

LA QUESTION DE LA PRESENTATION DES CAS CLINIQUES SOMATIQUES

Intervention du mercredi 9 janvier 2002 dans le cadre du séminaire du Docteur Houchang Guilyardi « Praticiens du Symbolique et du Réel »

Jacques SALIBA *

H. G :

Donc Jacques Saliba va nous faire un point lui aussi fondamental sur la présentation clinique, qu'on l'appelle « entretien clinique », « présentation de malade » qui navigue entre la présentation médicale, présentation psychiatrique et - est-ce qu'on peut parler de « présentation analytique » ? - qui navigue entre le lieu de démonstration, d'observation, de lieu de maîtrise, de manipulation, de suggestion. Il y a des circuits religieux, qu'ils soient exotiques, qu'ils soient plus proches, où les adeptes se retrouvent exactement dans la même situation que par exemple les patients de Charcot : l'imposition des mains les fait immédiatement tomber dans un état cataleptique ; choses qui se passent à l'heure actuelle encore ; Charcot lui n'était pas dans la religion, à moins que ce ne soit la religion de la science et il arrivait à des présentations tout à fait (...). Là-dedans, il est donc très difficile de nous repérer, c'est très facilement choquant et certains considèrent que la présentation clinique est une abjection... A nous de voir ce qui peut à la fois conduire à une avancée pour chacun c'est-à-dire les patients et nous-mêmes et permettre la circulation dans des circuits symboliques...

J. S. :

Je ne tiendrai ni un discours universitaire, ni une réflexion clinique sur le thème de ce que l'on appelle, en médecine, *la présentation de malade*. Je partirai plutôt de l'expérience que nous en avons, dans ce séminaire à la Salpêtrière, afin de pointer les problèmes que cette pratique soulève au regard de la psychanalyse. La question de poursuivre ce type d'enseignement dans une perspective de formation ou de recherche est posée. Certains, ici, paraissent être contre, d'autres, pour ! J'ai,

donc, jeté sur le papier les premiers éléments d'une réflexion, que je n'ai pas eu le temps d'élaborer, mais qui, à mon avis, doit être poursuivie. En introduisant le débat, je ne fais que le premier pas.

Il n'existe pas, du moins à ma connaissance, de théories sur *la présentation de malade*. Pratiquement personne, analyste ou médecin, n'a écrit sur ce sujet. Que signifie, en effet, travailler la clinique analytique en partant d'une personne, un Sujet donc, qui, à l'appui de symptômes organiques, se présente devant un public de non médecins ?

Certains connaissent peut être la nouvelle de David Garnet, "A Man in the Zoo".

Un homme se promène au zoo avec sa petite amie. Il « s'engueule » avec elle et rentre chez lui tellement perturbé et bouleversé qu'il écrit au directeur du zoo afin de lui proposer, comme il dit « un nouveau spécimen d'animal ! ». Il se présente donc, le lendemain, dans l'établissement pour être mis en cage. Sur le panneau est inscrit "homos sapiens, ce spécimen a été offert par John Cromanti. On est prié de ne pas irriter l'homme par des remarques personnelles". C'est bien un homme qui s'expose au regard des autres hommes !

Un des problèmes essentiels de *la présentation de malade* est qu'un patient, du moins défini comme tel, se soumet, en tant que « cas », au regard. Chacun, écoutant ou observant celui qui s'expose, est, ainsi, en mesure de lire quelque chose de lui-même.

Percevoir des éléments de son vécu et de son expérience est, déjà, un des premiers aspects du malaise que l'on ressent lors de *la présentation de malade*... On a vu, ici même, lors des discussions, que chacun puisait ses exemples dans ce qui, dans l'attitude et les propos du malade, l'avait le plus dérangé. Il est vrai que

*Jacques SALIBA, Sociologue, Maître de Conférences à l'Université PARIS X Nanterre

ce dernier parle davantage de son histoire que de sa maladie ! Disons plutôt de ce que sa maladie lui fait associer de cette histoire. Récit reconstruit, mais, autour d'une réalité du corps. Si un sujet s'expose au regard d'autres, il ne s'en distingue que par un état de maladie et un statut de malade. Or, il y a du fondamentalement commun dans la différence ! Fait que tout anthropologue, sur le terrain, expérimente. D'ailleurs, mon discours se situera surtout sur le plan anthropologique. *La présentation de malade* n'est pas une situation analytique, même si les concepts ou l'expérience de l'analyse servent d'appui à l'interprétation. Se met, ici, en scène une réalité inter humaine que connaît tout anthropologue sur le terrain. Ce type d'interaction présente un sujet qui conduit ses symptômes organiques dans un discours qui va au-delà de celui du diagnostic des médecins. Il les exprime avec la vision et les mots de sa culture, y mêlant la singularité d'une histoire.

Mais, l'APM, qui interroge la médecine du lieu de la psychanalyse, ne se met-elle pas avec *la présentation de malade* dans une situation paradoxale ? Ne s'appuie-t-elle pas, pour ce faire, sur ce qui est au cœur même de la transmission et de l'enseignement de la médecine, tout au moins dans ses aspects cliniques ? Comment, donc, construire ou mettre en valeur la différence et la spécificité de la psychanalyse ?

Voyons, donc, dans un esprit de comparaison, comment se déroule le rituel de *la présentation de malade* ? En effet, toute pratique qui se maintient dans le temps met en œuvre une routine qui fait office de rituel ! Ainsi, dans un premier temps, un médecin vient nous parler, en clinicien, du cas médical (si ce n'est un médecin en personne, le cas est présenté dans le cadre technique de ce langage). Il ne s'agit, ici, naturellement que d'un discours sur la maladie et du savoir, certes aléatoire, que la médecine, ou un simple médecin, peut, à un moment donné, en avoir. Cette dernière, en effet, inscrit son action sur un objet : " la maladie ". Objet, qu'il lui appartient d'arracher au sens commun, puis, de spécifier et de construire, afin de mieux le définir et le traiter. Il en est ainsi de toute pratique qui s'inscrit, en tant que

discipline, sous l'égide de la science. Il n'y a pas, en effet, de savoir de type scientifique ou technique sans objet, c'est à dire sans délimitation d'un champ d'intervention et d'actualisation d'une méthode. Par la médecine, la maladie entre, donc, dans une sphère de réalité spécifiée et ceci, dans un contexte culturellement défini et tout au long d'une histoire « épistémique » et institutionnelle. Pour le commun des mortels la maladie continue, cependant, à ne pas être détachée de l'ensemble des malheurs, organiques, sociaux, psychiques... qui traversent son existence. Inclus dans ce procès savant de construction, le malade en fait intégralement partie. En effet, pour faire de sa maladie, une réalité autonome, l'institution médicale, lui donne un statut particulier. Elle le produit dans le statut de quelqu'un qui, dépourvu du savoir sur ses symptômes, est dépendant de connaissances extérieures, c'est à dire de celles des professionnels. Ces derniers, partant des symptômes, cherchent à repérer les signes qui font signification au regard du corpus textuel ou d'expérience qui sont les leurs ; ceci à un moment donné de l'histoire de leur discipline et de leur spécialité. Pris dans une chaîne de signes, qui pourraient être à la limite infinis, les symptômes prennent, par le diagnostic, une configuration particulière pour devenir une maladie précise et nommée. Le diagnostic interrompant la chaîne discursive des signes, oriente, ainsi, le mode d'intervention thérapeutique. Mais, pour mener son investigation, le médecin doit interroger le malade. Il traduit, alors, la description qu'en fait ce dernier, avec les mots et l'interprétation qui sont les siens, dans le langage ésotérique de sa discipline. Seul le médecin est en mesure de connaître les limites de son savoir et celui de sa spécialité. Son raisonnement ne peut être que probabiliste. D'où sa prudence sur le cas présenté et sur son déroulement. Combien de pronostics du type : « il est au bout du rouleau... Il n'en a plus pour longtemps... » se sont trouvés infirmés. Nous en avons eu la preuve, ici même ! Alors que le médecin a été formé à gérer l'incertitude de son savoir face à un patient, ce dernier au contraire, fonctionne dans un esprit de déterminisme absolu. Pour

lui, la cause de sa maladie est unique, soit seul ou en conformité avec la culture de son entourage, il s'en fait une idée, soit il décharge sur le médecin la responsabilité de la certitude. Là, réside un des principaux malentendus de la relation soignante !

Qu'en est-il de l'interrogation de la psychanalyse sur cette question ? Que faire avec la *présentation de malade* ? Est-ce une présentation clinique ? Quel sens prend-elle dans le cadre de l'Analyse ? Faut-il en garder le terme ?

Si cette interrogation est légitime pour un psychanalyste, elle n'est en aucun cas une position médicale. Hormis dans les groupes Balint, le médecin, centré sur le savoir des maladies, n'est pas dans la nécessité d'interroger sa pratique. Le psychanalyste, lui, ne peut en faire l'économie. Son acte n'a de sens que parce qu'il est partie intégrante du questionnement. En quoi est-il spécifique ? Comment le maintenir, à chaque fois, dans l'identité de la psychanalyse ? Une cure de la parole et par la parole ne peut être possible que par l'inscription de l'interaction, donc du transfert, dans le cadre d'une règle, référence du Symbolique. La clinique des formations de l'inconscient ne peut être dissociée d'une théorisation de la pratique, de ce qu'elle révèle et de ce qu'elle met en œuvre. La psychanalyse est, à ce titre, une praxis. Elle ne construit pas un savoir sur un objet qui serait extérieur à sa propre pratique. Seul l'acte, dans le cadre de la cure, est fondateur de son objet. Parler de praxis, revient à rejeter l'introspection pour inscrire la pratique dans toute une histoire qui, depuis ses origines, cherche à préserver une spécificité. Devant les multiples formes possibles de prise en charge des symptômes, l'acte analytique, lui, interroge toute la psychanalyse, tant ses expériences que ses théories. Cette particularité se heurte à la médecine, qui participe, elle, du modèle culturellement dominant de l'utilitarisme pragmatiste. La réponse à une demande de service et l'évaluation du résultat l'emportent sur le questionnement éthique.

Par cette interrogation sur son acte, le psychanalyste témoigne de son ouverture et de sa sensibilité aux formations de l'inconscient. Il

défend une conception, non linéaire, de l'histoire du Sujet. Celui-ci est pris dans une dialectique du temps qui ne peut dissocier l'avenir d'un passé où s'éprouvent désir, affects et fantasmes. Problématique du Sujet, donc, qui, depuis la publication de « Science des rêves » déplace la position du savoir. Freud en fait un acteur essentiel, au point que seul le sujet du rêve est à même d'en produire le sens. L'inconscient participe, donc, d'une temporalité spécifique qui place le Sujet dans la position d'être détenteur d'un savoir qu'il ne sait pas qu'il possède. Pris dans cette réalité aliénante, il se tourne vers les connaissances extérieures qui inscrivent leur objectivité dans la mesure, pour chercher une vérité à ses symptômes.

La psychanalyse, elle, au contraire, parle d'éthique. En voulant fonder une éthique du Sujet, elle se démarque de la médecine. Il s'agit toujours, pour elle, de soutenir, au-delà de la demande du patient et des réponses du champ social, la singularité de son discours et de son désir.

La médecine, forte de sa légitimité scientifique et de sa rigueur d'investigation ou d'intervention, a un fonctionnement inverse. Elle répond à une demande du patient en mobilisant l'efficacité d'un savoir instrumental. Dans le même mouvement, elle met en acte une violence symbolique. Cette dernière est d'autant plus opérante, qu'à la différence de la violence physique ou matérielle, elle ne se présente jamais comme violence. Elle ne suscite, ainsi, ni défense ni résistance. La soumission à celui qui est détenteur d'un titre ou d'un savoir en est une bonne illustration. Même si ce dernier légitime son activité en la mettant au service de valeurs de Bien Etre. Soumission d'autant plus possible, qu'elle s'inscrit dans un système utilitariste qui cherche à gérer rationnellement le patient en appliquant à son corps des raisonnements et des savoirs techniques. Rarement est prise en compte la culture propre, au sens anthropologique, du patient. Son discours est considéré comme méconnaissance. Sa gêne « je me permets de... » et la manière dont il est remis à sa place lorsque, en tant que profane, il

s'autorise à utiliser des termes médicaux pour exposer son problème, l'illustrent bien.

La consultation est définie comme un espace institué où les positions réciproques du soignant et du soigné sont clairement définies et ne supportent pas d'être transgressées. L'acte médical suppose, toujours, implicitement, pour produire son efficace, que le patient soit, pour un temps, dépossédé de son corps. Pour un soignant, mener un « interrogatoire » exige de sélectionner ce qui, dans les réponses du soigné, freine la recherche des signes qui vont éclairer le diagnostic. Le malade, lui, en exprimant ses symptômes par les mots qui sont les siens ne peut que gêner à la mise en place d'une communication qui cherche l'efficacité dans un type de rationalité. Le but du médecin n'est pas d'être à l'écoute des signifiants, mais de mettre ordre et clarté dans le langage du patient. Il lui revient d'apporter la réponse la plus adéquate, donc, matériellement la plus rationnelle, au problème de son client. A l'égard de la souffrance, médecine et psychanalyse sont dans une position opposée.

La présentation de malade participe, donc, d'un travail interne à la médecine, qui s'inscrit à un moment donné de l'histoire de cette discipline. C'est-à-dire à l'époque de l'émergence de la clinique, telle que l'a admirablement analysé Michel Foucault¹. Clinique, d'ailleurs, qui n'est plus l'élément dominant dans la médecine actuelle. On peut la définir comme mode particulier d'acquisition et de mise en œuvre du savoir médical, qui s'est imposé, à l'époque des Lumières, grâce à l'action du politique. Chaque savoir, selon Foucault, s'inscrit dans un espace où s'affrontent des concurrences et des luttes de pouvoir. En asseyant, au XIII^e siècle, leur domination dans l'hôpital, les médecins cliniciens introduisent dans la médecine l'investigation clinique.

L'acte clinique a pour particularité d'inscrire la compétence professionnelle dans la personne même du médecin. Savoir des sens, donc, où l'ouïe côtoie la vue, l'odorat et le palper. Chaque clinicien rivalise de dextérité pour

poser, grâce à son expérience et à son « art » le bon diagnostic. Véritable travail artisanal qui est corrélé aux qualités de celui qui l'exerce. Le clinicien acquiert son savoir au contact des malades. Sa formation suppose l'enseignement des maladies et des signes qu'il faut apprendre à sentir, à repérer et à décrypter au lit même du patient. Véritable apprentissage, où se côtoient sa propre expérience et celle acquise auprès de Maîtres. Plus ces derniers sont performants plus l'élève peut devenir un bon clinicien. La relation maître/élève reste très personnalisée. Elle se définit par l'appartenance à une Ecole et la cooptation reste un des modes de recrutement essentiel. Maître et Elève constituent un couple où se partagent, de manière charismatique, protection et autorité, reconnaissance et soumission.

La présentation de malade occupe une place centrale dans la transmission et l'enseignement. C'est le lieu et le moment où le Maître commente le cas devant ses Elèves. Certes, la personne du malade disparaît derrière le cas. Elle n'en est que le support. Le malade n'est que le subjectile d'un texte adressé à d'autres que lui-même. Ce n'est pas son histoire qui fait enseignement, mais son « cas ». Il offre son corps à la production du savoir. Espérant, dans la logique du don et du contre don, pouvoir bénéficier, ou le faire pour d'autres, des avancées de ce savoir.

A la différence de la médecine, la psychanalyse, elle, ne peut faire l'économie d'interroger ce qui est mis en scène dans *la présentation de malade* et surtout la place qui est concédée à ce dernier. Question d'éthique ? Certes, mais aussi position différente qu'occupe tout Sujet défini comme être de parole. L'attitude à observer dans cette situation d'écoute et d'observation devient fondamentale. Dans cet espace de don et de contre don, le problème de la dette et de son paiement symbolique est au cœur de la situation.

¹ Foucault M. « Naissance de la clinique », Paris, PUF, 1963.