présentation de malade dans un service et quel est l'intérêt pour un service ? Je me demandais si ce n'était pas parce qu'on laissait la parole à un patient, tout simplement. Je pensais à ce qu'avait rapporté Marc Lévy dans son texte à propos de ce que Lacan disait, quand Lacan définissait la présentation de malade en disant : « Ecoutez-les ». Ça consiste simplement à les écouter, à leur laisser la parole, et Lacan ajoutait : « ça ne leur arrive pas à tous les coins de rue ». Cette phrase, très elliptique, très simple, c'est un peu comme lorsqu'il nous parle de l'autisme. Ce sont des choses très simples. Il me semble que c'est le point fondamental qui peut faire l'intérêt d'une présentation de malade, pour un service. Alors est-ce à dire que dans le service on ne les écoute pas ? Certes, on les écoute dans les services aussi, dans des endroits très spécialisés que sont par exemple les bureaux, les groupes, etc... et, peut-être que là autre chose peut se passer. D'où l'intérêt d'un service pour les présentations, qui viennent apporter une autre écoute, une écoute, différente que celle qu'ils ont l'habitude d'avoir aujourd'hui. Autrement quelle est l'attente ?

Est-ce qu'on peut dire alors que, de la présentation de malade, il ne sort pas forcément quelque chose de précis, de technique pour la suite, par rapport au malade ? Et que, justement, le fait qu'il n'en sort pas quelque chose de précis, est-ce que ce n'est pas sur ce point là, que l'on donne la parole au patient, là où on n'en fait rien, rien de précis par la suite, juste ce moment de la parole. Il ne s'agit pas de sacraliser la parole du patient. Mais il y a ce moment avec cette parole là, et un dispositif pour cette parole-là.

Nicole Guey — Je trouve que c'est intéressant d'en parler comme ça. Miller dans son texte dit ça : « L'assistance dans son attente est toujours déçue ». Je crois que cette déception, c'est un point important. Nous avons fait une présentation de malade en Chine. On voit bien que ce n'est pas évident. Au début ces personnes, avec qui on travaillait, disaient en rapport avec le patient : « Qu'est-ce qu'on doit faire ? Comment on doit répondre ? Expliquez-nous ». On a fait les présentations de malade. Dans le fond, on ne sait pas ce qu'ils ont saisi, mais à la fin ils nous ont dit qu'ils avaient saisi quelque chose. Et bien voilà ! Je trouve qu'il y a quelque chose, peut-être, qu'on ne saisit pas exactement. Mais il y a un effet. On n'est pas là pour transmettre notre position et il y a peut-être autre chose à transmettre.

Bruno Miani — La présentation de malade, même dans une institution, est toujours dans une certaine rupture avec celle-ci, même si l'institution l'accueille de la façon la plus chaleureuse. Nécessairement il y a une rupture, ne serait-ce que parce que la présentation de malade « ça ne sert à rien », ça ne sert à rien, du moins sur le plan d'un effet thérapeutique immédiat. Après, qu'il y ait des effets, Jacqueline Dhéret a pu en témoigner, mais en tout cas il n'y a pas une volonté de produire un effet.

Sylvette Perazzi — Il y a une participation du dispositif. Les soignants qui assistent à une présentation de malade, assistent et voient quelqu'un écouter quelqu'un d'autre. Ce n'est quand même pas la place où ils sont habituellement, ça. Ce n'est pas ce qu'ils font toute la sainte journée. Dans leur journée, eux, ils essaient d'écouter les patients, ce qui est déjà très louable. Mais voir quelqu'un s'entretenir avec ceux-ci, c'est une position très particulière, très spécifique. Les détracteurs de la présentation de malade les taxent de voyeurs. Qu'est-ce que vous faites là à regarder ce qui se passe ? Mais il ne s'agit pas de regarder, il ne s'agit pas de montrer, justement ! Si la présentation était dans la monstration, ce serait effectivement obscène. On est dans l'entretien. On est dans l'écoute. Ce n'est pas pareil, ce n'est pas du même registre du tout, et le fait d'y participer est différent.

Bruno Miani — Quand Lacan dit : « Ça consiste à les écouter tout simplement », c'est déjà formidable.

Hervé Castanet — Nicole Guey fait ressurgir la Chine, puisque nous y étions avec notre ami Jean-Louis Gault. Nous avons fait tous les jours des présentations de malade dans un hôpital psychiatrique, dans une petite ville de neuf millions d'habitants, sur la mer de Chine, avec, effectivement, trois heures de discussion sur les cas. Et là, ce fut notre plus grande difficulté : nous avons demandé à la traductrice de ne pas interpréter ce qui nous était dit, mais de reprendre au plus près ce qui se formulait. J'ai aussi une petite expérience de présentation de malade faite en Italie, où très vite, j'ai demandé à ce qu'on ne me traduise plus rien. Je connais suffisamment pour me débrouiller. On s'aperçoit alors, que la présentation de malade doit être à la lettre, et que, justement quand il y a une traduction, on essaie quand même d'affiner, de faire comprendre. Il y a quelque chose qui

se perd. En Italie, il n'y a plus de psychiatrie dans les institutions et nos collègues qui organisent des présentations de malade dans ces institutions nous disent depuis, que ça prend d'autres formes. On s'aperçoit qu'il faut vraiment prendre les choses au pied de la lettre, et en Chine, on a fait cette expérience. Ce qu'on pourrait dire, c'est que rien n'est plus proche d'un schizophrène de Gap, qu'un schizophrène de Pékin ou de Shanghai, ou d'Italie. C'est tout de même intéressant de voir comment, ensuite, ça s'élaborait... Ce fut tout de même une preuve, une démonstration qui se faisait. Jean-Louis Gault a passé 10 jours à ne faire que ça toute la journée. Avec lui, on a eu la preuve qu'au fond, l'axe était de dégager un point de structure, y compris la dimension de diagnostic quand c'était nécessaire. Nous avons cette transmission que nous avons pu opérer. C'est qu'en prenant ce que dit le patient au pied de la lettre, on s'aperçoit que nos concepts tiennent à peu près la route, y compris dans d'autres cultures, dans d'autres langues, avec d'autres repères, et que l'on n'est pas aussi dépaycé que ça.

Jacques Ruff — C'est extraordinaire de penser qu'une présentation de malade se fait avec quelqu'un qu'on ne comprend pas du tout. Là, ce n'est pas seulement le malentendu, c'est ne pas connaître sa langue du tout.

Dans le public — Je travaille à Digne. La présentation de malade a un effet. Elle nous a permis de redonner leur place à des patients, des patients très chronicisés.

Dans le public — Avec des patients, où tous les traitements s'épuisent, les médecins parfois s'épuisent aussi. Ces patients, la présentation de malade, par la prise de parole les remet à une place, à une place un peu en première ligne. On retravaille sur cette présentation, on réfléchit, on réajuste certaines choses et ils reprennent leur place, vraiment. C'est important pour eux.

Bruno Miani — Donc, leur redonner une place à partir de la parole qu'on leur offre au cours de la présentation de malade.

Dans le public — Tout a fait.

Martine Revel — Que le patient soit chinois, italien ou français, on se rend compte que c'est une langue étrangère chaque fois. Et on s'en rend compte surtout au niveau de la transcription. Où là, effectivement, surtout quand on prend des notes et pas quand on a un enregistrement, on est toujours tenté de traduire, et effectivement de se dire: « là, il manque un sujet, là il manque un complément, là, c'est impossible qu'il ait dit ça, je vais arranger la phrase ». Vraiment, il y a tout un travail, pour nous, pour les transcripteurs, tout un travail de perte, un travail de consentement à la langue de l'autre.

Bruno Miani — Je voudrais donner la parole aux transcripteurs... J'avais fait un sondage auprès d'eux... S'ils voulaient participer, envoyer des questions à ce sujet, des remarques par rapport à leur travail de mise en écrit de ce qu'ils avaient entendu. Il y a eu des réponses. Il y a un point qui revient constamment : l'écart qu'il peut y avoir entre ce qu'ils entendent et ce qu'ils écrivent, entre ce qu'ils entendent et ce qu'ils comprennent. Justine Desbouvrie a un très joli mot là-dessus : « J'ai toujours la tentation de réparer le sens quand celui-ci fait défaut ». Réparatrice de sens. Elle saisit quelque chose de cet écart entre ce qu'elle a pu entendre et ce qui est, au fond, ce qu'elle a pu comprendre. Cet écart là souvent est perdu. Comment le préserver, c'est la question que

j'ai posée aux transcripteurs : comment faites-vous pour préserver cet écart entre ce que vous avez entendu et ce que vous avez compris ?

Isabelle Fragiacomio — Du coup, je trouve que c'est ça qu'amène l'enregistrement en plus. Parce que ça nous oblige à ne pas risquer d'aller du côté d'une réparation du sens, d'en rajouter sur ce qu'on a entendu et, en fait, on se rend compte que ce n'est pas ce qui a été dit. Ça fait deux ans que je travaille sur les transcriptions, donc à partir des notes, puis complétées par l'enregistrement et je trouve que c'est extrêmement formateur, tant du point de vue de ce que dit le patient mais aussi de la manière dont intervient l'analyste dans cette affaire là. Je trouve qu'il y a un effet formateur pour moi en tant que clinicienne.

Hervé Castanet — Juste une mise en garde pour chacun d'entre nous : il ne faudrait pas que l'on s'imagine que la version enregistrée, c'est le vrai du vrai. Il faut faire très attention. Comme si en quelque sorte la parole du patient était enfin objectivée dans l'enregistrement sonore qui vaudrait pour preuve de sa position. Alors le risque, évidemment, c'est de rajouter du sens, c'est-à-dire de névrotiser généralement le texte. Mais je crois que l'autre risque, c'est d'imaginer qu'il y aurait une transcription qui serait absolument totale de l'affaire. La dimension de l'écoute analytique, c'est d'accepter que même si tout est écrit, même si tout est enregistré, même si c'est filmé, même si on avait la 3D, il y a quand même quelque chose qui ne se saisit pas et qui fait le propre de notre écoute. Donc, on peut se demander, chère Isabelle, si là où vous pensez que vous vous formez, on ne pourrait pas espérer que vous vous déformiez.

Jacques Ruff — Bon, c'était la question du malentendu. On n'entendra jamais, il n'y aura jamais de communication, c'est la déception.

Bernadette Delobel — Je fais partie de l'équipe de retranscription de Digne. On a peu d'expérience, puisqu'on en est qu'à la deuxième, et qu'il n'y en a qu'une qui a fait l'objet d'un retour sur l'équipe. Mais je voudrais parler d'un point : tout ce qui est hors du discours, et hors de l'enregistrement justement, qu'on essaye aussi de saisir... On a eu un certain débat, y compris dans l'équipe sur ce qui s'est produit lors d'une de mes transcriptions : j'avais noté par exemple « tremblements ». Dans l'après-coup, on s'est demandé qu'est-ce que c'était. Est-ce que c'était quelque chose qui échappait au patient ou est-ce que c'était quelque chose de délibéré pour attraper l'autre. C'est un peu le débat qui est arrivé par la suite. Voilà, c'est la difficulté de saisir tout ce qui est de l'ordre corporel, à la fois de la part de l'analyste et aussi du patient. Qu'est-ce qui se joue dans l'intervalle qui n'est pas du dit mais aussi du corporel et comment ? Martine Revel avait un point de vue juste : « c'était une forme d'interprétation » là où j'avais mis « tremblements », et ce n'en était pas forcément. Il y a eu toute une discussion qui s'est organisée autour de ça, et elle est restée ouverte.

Alain Revel — A propos du temps de la discussion : c'est très formateur si on le prend du côté des participants de la Section clinique. C'est quand même le moment de la construction pour chacun, c'est le moment où peut se déduire ce qui s'est passé... repérer les mouvements identificatoires. C'est aussi le moment où les enseignants, justement à partir des constructions qu'ils ont proposées, interviennent aussi, là, très concrètement, pour défaire un petit peu des choses qui pourraient se produire par rapport à la façon dont on pourrait appréhender et construire le cas. C'est très formateur pour les participants de la Section clinique. Il y a là un exercice inédit.

3. Conclusion - François Leguil

Je veux bien essayer de répondre à la question qu'avait posé Hervé Castanet tout à l'heure : qu'est-ce que peut être la psychanalyse qui inclut la présentation ? Je voudrais dire des choses toutes simples.

C'est d'abord une psychanalyse qui cherche tout de même à se garder du danger de l'imposture. Au fond David Halfon propose de poser la présentation comme un réel moment d'évaluation. C'est un mot qui n'est pas tout à fait en odeur de sainteté chez nous, mais il y a, quand même, quelque chose de ça dans la présentation. Là, il faut évaluer ce que les psychanalystes savent faire.

Il y a également le fait que l'on est incapable d'enseigner, de transmettre quoi que ce soit de la psychanalyse sans une considération à ce que Lacan a appelé l'objet *a*. C'est-à-dire sans ce que l'on vient d'appeler l'ordre corporel, c'est-à-dire sans la présence des corps. Il ne faut pas oublier que sur ce plan là, la psychanalyse s'oppose à l'évolution de la science qui destitue le sujet. Pour Lacan la destitution du sujet par la science, ce n'est pas la destitution du malade. C'est la destitution du savant, et effectivement les médecins disent qu'avec la science, le corps du malade a disparu. Ça, je crois bien qu'à aucune époque, il n'y ait eu aucun malade qui ait pensé que son corps, lorsqu'il est malade, disparaît. C'est le corps du médecin qui disparaît, c'est le corps du clinicien, c'est-à-dire que maintenant, on peut effectivement opérer de Strasbourg une tumeur à Boston, puisque, je crois que c'est ce qui ce s'est passé, curieusement dans ce sens là, ce n'est pas les bostoniens qui ont opéré un strasbourgeois, mais le contraire. C'est quand même l'idéal de la clinique comportementaliste. ... Quelqu'un, un jour, me demande - quelqu'un qui a un déclenchement d'une agoraphobie extraordinaire dans sa vie - il me demande effectivement de lui faire un traitement cognitivo-comportemental. Je lui dis que je ne sais pas et il me dit : « oui, mais vous devez absolument m'indiquer qui peut le faire ». Et sur un ton où le diagnostic de structure ne faisait pas l'ombre d'un doute. Je l'ai envoyé au meilleur lieu, c'est-à-dire dans un grand laboratoire parisien de thérapies cognitivo-comportementalistes. On lui a demandé son adresse et on lui a envoyé un bouquin. On lui a envoyé un bouquin pour qu'il se traite !. C'est le traitement sans traitant si je puis dire. C'est l'idéal de la science qu'il n'y ait plus que des traités, que les traitants soient des machines...ou des livres, mais en tout cas, pas un corps. Nous, on constate, qu'on ne peut rien transmettre de la psychanalyse, s'il n'y a pas un engagement du corps du psychanalyste.

Jacques-Alain Miller a évoqué au début de son cours cette année - une opposition entre la clinique et la psychanalyse. Je trouve ça passionnant parce qu'on pourrait dire que la présentation, c'est la clinique analytique, c'est la clinique orientée par la psychanalyse.. Il me semble que ce que propose Jacques -Alain Miller, c'est de considérer que ce qui se passe dans une analyse, dans l'aventure d'une analyse, ça se prête assez peu à la coupe clinique. Ça se prête assez peu à une évaluation du tableau clinique. Pourrait-on accepter de dire que dans la présentation de malade, les psychanalystes font la preuve qu'ils ne sont pas des imposteurs ? Au niveau, non pas de leur position de clinicien, mais au niveau de leur capacité de s'affronter à cette position, ne serait ce que pour la démentir.

Un autre point aussi qui permet de comprendre ce que sont les présentations c'est un binaire que l'on trouve dans le cours de Jacques -Alain Miller et que je trouve plus

astucieux que chez Alain Badiou quand il oppose l'être et l'évènement. Jacques -Alain Miller propose d'opposer l'évènement et le savoir. Il y a le savoir et il y a l'évènement. Ce n'est pas la même chose. Et la présentation, ça s'inscrit dans cette coupure entre l'évènement et le savoir. On pourrait proposer à ce moment là, que la présentation, c'est l'évènement qui serait à la clinique ce que l'acte serait au discours analytique. Il est évident que ça nous interroge beaucoup aujourd'hui sur ce qu'est la place de la présentation par rapport au discours analytique.

Je dois dire que j'aurais une hypothèse assez simple : j'exploiterai pour cela, un article de Miller qu'il avait prononcé à Rome, je crois en 74. C'était «*Lacan et les quatre discours*». Il parlait dans cet article de Lacan comme maître, Lacan comme universitaire, Lacan comme hystérique, Lacan comme analyste. Il me semble que – supprimons le terme de présentateur, et employons celui de praticien - le praticien de la présentation, au titre de la psychanalyse, doit faire la preuve qu'il est capable de soutenir la place du maître, la place de l'universitaire, la place de l'hystérique et la place de l'analyste. Pour, à chaque fois, apporter le petit écart et la subversion.

La place du maître a été bien représentée par deux courants dans la psychiatrie. Ce sont les psychiatres qui ont inventé la présentation de malade. Les deux positions du maître dans la présentation psychiatrique, se posaient de la façon suivante : le praticien dans la présentation ne doit en savoir que le minimum sur le patient et c'est la présentation clinique comme épreuve de candidature au concours. On a tous fait ça : on nous fait plancher, on ne sait rien et on se débrouille. Cette position est représentée par le courant d'Adolf Meyer, psychiatre d'origine suisse et qui va fonder la psychiatrie américaine. Dès qu'il y avait quelqu'un qui voulait faire psychiatrie, il le mettait dans un amphithéâtre, il appelait tout son service et il lui adressait le patient le plus dangereux. Si le type était capable de parler pendant deux heures avec le patient, il l'embauchait. C'était vraiment le dompteur de lion, l'exploit. C'est un idéal du maître. C'est-à-dire qu'on arrive sur le terrain, on voit le champ, on intervient et sans même savoir, on se montre capable de prouver qu'on sait se débrouiller. Et puis, il y a l'autre position, celle de Clérambault, qui disaient des patients qu'il voulait les recevoir le matin même du lendemain de leur arrivée : «*Je les veux vierges*». C'est-à-dire que je ne veux rien savoir d'eux, mais surtout je veux que, eux ne sachent rien de ce qui se passe quand on rencontre un psy. C'est intéressant parce que Lacan, lorsqu'il montre ce qu'il a appris des présentations, c'est exactement construit comme le contraire de ça. Qu'est-ce qu'il dit de la *petite jeune femme qui revient de chez le charcutier* ? C'est qu'il est le dixième à la présenter. Il dit - il y a une phrase quelque part dans les écrits, ce qu'il dit plus crûment dans le séminaire - c'est qu'elle commence à en avoir assez. Et c'est là où l'on pense qu'il en sait le plus, à la fin de la présentation, qu'apparaît la surprise : «*Je reviens de chez le charcutier*». C'est-à-dire qu'à cette place dans le rapport au savoir que le maître a institué de façon précise, Lacan montre exactement l'inverse.

La présentation comme universitaire, c'est d'abord pour nous un organe de transmission. Je veux dire que c'est avec ça que l'on veut prouver qu'on est capable de chercher quelque chose et en le cherchant d'enseigner effectivement un mode d'intervention. Et là aussi, on veut se distinguer de façon très sensible de l'universitaire. L'universitaire, c'est quelqu'un qui doit montrer qu'il sait y faire avec le savoir, soit en position de correcteur, d'examineur, soit en position d'expert. Lacan assumait en partie cette position. Il pouvait dire à un jeune médecin : «*Ce que vous avez appelé automatisme mental, ce n'est pas cela*». De même, il pouvait lors d'une présentation, dire : «*J'ai un peu de retard, je*

suis allé chez un tel ou un tel qui voulait mon avis sur un patient ». On ne peut pas renoncer à cette position d'expertise ou de correction. Il y a à assumer le rôle de l'enseignant dans ces présentations.

Mais, là aussi, on se distingue : l'archétype de la présentation nous vient de la médecine, c'est ce qui s'appelle la visite au lit du malade. Qu'est-ce que fait le patron au cours de ces présentations ? Il témoigne qu'il est capable d'élever un phénomène à la dignité du signe. Et d'une certaine manière, c'est quelque chose comme le trajet inverse qui se joue dans nos présentations : ce n'est pas la constitution d'un tableau que nous devons enseigner, mais une clinique de la rencontre et du dialogue.

Dans *la présentation comme hystérique*, c'est évident : il y a un côté théâtral. Je ne clos jamais une présentation sans que ne me vienne la question : m'y suis-je bien pris ? Quand on présente un malade, il y a un côté : être en représentation, en représentation de l'annulation de soi. Il y a un moment où on va essayer de rendre représentable ce qu'est l'annulation de soi, du « clinicien », dans la clinique. Il y a également une façon d'interroger le fou comme maître, comme S1 et de lui montrer, de la façon la plus socratique, que comme S1, il peut produire du S2. Là, il y a quelque chose dans la présentation de malade qui supporte avec bénéfice l'écriture du discours hystérique. Du côté de l'hystérie encore, il s'agit d'interroger le patient comme maître, parce que « il a vécu ce que il a vécu ». Nous savons que « tu as été témoin et martyr et peut-être que tu pourrais être autre chose ». Enfin, le discours de l'hystérique, c'est au nom de la science. C'est au nom de la science, de son « obéienc » selon la belle formule de Lacan, que nous pouvons dire aux psychiatres : « Avec votre DSM, vous vous trompez complètement. Vous étiez beaucoup mieux orientés avec les études d'Henri Ey . Parce que nous avons effectivement une façon d'interroger le sujet qui fait que nous sommes sûrs que vraiment vous êtes au plus loin de la science ».

Je ne vais pas tellement présenter le présentateur *comme analyste*, sujet acceptant de se faire semblant d'objet de l'autre. Bruno Miani l'a plutôt bien dit ce matin et dans son texte. Il est également important de souligner ce que Lacan peut dire de la résistance : la résistance du psychanalysé, c'est la résistance du psychanalyste. On peut dire ça de la réticence : la réticence du malade, c'est la conception de celui qui l'interroge qui en est souvent responsable, et on en revient à la grande séparation de Lacan avec la psychiatrie et avec Clérambault, puisque là aussi, c'est une séparation incarnée. Même s'il admirait Clérambault, il s'est séparé de lui, il s'est opposé à lui, - je crois que c'est page 213 de sa thèse - quand il critique les modes d'interrogatoire de Clérambault. Il propose de deviser à bâtons rompus, c'est-à-dire de proposer que l'analyste aille dans sa présentation sans aucun à priori, c'est ce que dit Marc Lévy. Il y va suspendant son savoir sur ce qu'est la psychose, son savoir sur ce qu'est la névrose. Là, c'est quand même l'éthique freudienne : à chaque séance, c'est nouveau. A chaque séance, rien ne se compare une fois sur l'autre. Et c'est tout de même une façon - Hervé Castanet a développé cela tout à l'heure - c'est une façon de situer le savoir dans la présentation. Le savoir que l'on fait apparaître, c'est uniquement dans l'aperçu. C'est de l'ordre de la fulgurance. C'est un peu le statut du savoir dans le discours analytique. Ça apparaît comme une vérité dans un battement.

La présentation est un moment où l'analyste consent en public à se confronter à tous les discours. Pas pour les vouer aux gémonies mais pour montrer que ce sont des formes du lien social dont il doit dire quelque chose et dont il doit faire quelque chose.

On voit à un moment donné comment le psychanalyste peut rappeler dans une présentation, par exemple comme ce matin, que c'est un malade grave. Le psychanalyste

peut effectivement dire au psychiatre, à partir de sa pratique des présentations : « Votre neuroleptique, pour les passages à l'acte, c'est moins bien que tel autre..

Le psychanalyste peut avec sa pratique de présentations avoir un avis, médecin ou pas, avoir un avis expérimenté sur les prescriptions. Il peut par exemple tout à fait après une présentation conseiller à un psychiatre de baisser les antidépresseurs et d'augmenter les neuroleptiques. Là, la présentation est l'exercice où l'analyste montre qu'il se confronte aux discours, dans une considération prudente et instruite certes, mais sans fausse pudeur.