



Ce numéro 31 de *Psychologie Clinique* comporte les actes du colloque intitulé *La présentation clinique en milieu hospitalier – Sa place aujourd'hui dans la transmission de la psychopathologie*, qui s'est tenu à l'Université Paris 10 – Nanterre le 22 octobre 2005, sous l'égide :

- du Laboratoire de Psychopathologie de l'Identité, de la Pensée et des Processus de Santé – Université Paris 10 ;
- du Service Hospitalo-Universitaire de Santé Mentale et de Thérapeutique – Hôpital Sainte-Anne ;
- du Service de Psychiatrie de l'Hôpital d'Instruction des Armées du Val de Grâce ;
- de l'École Doctorale 139, Connaissance, Langage, Modélisation – Université Paris 10.

Présentation

Professeurs Jean-Pierre Olié, Henri Lôo, Marie-Odile Krebs ^[1]

Y. Dorey-Assédo a eu l'initiative heureuse d'ouvrir un débat sur la question des présentations cliniques de malades : il faut l'en remercier, tant ce sujet peut apparaître sensible par une assimilation à une exhibition au détriment de la dignité du malade psychiatrique et du respect qui lui est naturellement dû. Y. Dorey-Assédo nous fait l'amitié de participer à cette édition, nous lui en sommes reconnaissants. Dans le service que nous dirigeons elle enseigne chaque semaine aux étudiants en psychologie dans le cadre d'une présentation clinique : les malades sollicités et acceptant d'être présentés, en tirent avantage pour les soins qu'ils reçoivent grâce à l'effort supplémentaire de compréhension psychopathologique de leur histoire et de leurs symptômes. Par ce dossier, Y. Dorey-Assédo a voulu explicitement poser la question : pourquoi et avec quel respect du malade recourt-on aujourd'hui encore à des présentations cliniques en milieu hospitalier ?

L'apprentissage du métier de soignant, médecin, infirmier ou psychologue clinicien, ne peut se faire sans compagnonnage, l'aîné transmettant au plus jeune expérience, savoir et savoir faire. Pourtant nul n'est meilleur enseignant que le malade lui-même, qui veut bien confier ses tourments et ses souffrances et y apporter son éclairage, toujours indispensable. En examinant un malade dans le cadre d'une présentation, il importe d'avoir la sagesse de ne pas oublier cette évidence.

Nous avons connu diverses expériences de présentations cliniques en milieu hospitalier : celles de G. Daumezon, J. Lacan, R. Dorey, J. Delay, P. Deniker. G. Daumezon

[1] SHU, Centre hospitalier Sainte-Anne, Faculté de Médecine Paris Descartes.



à Henri Rousselle consacrait un long temps à interroger et écouter le malade en présentation, généralement plus d'une à deux heures. Il savait comme nul autre en tirer une récolte sémiologique d'une richesse inoubliable pour les étudiants. J. Lacan s'attachait au décryptage du discours, suscitant de fréquentes répétitions et certains dans l'assistance se demandaient si cette répétition de mot ou de phrase avait une réelle importance psychopathologique. Celui qui présentait un malade à Lacan avait préalablement rencontré le Maître pour lui indiquer, hors présence du malade, la question posée. Aujourd'hui on interpréterait une telle modalité comme un procédé paternaliste : pourquoi ne pas énoncer cette question devant le patient ? Roger Dorey a initié des générations d'étudiants en psychologie à la clinique psychopathologique, à H. Rousselle puis au Service Hospitalo-Universitaire où Y. Dorey-Assédo lui a succédé. Il nous a toujours paru essentiel que les étudiants en psychologie bénéficient de ce type d'enseignement. La formation dispensée au sein des Facultés de Lettres et Sciences Humaines est d'abord théorique, voire hypertrophique en regard de la formation pratique. Les étudiants en médecine sont au contraire très tôt exposés à la rencontre du malade. Dans notre Université (Paris Descartes), dès la deuxième année de leurs études, après la réussite au concours, ils effectuent un stage infirmier à l'hôpital, et pour certains d'entre eux en psychiatrie. La même année, ils doivent accomplir un stage d'une semaine en psychiatrie, pour l'apprentissage de la sémiologie, une autre semaine l'année suivante. Plus tard, au cours de leur cinquième ou quatrième année, ils passent quatre mois en psychiatrie comme externes, travaillant donc quotidiennement auprès des équipes infirmières, des internes et des médecins seniors. La présentation clinique de J. Delay était un moment de raffinement littéraire et médical : l'interne rédigeait une observation dont il faisait publiquement lecture avant que le patron examine lui-même le malade comme pour valider ou compléter ce que les plus jeunes avaient rapporté au maître. Au sein du Service Hospitalo-Universitaire, P. Deniker effectuait une présentation hebdomadaire où lui était présenté un malade posant un problème diagnostique ou thérapeutique. Beaucoup d'entre nous y ont appris le pragmatisme et la modestie nécessaires au psychiatre.

Cette tradition de la présentation clinique hebdomadaire se poursuit dans ce même service où tour à tour les seniors examinent un malade devant les plus jeunes. Ceci s'ajoute à la présentation qu'y effectue Y. Dorey-Assédo. Et le malade dans tout cela ? Il est rare qu'il n'accepte pas de se prêter à ce type d'examen pour peu qu'il en comprenne les avantages pour lui-même : la présentation est un temps d'examen, de travail et de réflexion sur son cas. Après la présentation, une restitution lui est faite de ce qui a été retenu de son histoire, de ses symptômes et des déductions pour sa prise en charge. Une proposition thérapeutique nouvelle lui est éventuellement annoncée. Qui d'entre nous, pris dans les souffrances et entraves imposées par la maladie, refuserait qu'on lui porte une telle attention alors qu'il se sent si mal, au point de recourir à l'hospitalisation. Les notions de transparence et de restitution sont essentielles.



Il est à relever que ceci est en cohérence avec l'esprit de la loi Kouchner de 2002, qui érige le droit du malade à connaître ce que les soignants ont colligé dans son dossier médical. Il importe donc que le malade donne son accord pour être examiné dans le cadre d'une présentation clinique regroupant devant lui divers professionnels seniors ou en formation. Ceci suppose que le malade ne fasse pas connaissance de son examinateur du jour au moment même où va débiter l'entretien : une rencontre préalable la veille ou quelques instants auparavant relève d'un minimum de courtoisie. Il importe que le sujet malade ayant accepté de coopérer ainsi, sache ensuite ce que la présentation a amélioré dans la compréhension de sa pathologie, quelles perspectives de traitement elle a éventuellement conduit à envisager. Mais on peut l'affirmer : un malade est aussi capable de comprendre les nécessités de transmission du savoir clinique et donc d'accepter de généreusement prêter son concours à une telle démarche. Que saurions-nous sans tout ce que nous ont appris les malades ? Il n'est pas mauvais que nous, soignants, sachions nous placer en situation de débiteurs à l'endroit du patient. Il n'y a pas que l'argent pour équilibrer une relation soignant-soigné ! Et il est sain qu'un soignant ou un groupe de soignants soit ainsi redevable au patient ! Nous pensons que les nouvelles technologies, vidéotransmission par exemple, ne peuvent remplacer le direct, situation où le patient communique ses émotions et peut aussi interpeller une personne de la salle qu'elle soit attentive, qu'elle sourie avec légèreté ou au contraire écoute gravement. Il nous arrive de solliciter des malades pour réaliser de brefs enregistrements vidéo destinés à la formation clinique des jeunes médecins. L'œil impénétrable de la caméra est là comme indice de cette forme de dépossession du propos, définitivement enregistré pour aller vers un usage inconnu, que le patient ayant accepté de se prêter à cette démarche ne peut cerner, à la différence de la situation transparente qu'est la présentation clinique. La clinique psychiatrique, sémiologique et psychopathologique se révèle et se lit dans l'interface entre patient et environnement, examinateur par exemple. La présentation clinique restera longtemps un indispensable outil d'enseignement et de coopération : entre le malade et les soignants, expérimentés ou en formation.

Chacun des contributeurs invités par Y. Dorey-Assédo manifeste le souci de savoir comment il est possible d'intégrer la présentation clinique dans le processus de soin. Ceci est essentiel pour chaque action entreprise au niveau du malade : la présentation clinique n'échappe pas à cette règle. Le malade est en mesure d'exprimer une opinion : il est devenu acteur du soin et s'il en décidait ainsi il n'y aurait plus de présentation clinique. Il nous semble que nous sommes loin d'une disparition des présentations cliniques. Certes les façons de faire ont changé depuis Charcot tant la relation soignant/soigné a évolué. Mais on ne se penche jamais assez sur chaque malade. Il est légitime de lui consacrer du temps et d'ajouter les avis et les compétences.