DES PRÉSENTATIONS CLINIQUES AU SEIN D'UN SERVICE HOSPITALIER. DES EFFETS À REPÉRER ?

Auteur : Sébastien Vallet

Date de parution : 13 septembre 2021

Article disponible en ligne à l'adresse :
https://www.tupeuxsavoir.fr/publication/des-presentations-cliniques-au-sein-dun-service-hospitalier-des-effets-a-reperer/

Référence :
Sébastien Vallet, Des présentations cliniques au sein d'un service hospitalier. Des effets à repérer ?, in *Revue Tupeuxsavoir* [en ligne], publié le 13 septembre 2021. Consulté le 7 mai 2024 sur
https://www.tupeuxsavoir.fr/publication/des-presentations-cliniques-au-sein-dun-service-hospitalier-des-effets-a-reperer/

Distribution électronique pour tupeuxsavoir.fr. Tous droits réservés pour tous pays. Il est interdit, sauf accord préalable et écrit de l'éditeur , de reproduire (notamment par photocopie) partiellement ou totalement le présent article, de le stocker dans une banque de données ou de le communiquer au public sous quelque forme et de quelque manière que ce soit.

Des présentations cliniques au sein d’un service hospitalier. Des effets à repérer ?

Je me suis tout d’abord questionné sur la façon dont j’allais traiter cette question, du problème posé que sont les effets supposés d’une présentation clinique. Parce que ça n’est pas certain qu’il y en ai des effets. De garantie, il n’en existe jamais. Pas davantage pour une présentation clinique.

Pour autant, j’avais l’idée, peut-être un peu plus qu’une idée d’ailleurs, ou bien qu’un sentiment, je remarquais qu’il y avait des effets, des suites. D’abord, chez nos patients bénéficiant de ces présentations cliniques, mais également chez nous autres, participants ou autres soignants.

Alors, je me suis dit que j’allais débuter une sorte de recueil. Une sorte de (mini) recherche, en interrogeant certains patients qui en avaient bénéficié, et certains collègues, qui pour la plupart avaient assisté à certaines de ces présentations cliniques.

Mais tout d’abord, la présentation clinique que l’on propose à nos patients c’est avant tout une rencontre avec un psychanalyste. La plupart du temps les patients acceptent plutôt facilement la proposition qui leur est faite. Ils sont souvent dans l’idée d’obtenir des réponses; de connaître leur maladie, de savoir de quoi ils souffriraient. Il y a donc peu de réticence ou de résistances à la proposition que nous leur formulons. Le transfert est déjà là dans notre proposition. Il faut dire peut-être que le choix des psychanalystes invités n’est pas fait par hasard non plus, c’est-à-dire qu’il y a déjà transfert de notre côté avec le/les psychanalyste(s) invité(s). Notre proposition est par conséquent emprunte du désir qui a été le nôtre d’inviter tel ou tel analyste. Et cela, ça compte dans la manière que nous avons de penser au choix du patient et la proposition que nous leur adressons.

Dans l’après-coup de la présentation clinique un retour est fait au patient.

Il paraît important de rediscuter avec le patient ; comment ce moment s’est passé pour lui notamment ? Comment a-t-il vécu cette rencontre avec le psychanalyste ? C’est alors l’occasion d’évoquer avec lui ce qui nous a semblé important de lui transmettre. Les patients y cherchent un enseignement comme je le disais. C’est important d’en dire quelque chose. Il ne s’agit pas forcément de donner un diagnostic, mais davantage d’expliquer combien nous avons été très intéressés par la situation du patient lui-même, et que nous avons pensé à différentes orientations à donner au soin. Encore une fois ce n’est pas

forcément la question diagnostique que nous allons restituer au patient. Au fond, il s'agit de faire entendre au patient combien nous avons pris au sérieux sa situation. La plupart des patients sont très sensibles à ce que nous pouvons leur restituer, c'est un moment fort qui parfois renforce le lien déjà établi avec le service.

Il y a donc une attente, chez le patient, qui est aussi parfois ambivalente. A la fois, une demande de savoir, et une angoisse face à cela.

Les patients que j'ai interrogés m'ont tous parlé de cette angoisse de se retrouver devant une assistance. « Angoissant à cause de l'assistance » dit l'une d'entre elle. Ou « pas évident devant le public » dira un autre. Pour autant, chacun a fait abstraction du public tout en faisant l'effort de parler. Tous ont eu ce sentiment, d'avoir parlé. Avec plus ou moins d'intensité pour chacun, mais l'idée d'avoir dit des choses d'eux-mêmes.

C'est un effet.

« J'ai dévoilé des choses nouvelles » me dira une patiente. C'est une phrase qui m'arrête. Non seulement parce que c'est émouvant d'entendre cette patiente décrire précisément et avec netteté ce que la présentation clinique lui a permis. Mais davantage parce qu'à chaque présentation clinique dans le service, le/la patient(e) évoque des événements de son histoire encore inconnus des soignants.

En effet, à chaque présentation clinique, le patient révèle un événement, un fait de son histoire, parfois un détail, mais une chose dont il n'avait jamais parlé auparavant auprès des soignants qui l'accompagnent parfois depuis des années. Comment comprendre cela ? Car tout de même cela fait « événement » chez chacun d'entre nous. Est-ce la force d'un dispositif, la présence et la rencontre d'un analyste, un accueil singulier ? Ou bien encore un analyste qui se mettrait en creux, et au sein duquel le sujet va se loger ?

Laisser une place vide pour que ça émerge chez l'autre. Se faire vacant pour que le dire de l'autre puisse émerger.

Ce sont des questions.

Quoiqu'il en soit, chez cette patiente que j'ai interrogée, la présentation clinique a modifié le lien avec les soignants. En particulier avec certains. Je pense au rapprochement qui s'est effectué entre elle et un médecin du service, qui n'est pas le médecin qui assure son suivi psychiatrique. Elle me dira de ce lien « nouveau » que c'est grâce à la présentation clinique que ce médecin a été touché par elle et son récit. « Je m'ouvre davantage » ponctue-t-elle

alors.

Alors évidemment, cette patiente est toujours suivie, hospitalisée régulièrement. Pour autant, je maintiens que la présentation clinique a eu des effets chez ce sujet. Elle a pu mettre en récit son histoire, une histoire. Au fond, c'est un point de départ. Elle évoquera d'ailleurs ce moment comme celui d'un déblocage. J'entends le déblocage d'une parole qui se perdait jusqu'alors, qui ne se mettait pas en récit, qui ne faisait pas histoire. Peut-être est-ce cela qui expliquerait que ces sujets nous dévoilent des choses nouvelles de leur histoire. De façon très spontanée d'ailleurs.

Une parole qui se met en récit.

Cette idée de la présentation clinique comme un point de départ, je la conserve. Je la trouve pertinente. Pourquoi ? Parce qu'elle ne garantie rien pour autant. C'est un point de départ, mais on ne sait jamais ce que le patient lui-même en fera ou non. On ne sait jamais ce que les soignants en feront ou pas. C'est un point de départ qui ouvre au lieu de définir un chemin prédéfini qu'il faudrait emprunter.

Un autre patient me dira que la présentation clinique lui a permis dans l'après-coup de « bien suivre sa psychanalyse ». Ou encore qu'il a pu dire des choses nouvelles parce qu'il savait que son médecin psychiatre était présent dans la salle. Une présence rassurante donc. Un appui pour parler. Un appui de l'intérieur pour s'ouvrir à ce « regard extérieur » que représente l'analyste menant l'entretien.

Plusieurs me nommeront l'importance qu'ils ont ressenti dans la présence de leur médecin psychiatre dans l'auditoire. Le médecin psychiatre est une fonction importante à l'hôpital. Dans le sens où il serait comme le chef d'orchestre qui va diriger, orienter les soins. C'est au fond un repère pour les patients. Un repère que parfois ils rejettent mais qui marque tout de même l'importance de cette fonction.

L'idée du chef d'orchestre me fait associer sur une idée que j'emprunte à mes collègues angevins. Je les ai entendu parler de la présentation clinique comme un chœur antique. La présentation clinique c'est un peu un chœur. Un chœur antique. Une scène où se déroule une parole.

Ça m'a interrogé.

Comment comprendre cela ?

Peut-être y-aurait-il à s'attacher à ce qu'est un chœur. Un chœur dans le sens d'une réunion

de personnes qui ont un but commun. C’est une définition du dictionnaire. Chanter en chœur ; c’est-à-dire chanter à plusieurs, mais ensemble, unanimement. La présentation clinique c’est un ensemble. Et au fond c’est un peu ce dont témoignent ces patients en nommant l’importance que leur médecin ou tel ou tel soignant soient présents.

C’est un ensemble. Est-ce un ensemble unanime pour autant ? Pas sûr.

C’est un ensemble de paroles qu’un groupe de personnes fait entendre collectivement. C’est une autre définition. Formidable cette idée car effectivement pas de présentation clinique sans la présence de cet auditoire. Un auditoire qui permettrait un écho.

Une parole qu’on mettrait en mouvement ; peut-être est-ce aussi cela l’écho ? C’est une question.

En tout cas c’est un des effets de la présentation clinique. Ça permettrait une parole qui se déplie, qui s’articule, qui se confronte, qui débat, qui se dialectise. Une sorte d’hystérisation.

C’est quoi l’hystérisation ?

Aujourd’hui c’est un signifiant qu’on utilise beaucoup pour nommer la démesure ou l’excès d’un débat. Notamment dans les médias ou les réseaux sociaux. Une sorte d’emballement. C’est vrai qu’il y a un emballement dans la présentation clinique. Peut-être dans le sens où le sujet se met à parler de lui. L’analyste l’y invite évidemment, et la plupart du temps le sujet s’y met avec plus ou moins de facilités. Et puis de notre côté aussi, ça nous emballe d’écouter un sujet évoquer son parcours à un analyste. On a souvent un tas de choses à en dire dans l’après-coup.

Il y a un écho. Une parole qui se remet à circuler.

Ce qui m’amène à préciser ce qu’il en est également du côté du service. Car les effets ne se situent pas uniquement du côté du patient, mais aussi pour le service, et les équipes soignantes. L’enseignement n’est pas que du côté du patient, pour nous également il y a enseignement. Comme je le précisais tout à l’heure, nous apprenons souvent, dans le cadre de ce dispositif, des aspects de l’histoire du sujet qui nous étaient encore inconnus. Malgré que le patient soit connu depuis de nombreuses années par le service. Le dispositif de la présentation clinique nous permet de nous interroger, de mettre en question la prise en charge du patient, et ainsi de nous réorienter. Un dispositif qui permet donc une réorientation dans la thérapeutique proposée au sujet.

Une clinique du « Un par Un ».

Pour dire combien à chaque sujet c'est différent.

Il existe effectivement un changement de position du côté du service, des équipes. Au fond, pour viser un changement chez les sujets que nous accueillons, c'est d'abord à nous d'interroger notre position, notre place. La clinique est très enseignante de ce point de vue. Là où parfois dans une relation transférentielle, nous pouvons nous fatiguer, n'y voir aucun changement de position subjective chez un sujet ; c'est précisément lorsque nous commençons à interroger notre propre place, l'orientation que nous donnons à cette relation qu'un changement peut s'opérer pour le patient en question.

C'est un phénomène conceptualisé, que l'on nomme le contre-transfert. Lacan évoque cela, notamment en ces termes ; « il s'agit en vérité, purement et simplement, des conséquences nécessaires du phénomène du transfert lui-même, si on l'analyse correctement »[1]. Si on l'analyse correctement… Lacan a d'ailleurs des termes très durs sur la notion de contre-transfert ; il parle de « terme impropre », « d'impropriété conceptuelle », de « rééducation émotionnelle du patient »[2]. Lacan, vis à vis du contre-transfert, est par conséquent très critique.

Pourquoi il dit cela ?

Il dit cela en réponse à ceux qui font du contre-transfert un mode unique de repérage dans la clinique. Comme si le contre-transfert se résumait aux moments d'incompréhensions ressentis du côté du thérapeute, et comme si l'incompréhension en était le critère unique. Précisément là où il y aurait davantage à s'en servir plutôt que juste le constater et y rester alors figé.

C'est-à-dire repérer les phénomènes contre-transférentiels pour mieux les dépasser, pour mieux préciser ce qu'il en serait de la question du désir chez le sujet, et de ses manifestations. Pourquoi un patient est en train de « ronronner », de vous répéter les mêmes choses ?

Tout cela pour dire, c'est ma proposition, que le dispositif de la présentation clinique permet de dépasser ce qu'il en serait des phénomènes contre-transférentiels. Et bien plus, permettrait de s'en servir pour orienter la thérapeutique de nos patients. S'en servir, c'est d'abord se mettre au travail de l'élaboration collective, des observations, des analyses, des ressentis de chacun. Pas forcément d'aller nommer tout cela au patient, mais plutôt d'en élaborer quelque chose collectivement de notre côté. C'est précisément cela qui est

motivant, être dans une démarche de précision de notre côté, pour mieux y repérer les effets chez nos patients. Il me semble qu'il serait stérile d'aller dire à un patient ; « voilà ce que vous me renvoyer », et de le laisser se débrouiller de cela. La présentation clinique est un dispositif qui propose autre chose ; de se questionner collectivement sur la base d'un discours, celui d'un sujet.

Qui est le plus apte à parler de lui-même sinon le sujet lui-même, aussi « fou » soit-il ?

Je crois que ce dispositif nous permet de nous resituer, de nous recentrer. Un recentrage autour du sujet, et du discours de celui-ci. C'est exigeant, très exigeant, mais à la hauteur me semble-t-il du sérieux que vivent chacun des sujets accueillis dans nos services respectifs. Le sérieux au sens où Kierkegaard[3] en parle, c'est-à-dire du côté de l'éthique. En effet, il existe peut-être une différence entre « être sérieux » et « se prendre au sérieux ». Kierkegaard situe le sérieux du côté de l'engagement, là où la conscience s'empare de l'engagement. Le transfert c'est aussi un engagement pour nous autres cliniciens ; nous sommes pris dans le transfert, nous y sommes engagés. En cela, nous avons une responsabilité à soutenir, une éthique.

La présentation clinique joue cette fonction, je crois, au sein de l'institution. Elle vient questionner une prise en charge, et parfois l'orienter différemment. Ça n'est pas rien comme fonction et s'il y a des effets possibles de la présentation clinique, c'est peut-être là, à mon sens, qu'on peut les repérer. Dans le mouvement que cela permet à une équipe soignante de penser différemment la suite des soins avec tel ou tel patient.

Les effets, toujours dans l'après-coup, se repère dans le possible décalage des équipes soignantes.

Un pas de côté dirons-nous encore.

Un effet de coupure qui se diffuserait, on peut aussi le dire ainsi.

Les présentations cliniques ont aussi un effet de coupure.

De coupure avec la jouissance.

Couper la jouissance des soignants, de nous autres professionnels qui fantasmons un idéal pour notre patient.

L'institution, l'hôpital fabrique cela. Il faut être opérant aujourd'hui, il faut soigner, trouver une solution aux sujets que l'on rencontre. A peine arrivé en hospitalisation, nous demande-

t-on déjà quel est le projet pour tel ou tel patient. L'institution nous pousse à un idéal, à un imaginaire collectif ; celui de soigner les sujets et de leur trouver une solution, quand ça n'est pas de les formater dans un idéal de « réhabilitation » pour reprendre un vocable de notre temps que nous entendons beaucoup en ce moment.

La présentation clinique possède donc cette fonction de déranger l'idéal en place.

Un peu comme le psychologue dont on dit parfois qu'il est le poil à gratter de l'institution. Au-delà de la boutade, c'est plutôt logique cette idée. Le clinicien vient pointer ce qui fait « mal ». Il vient nommer, ou dévoiler la jouissance.

En cela il y a coupure.

En guise de conclusion, je dirais que la présentation clinique ça n'est pas la mise en place du transfert comme dans la cure psychanalytique.

Mais pour autant il y a des effets de transfert pour le sujet.

Pas seulement non plus.

Des effets de transfert également pour le service qui accueille le sujet.

Je dirais enfin que la visée du dispositif dépasse la seule question du contre-transfert.

Bien plus, la visée est de préciser la position d'un sujet.

Forcément singulier.

[1] LACAN J., *Le Séminaire, Livre VIII, Le transfert*, Paris, Seuil, 2001, p. 237.
[2] LACAN J., *Ecrits*, « La direction de la cure », Paris, Seuil, 1966, p.585
[3] Sören KIERKEGAARD est un philosophe danois du 19éme Siècle.

Partagez cet article
Facebook

Google

Twitter

Linkedin

Print