

Les leçons des présentations de malade, entre psychiatrie et psychanalyse

Table ronde animée par Jacques Borie. (2007)

Dr Jean Furtos, médecin-chef de secteur de psychiatrie adulte (Bron)

Dr Catherine Rauscher, médecin-chef de service, CHS le Vinatier

Dr Jean-Pierre Salvarelli, médecin-chef de secteur de psychiatrie adulte (Lyon centre)

Dr Thierry Bruge-Ansel, médecin-chef du service de psychiatrie de l'HIA Desgenettes

Jacqueline Dhéret et le Dr Jean-Robert Rabanel, psychanalystes et enseignants de la Section Clinique (Lyon et Clermont-Ferrand)

Jacques Borie : Les sections cliniques ont été créées un peu partout dans les grandes villes de France, et toujours, autant que possible, autour de la présentation de malade. C'est dire l'importance pour nous de cet exercice très particulier qui, comme vous le savez, est repris de la psychiatrie la plus traditionnelle. Ça n'est pas nous qui l'avons inventé, ça n'est pas Lacan non plus. Ses maîtres la pratiquaient et les maîtres de Freud aussi puisque Freud avait vu Charcot à la Salpêtrière faire des présentations, certes d'un style différent des nôtres. Vous connaissez tous ce tableau qui l'a immortalisé, cette scène où l'on voit que c'est davantage une clinique de la monstration et du regard mettant en valeur les capacités du maître plutôt qu'une clinique se tenant à la lettre de ce que nous disent les sujets. Donc c'est à la fois une reprise d'une tradition, c'est pourquoi nous avons gardé ce terme même s'il peut paraître désuet, mais aussi une reprise à la mode de ce que la psychanalyse apporte, c'est-à-dire d'abord une soumission littérale à ce que le sujet nous dit. Le vrai maître ici c'est la clinique elle-même c'est-à-dire les modalités selon lesquelles un sujet particulier peut dire son symptôme, sa difficulté, sa douleur à vivre mais aussi ses tentatives de solution. Nous attendons donc un enseignement de ces présentations qui sont au cœur de la formation de ceux qui suivent notre enseignement, mais aussi un enseignement d'abord pour nous-mêmes qui faisons les présentations, pour le public qui y participe à sa façon et bien sûr pour les médecins qui nous font confiance pour cet exercice, supposant que, pour eux aussi, ce peut être quelque chose qui les aide à éclairer leur orientation thérapeutique. C'est donc de cette expérience partagée depuis plusieurs années que nous essayons de produire un certain savoir, ce qui ne veut pas dire un chœur. Chacun en effet garde sa particularité et sa manière de dire mais nous attendons de l'échange que quelque chose s'éclaire. Lorsque j'ai proposé aux médecins ici présents, tous responsables de service, de faire cette journée, ils ont tous été aussitôt d'accord, ce dont je les remercie. Ceci témoigne de la qualité de l'échange que nous avons depuis de nombreuses années entre psychiatres et psychanalystes, je les en remercie donc personnellement, chaque un.

Lorsque j'ai proposé ça, Jean Furtos m'a dit tout de suite, ça m'avait frappé : "ah il faut qu'on prépare". J'ai répondu que non, je pense qu'on ne va pas préparer, nous allons essayer de rester dans l'esprit qui est celui de la présentation elle-même. Le premier événement qu'est une présentation n'est pas préparé, de notre point de vue au moins, nous ne savons pratiquement rien du sujet que nous allons rencontrer, rien lorsque c'est au Vinatier puisque nous avons fait ce pari proposé par Jean-Pierre Salvarelli de rencontrer un malade sans rien savoir de lui, ni même si ce sera un homme ou une femme, rien, et donc de tout attendre de cette rencontre.

Avec l'hôpital Desgenettes nous avons une pratique un peu différente : on nous présente très rapidement le malade avec les questions qui se posent pour l'équipe. J'ai donc proposé que nous faisons cette table ronde sous ce même mode, le mode du "pas préparé", ce qui est une façon d'attendre de la rencontre qu'il se passe quelque chose d'imprévu. C'est ce que nous allons voir.

Je précise que la section clinique organise d'autres présentations de malade, à Grenoble, à l'Hôpital Psychiatrique Départemental de Saint Egrève, dans les services du docteur Murry et du docteur Daumal qui est aussi responsable de la CME. Nos collègues, ici présentes, Nicole Treglia et

Délia Steinmann en sont responsables. Il nous a semblé cependant que pour cette première tentative d'échange sous ce mode il était préférable de le faire entre gens qui ont l'habitude depuis longtemps de travailler ensemble, ce qui est le cas à Lyon.

Je propose que cette table ronde commence, que chacun des participants dise à sa façon quel est le point qui l'a marqué le plus, qui l'a le plus enseigné, le point agalmatique si l'on peut dire de cette expérience. Après quoi je pense qu'on pourrait débattre ensemble.

Pour ma part, je dirais que c'est le caractère d'événement de ces présentations qui m'a le plus frappé. Dans ma pratique, je reçois très souvent des psychotiques, mais il me semble que la dimension est très différente quand on reçoit quelqu'un sachant qu'on va le revoir, qu'on lui dira à la fin de l'entretien "à la prochaine fois". Ici, au contraire, le caractère d'événement tient, il me semble, à cet une fois, pas deux, une fois dont on attend quelque chose. Et sans doute le caractère d'événement est-il accentué par le fait que c'est aussi en public. Je reprends une remarque que j'aime beaucoup, de Philippe La Sagna, "le public c'est un peu comme le chœur antique". Il y a sous cette modalité du lieu et du temps concentré dans le un, un événement qui chaque fois me frappe par l'effet de production et de rencontre que cela donne.

Dr Jean Pierre Salvarelli : Je dirais que c'est la rencontre, la rencontre entre deux pensées différentes, deux psychothérapies différentes. C'est la rencontre d'une rencontre. En tant que praticien, soucieux de la prise en charge de mes patients, je dirais que ça a été aussi très souvent une rencontre avec mes patients par l'intermédiaire de cette rencontre. C'est aussi parfois une rencontre avec soi-même dans la position soignante parce qu'on assiste dans une position tierce, ce qui est toujours une position très intéressante. C'est une espèce de condensation autour de la rencontre, et rencontre justement parce qu'il y a différence. Ça a toujours été un point très important. C'est de cette différence fondamentale qu'il ne s'agit pas de combler, d'annihiler, que la rencontre est possible. Du point de vue du dispositif, j'avais moi-même une expérience, justement c'était de ne rien attendre de cette rencontre, et c'est pourquoi elle nous a apporté beaucoup et ne surtout pas présenter le patient, qu'un savoir préalable puisse influencer sur la rencontre.

Jacqueline Dhéret : En fait, pour le dire rapidement, l'essentiel pour moi, ce qui me frappe c'est l'efficacité toujours renouvelée des méthodes. Je développe rapidement. Comment ça se passe ? D'abord, j'ai besoin avant d'un grand moment de solitude avant, que je prends à chaque fois, ce que je ne fais pas dans mon cabinet. Ensuite, il y a la présentation au seuil de la porte, dont le médecin du patient a l'initiative. Je suis très sensible à cette situation où quelqu'un nous est confié. Au moment de la séparation, à nouveau, le patient est accompagné par celui ou celle qui s'occupe de lui. Ensuite, il y a la rencontre proprement dite. Ce qui me frappe, c'est la manière dont, très vite, en trente secondes, on juge la posture à prendre, le type de présence-absence, d'immobilité à laquelle il faut consentir pour pouvoir être avec ce patient-là, c'est un moment de la rencontre qui se joue là. Extrêmement vite. En trente secondes. A partir de là, il y a un phénomène qui, après-coup, quand j'y ai réfléchi, m'a surpris, c'est l'isolement dans lequel je suis avec le patient. Le public qui est là, excusez-moi, mais ça ne compte pas. Il y a un phénomène d'isolement, et je sens que la personne avec qui je parle est prise là-dedans aussi, même quand il s'agit d'un patient qui est sensible au public. Certains peuvent s'adresser au public. Ça me donne toujours une idée très ramassée, plus que dans ma pratique ailleurs, de ce qu'est une présence, les corps en présence. Après il y a donc la séparation et le troisième temps qui est le temps d'élaboration de la discussion avec le public qui est là. On a bien besoin des cinq minutes où on attend que le médecin revienne, parce que, là, vraiment on passe complètement à autre chose. On a besoin de cette coupure. C'est très différent par exemple de ce qui se passe dans les séminaires de pratique où on discute de cas. S'il n'y avait pas la présentation de malade, je vois bien comment, très facilement, entre guillemets, on pourrait délirer entre nous. Je l'ai senti dans les deux derniers séminaires de pratique à voir comment chacun y va de sa petite hypothèse, Là c'est complètement impossible parce qu'on est docile à la structure et fondamentalement à ce que dit le patient.

Dr Thierry Bruge-Ansel : Contrairement à ce que disait le Dr Salvarelli, nous, nous préparons un peu les présentations. Et pour nous, je reprends le terme, c'est un événement. C'est un événement aussi pour le psychanalyste d'après ce que j'ai compris. Pour le patient, c'est aussi un événement. Quand on réfléchit dans la semaine qui précède à qui on va proposer la présentation, on envisage plusieurs personnes évidemment, et on tient toujours compte de la position du patient par rapport à ça. Quand on détermine qui va être proposé, il faut obtenir le consentement du patient, car c'est aussi la décision du patient, il peut refuser. On emploie assez souvent comme argument qu'il va participer à un enseignement, il va faire part de son expérience, de ce qu'il a vécu, de ce qu'il a traversé, et ça va profiter à d'autres. C'est, en général, l'argument qui détermine l'adhésion du patient. C'est aussi un événement pour le médecin. La plupart du temps il est partie prenante et c'est une espèce d'inspiration, de soupir dans la respiration du soin. Ce sont des patients qui sont là depuis un certain temps, il y a une espèce de routine qui a pu s'instaurer dans la prise en charge, et cet événement-là vient aérer la suite du traitement. A titre personnel, ces présentations de malade j'y ai assisté à Paris, c'est Eric Laurent qui les faisait. Finalement, ce changement de position-là a produit que je fais maintenant moi aussi des présentations de malade, pas dans le même esprit, puisque ce sont des présentations psychiatriques, au profit de l'ensemble des stagiaires qu'on a dans le service. Et cette décision est consécutive à l'expérience que j'ai eue de présentations de malades dans différents services où j'ai travaillé. C'est très très apprécié des équipes.

Dr Jean-Robert Rabanel : A Clermont, nous n'avons pas eu de présentation de malade pendant un certain nombre d'années. Faute de pouvoir être reçu dans des services, nous avons donc souffert de ne pas avoir de présentation pendant 7-8 ans. A la place, nous avons donc les ateliers de textes cliniques. C'est Jacques-Alain Miller qui nous avait proposé ce modèle qui fonctionnait déjà dans certaines sections cliniques où il n'y avait pas de présentation non plus. Quelques années après, nous avons eu une présentation de malades qui a fonctionné dans le service d'un professeur de psychiatrie de CHU. Nous ne pouvions pas y faire participer tout le monde. Nous avons convenu que n'y assisteraient que les participants de la section clinique qui avaient au moins quatre années validées. Donc, un petit nombre, étant entendu que les membres du service qui venaient étaient en nombre équivalent, soit au total une trentaine de personnes. Depuis cette année, nous avons obtenu deux autres présentations de malades, une à l'hôpital psychiatrique, et une à la maternité du CHU. Nous avons donc pu rendre accessible à l'ensemble des participants les présentations de malades. Je voudrais signaler l'effet produit sur la formation elle-même. C'est un effet absolument saisissant, ça a changé d'abord l'ambiance générale. Que tout le monde puisse y assister, ça a donné un grand sens démocratique à cette pratique-là, ça a été tout à fait capital. Il y a quelques différences entre les trois présentations : la plus ancienne, celle du CHU et celles qui viennent de démarrer, à l'hôpital psychiatrique et à la maternité. Ça tient aussi sans doute à la pathologie elle-même. Les malades du CHU et ceux de l'hôpital psychiatrique ne sont pas les mêmes, et le type de relation qu'on peut avoir avec les personnels soignants n'est pas non plus le même, ainsi qu'à la maternité où il ne s'agit manifestement pas de patientes, donc là on a appelé ça plutôt présentation clinique plutôt que présentation de malade. La maternité nous présente des dames qui viennent d'accoucher. Vous savez qu'actuellement les durées de séjour dans les maternités n'excèdent pas quatre jours. Il faut donc une espèce de jonglerie la semaine précédant la présentation pour avoir quelqu'un. C'est ce point-là que je voudrais souligner, ce grand étonnement que c'est pour nous, étonnement à chaque fois renouvelé, ce conciliabule entre la personne présentée et celui ou celle qui fait la présentation. C'est vraiment un isolat très particulier qui s'impose et impose dans le public lui-même cette barrière de sécurité très importante. Un point encore pour dire ce sentiment d'être introduit dans les services, de voir la porte s'ouvrir avec une grande confiance, non que nous soyons des gens particulièrement inquiétants, mais ça fait du monde tout de même qui entre dans les services à ce moment-là, et je trouve que l'accueil fait par les personnels soignants et les médecins est vraiment un pont lancé sur notre rive, et de ça je suis très agréablement surpris de ça surtout à l'époque où nous vivons où la psychanalyse n'est pas très bien reçue de manière générale. Là, par cet exercice, il y a une immense confiance qui est faite et qui se renouvelle à chaque fois. Je trouve tout à fait important de le souligner.

Dr Jean Furtos : Je voudrais dire en préalable combien je suis heureux des zones de collaboration avec la section clinique, d'une part pour la présentation de malade qui, je pense, est une opportunité vraiment fondamentale dans l'évolution de l'hôpital en tant que témoin de ce qui doit persister dans l'écoute . L'autre chose aussi que je voudrais signaler c'est le projet en cours de Centre Psychanalytique de Consultation et de Traitement qui, par rapport au travail de leur sphère, est un projet vraiment passionnant qui existe déjà à Paris et qui va se multiplier ailleurs. Ce sont des choses fondamentales dans l'évolution de notre temps. Ce qui m'intéresse dans la présentation de malade, ce sont plusieurs choses. Je vais partir, comme le Dr Salvarelli, sur la dimension de la rencontre. Je trouve que ces rencontres donnent une double surprise. La première, c'est de voir comment, avec une méthode quasiment chirurgicale, sans fioritures, en travaillant uniquement sur les signifiants, sans faire d'interprétation prématurée, il y a un intérêt neuf d'entendre à chaque fois la parole d'un(e) patient(e) qu'on ne pouvait pas présager. C'est vraiment apprendre chaque fois, à partir de la singularité, quelque chose qu'on ne connaissait pas nécessairement sur son propre patient qui est la première surprise. Vient, en second, le temps de l'interprétation. C'est tout à fait différent de ce que j'avais connu quand j'étais chef de clinique chez Monsieur Guyotat, c'était très intéressant d'ailleurs, où Salomon Reznick faisait des présentations de malade avec des interprétations à jet continu sur le bon ou le mauvais objet. Interprétations très intéressantes aussi mais qui, d'une certaine manière, nous en apprenaient plus sur la théorie kleinienne que sur ce que ressentait le patient. Là, ça m'a apporté des choses fondamentales. Par exemple, il y avait un patient qui donnait de l'effroi. C'est un patient dont Jean-Pierre s'occupait, l'équipe du foyer thérapeutique de transition et moi le recevions de manière transitoire. Il terrorisait tout le monde parce qu'il avait essayé de se suicider de manière sanglante, parce qu'il avait agressé. Dans la présentation de malade il a évoqué un souvenir d'enfance : comment il s'accrochait à du sable sur la plage et le sable se dérobaient sous ses mains. Il était débordé. J'ai d'ailleurs compris aujourd'hui ce que signifiait "débordé". Quand j'ai entendu ça, je l'ai répercuté à l'équipe infirmière et du coup nous n'avons plus été dans l'effroi avec lui. Evidemment il a poursuivi le travail avec son thérapeute principal, mais je pense qu'il a fait une très belle évolution parce que nous n'étions plus pris dans cet effroi terrifiant. La deuxième surprise c'est de voir comment, à chaque fois, c'est ce qu'a abordé Nicole Borie, c'est stupéfiant de voir comment le langage ne peut pas faire état des événements qu'a vécus le patient, ce sont des événements qui, en général, l'ont amené à l'hôpital sous la forme d'une hospitalisation sans consentement – entre trente et cinquante pour cent de nos patients – j'ai été stupéfait de voir comment le langage ripait sur les événements dont pouvaient témoigner les thérapeutes. Ce sont toujours des événements vis à vis desquels le patient était hors de lui. Donc, ce qui faisait bord c'était la police, les voisins... Le fait que quelqu'un dise "ça suffit". Nous sommes au courant des événements et lui ne peut pas en parler. C'est une surprise chaque fois renouvelée d'entendre la petite voix de l'équipe qui dit : voilà comment ça s'est passé et on entend Jacqueline Dhéret, Jacques Borie reprendre ça non pas au titre de ce qu'a dit le patient, mais au titre de ce qui est porté par le thérapeute. Plus les gens vivent des choses dans l'urgence, moins ils s'en souviennent, moins ils peuvent se l'approprier. J'ai compris aujourd'hui à quoi sert la psychiatrie publique qui intègre le patient sans son consentement : ça consiste à valider les événements non appropriables par le sujet et qui empêchent à ce moment précis tout lien social pour le sujet, qu'il s'agisse de peur, d'effroi, de scandale, sexuel, violent... La psychiatrie publique serait là pour prendre en charge ces événements non appropriables par le patient, l'écoute analytique étant là, elle, pour respecter cette fragile parole du sujet qui dit toujours, tout de même, quelque chose d'important.

Dr Catherine Rauscher : Je connais depuis peu ces présentations de malades et j'avais, il est vrai, lors de mes études médicales assisté à des présentations qui étaient de l'ordre de la monstration. On montrait un malade pour enseigner les étudiants que nous étions. Quand j'ai assisté pour la première fois à cette présentation, j'ai été très inquiète parce que nous avions en équipe – je reviendrai sur la question du choix du patient – choisi un patient très malade, bien que sorti de la période de crise qui l'avait amené à l'hôpital . Il avait des troubles du cours de la pensée, il disait très peu de choses en entretien, il tenait d'ailleurs très peu de temps en entretien, et je me demandais comment ça va se faire? Et j'ai été très étonnée, comme le disait Jacqueline Dhéret, par l'intensité de ce qui se passe au moment de cette rencontre avec le psychanalyste et,

effectivement, l'impression que malgré le nombre de personnes présentes dans la salle, c'est vraiment d'une rencontre qu'il s'agit et le patient et le psychanalyste à ce moment-là sont un peu isolés, il y a vraiment des choses très fortes qui se passent à deux, et d'emblée j'ai été rassurée. Je me suis dit ça va bien se passer. Le deuxième étonnement, ça a été de découvrir ce patient autrement que ce qu'il montrait dans le service. J'ai découvert qu'il pouvait rester assis sur une chaise, qu'il pouvait parler de lui, de son histoire, de choses dont il ne nous avait jamais parlé en entretien, malgré notre attention, malgré notre désir aussi et ça a été vraiment un grand étonnement, et un étonnement qui s'est répété avec les autres patients. Je voulais aussi dire, par rapport au choix du patient, que dans le service nous avons repris ce qui avait été initié par Jean-Pierre Salvarelli, le choix se fait à l'issue de la réunion d'équipe du lundi matin précédant le jour de la présentation. On ne sollicite pas l'avis du patient. C'est l'équipe qui fait le choix et ensuite, c'est dit au patient. Le choix du patient, c'est un choix qui s'impose. C'est évident que c'est ce patient-là à ce moment-là. Ce sont des critères d'attente du groupe ou de questionnement. Le praticien qui s'occupe de ce patient en parle au patient et lui dit que "voilà on a pensé à vous". Bien sûr les patients connaissent, ils savent qu'il y a ces présentations. Je crois que ça les interpelle beaucoup qu'on puisse faire appel à d'autres. On n'est pas à ce moment-là dans une position médicale où on sait ce qui est bon pour le patient, mais on a besoin d'autres pour comprendre ce qui se passe, l'aider, etc... Je crois que ça rassure le patient, et c'est ce qui fait qu'on a jamais eu de refus. Ça pourrait faire peur aussi, un psychanalyste avec beaucoup de gens, ça peut les questionner. En fait que nous ne soyons pas en position de tout savoir à leur égard et que nous puissions continuer à questionner, attendre qu'ils nous enseignent aussi, ça les rassure. La présentation nous enseigne beaucoup. Les médecins et des membres de l'équipe y assistent. Les comptes-rendus qui, je crois, donnent beaucoup de travail, sont très attendus par les membres de l'équipe soignante. Ils sont lus et chaque fois on nous demande quand aurons-nous le compte-rendu,. Bien sûr, les personnes présentes font part à l'équipe de ce qui s'est dit, mais les comptes-rendus sont vraiment très attendus et c'est un point d'ancrage, un point d'appui dont l'équipe se nourrit aussi pour aider au soin, comprendre le patient, parfois le supporter aussi dans tous les sens du terme. Pour moi, c'est vraiment extrêmement riche pour le travail qu'on fait dans le service.

Jacques Borie : Merci à tous les participants de ce premier rapport très précis, très riche et très personnel. Jean-Pierre Salvarelli disait : « je rencontre mes patients autrement après ». J'aimerais qu'on revienne là-dessus parce que ça me paraît très important. Vous rencontrez, vous, vos patients différemment après la présentation, il y a donc un transfert de rencontre.

Dr Jean-Pierre Salvarelli : Lorsque j'assiste à une présentation, je me trouve en position tierce par rapport à la position thérapeutique. La position tierce me permet d'entendre quelque chose de ce qui s'est passé entre moi et le patient jusqu'à ce moment-là. Par l'intermédiaire de la position tierce. J'utilise l'image de la piscine: en position thérapeutique je suis dans la piscine avec le patient, en position tierce : sur le bord de la piscine. Je dirais que la présentation me met sur le bord de la piscine, et après je suis dans la piscine de manière différente parce que, à un moment donné, j'ai pu être sur le bord de la piscine. C'est aussi pour ça que j'avais souhaité ne pas, à l'avance, dire quelque chose du patient. Après, comment ça change ? Je ne sais pas s'il y a un processus commun à chaque fois. Mais ça change même au niveau de l'équipe. L'équipe était toujours très rassurée quand la section était inquiète par rapport au patient. Quand l'équipe rentrait en disant : « oh la la celui ils ont dit qu'il fallait le garder » alors qu'il est arrivé que le médecin avait prévu de le faire sortir la semaine suivante ou quinze jours plus tard, « celui-là, il est très très mal, il faut le garder » ça, ça rassurait beaucoup l'équipe. Finalement, c'était très important pour l'équipe et ça se passait à des tas de niveaux. Des fois, nous avons la confirmation de ce que nous pensions, parfois nous étions en opposition, mais de toute manière ça donne toujours du grain à moudre à la pensée, à la clinique, etc. Pour ce qui concerne le choix du patient, j'ai une position assez claire : le patient ne peut pas refuser. Je dirais même que pour moi la question ne se pose pas de savoir s'il doit accepter ou refuser. C'est bien parce qu'elle ne se pose pas qu'elle ne se pose pas. C'est-à-dire que quand le projet s'est préparé nous avons travaillé avec Jean Furtos et Jacques Borie, moi j'étais dans la crainte de la monstration, je ne voulais pas que ça prenne ce biais là dans le service. Pour employer une formule célèbre, je dirais que pour nous l'enseignement vient de surcroît. L'enseignement, c'est-à-dire les communications médicales,

cliniques, thérapeutiques autour du patient. Dans cette position-là, il est bien évident qu'on ne refuse pas des soins si on est à l'hôpital. Qu'on soit à l'hôpital avec ou sans consentement, on y est pour recevoir des soins. Alors on peut discuter des soins, mais on ne peut pas les refuser, sinon la présence à l'hôpital est questionnée. Notre position était donc de la travailler cette question du refus éventuel du patient comme une question qui ne se posait pas. Ce qui est drôle c'est que certains patients très compliqués étaient venus me voir en me disant : « Moi je vous avertis, jamais je n'accepterai d'aller à la présentation ». Donc, bien sûr, on va en parler quand est-ce que vous allez y aller etc. Les patients en parlent entre eux, ils en discutent, il y en a qui nous suggèrent « eE moi, il y a longtemps que je suis là.. » Certains sont rassurés, qui demandent « Est-ce que j'ai été bon ? », d'autres qui interrogent : « est-ce que vous pensez que j'ai pu dire mon histoire ? », etc. " Je crois que la richesse des présentations c'est, à chaque fois, la singularité de l'événement.

Jacques Borie : La position du Dr Salvarelli est un peu particulière. Ça me rappelle le débat qu'on avait eu avec le directeur de l'hôpital quand on a signé la convention qui nous lie à l'hôpital du Vinatier. Son point de vue à lui était que le patient signe son accord sur un papier selon la loi sur le droit des malades. Votre point de vue était que le malade est là pour être soigné, je suis responsable des soins, je dis que la présentation fait partie des soins, il n'y a donc pas vraiment de choix. C'est un point de vue qui peut être discuté bien sûr, mais c'est intéressant de voir qu'il y a plusieurs manières d'aborder la question. En tout cas, nous ne pouvons pas nous contenter du point de vue disons démocratique des droits du malade qui est un peu abstrait par rapport à la dimension de la rencontre. Je crois que c'est un peu différent de dire : je suis le médecin responsable, je décide que ça fait partie des soins et puis, la position où on cherche l'assentiment du malade.

Dr Jean Furtos : Il va de soi qu'en France, un patient a légalement le droit de refuser les soins. Donc, la position de JeanPierre est complètement relationnelle. Il y a une énigme que je ne comprends pas moi-même, à un moment donné, on se dit que c'est évident, c'est lui. Je ne sais pas ce qui se passe, une espèce d'analyse discriminante implicite qui fait que ça se passe bien. En théorie et en pratique si le patient refuse, pas sur le mode de dénégation bien sûr, mais s'il ne veut vraiment pas, bon... s'il ne veut vraiment pas, tant pis. Il se passe quelque chose de vraiment énigmatique dans le choix.

Jacques Borie : C'est très juste, ça montre que le choix ça n'est pas une question de critères du genre il faudrait parce qu'il y a ça et ça, mais il y a une sorte de conviction qui me paraît très juste qui est de l'ordre de l'acte et qui va au-delà du savoir. Je trouve très juste ce qu'a dit Catherine Rauscher : du point de vue médical nous sommes responsables des soins, mais nous voudrions un éclairage complémentaire. Vous dites donc il y a quelque chose qu'on ne sait pas. Partir de là c'est poser un acte qui permet de savoir quelque chose, et c'est parce qu'on assume cette position de non-savoir qu'on a une chance de conquérir un bout de savoir nouveau. Je trouve ça très précieux tant du côté des médecins que du côté des psychanalystes.

Fabienne Lafont : Je trouve très intéressante cette table ronde parce que j'ai été médecin en psychiatrie à La Réunion où il y avait très régulièrement des présentations de malades, et j'avais le souci, quand j'étais responsable de ce service, de l'après-coup de cet événement. Je crois que c'est vraiment un événement pour le thérapeute, pour le patient lui-même et pour toute l'équipe. Dans cet après-coup quelles ont été les conséquences de cette présentation pour le patient, pour le thérapeute et pour l'équipe ? Il me semblait important d'en dire quelque chose, autrement c'est un savoir non transmis ou qui risquait de se perdre. Avoir le souci que ce ne soit pas un événement sans lendemain mais d'en tirer un enseignement ou d'en faire quelque chose est très important.

J.-L Morizot : La présentation de malades s'inscrit dans la tradition médicale de ce qui s'appelle la clinique, c'est-à-dire fondamentalement la recherche C'est ça je pense qui est un acte, qui nécessite une présence qui met au travail de l'élaboration tant du côté de la psychiatrie que de la psychanalyse. Deuxième point qui me paraît très important, c'est maintenir la distinction

psychiatrie-psychanalyse, contrairement à ce qui s'est passé dans les années qui ont suivi 68 où la psychanalyse était la panacée universelle ou à ce qui se passe maintenant, je crois qu'il est essentiel de maintenir un dialogue psychiatrie-psychanalyse. Ça veut dire que ni l'un ni l'autre ne détient la totalité du savoir. A partir de là, effectivement, on rentre dans une dialectique, ce qui est fondamentalement le champ de notre travail. Je crois qu'il faut rappeler également ce qui fait la clinique : à partir de l'observation de ce qu'on ne comprend pas, on essaie d'élaborer, de produire un discours, d'en rendre compte au plus près, de la façon la plus exacte possible, pour l'orientation de la thérapeutique, étant entendu que ça s'oppose au savoir préétabli, ça s'oppose à l'abord à partir d'une théorie qui saurait ce qu'il en est de la clinique, du malade, ce qu'on a évoqué à partir des présentations sur les monstrations, c'est-à-dire les illustrations d'un savoir, et ça c'est absolument fondamental, autrement dit il y a un bon usage des présentations ou un mauvais.

Idriss Oubaïd : Je reviens sur le témoignage du docteur Salvarelli. Vous nouez directement la présentation à la dimension du soin, et le deuxième point vraiment que j'ai trouvé intéressant, c'est ceux ou celles qui arrivent à vous dire "est-ce que j'ai été bon?" et je me suis demandé si quelque chose, dans la rencontre de la présentation de malade, les convoque d'une manière éthique à être dans le souci de la transmission.

Patrick Confalonerie : La question du choix du patient m'intéresse très concrètement. Je fais partie d'une génération qui commence à être un peu ancienne, comme psychiatre je n'ai pas du tout été formé dans l'esprit de la présentation de malade. En psychiatrie à l'époque en tout cas, se développait un discours un peu hostile à cette pratique au nom d'une position progressiste, anti-exotique, voire anti-coloniale, etc. C'est avec la Section Clinique que j'ai découvert la présentation de malades et que j'ai été complètement stupéfait, soufflé même par la richesse, le désir de témoigner qui animait les patients, l'extraordinaire capacité de parler pendant presque une heure avec certains patients. Deuxième point c'est ce qui a été évoqué qui me paraît vraiment fondamental, c'est la nécessaire collaboration, un désir partagé entre les équipes qui proposent un patient pour la présentation et le désir qui anime la section clinique. C'est là un point d'accrochage pour que ça puisse marcher. On voit en effet que du côté des praticiens il y a un retour qui se fait dans le fonctionnement même du service, et des effets cliniques repérables au cas par cas. Et il y a même des effets sur les modalités de fonctionnement de l'équipe institutionnelle. Ma question est tout à fait pragmatique. Je m'interroge concrètement sur la possibilité moi-même, avec mon équipe et les patients dont je m'occupe dans des structures d'hébergement au gré de certains changements institutionnels, de faire participer éventuellement certains de mes patients à cette présentation. Mais il se trouve que ce sont des patients qui vivent dans des appartements thérapeutiques, il n'y a pas de personnel soignant le samedi matin, et les patients sont chez eux. Puis-je m'engager dans une présentation sachant que, faute de soignants, on va demander à des patients d'être là à neuf heures et on n'est pas sûrs qu'ils y soient avant 10 heures.

Jacques Borie : Merci de tes remarques. Je rappelle en effet que la présentation de malade a été pendant tout un temps très mal vue dans la psychiatrie elle-même dans les années après 68, et Lacan a été très critiqué de continuer ça, y compris par des élèves de Lacan comme Maud Manonni qui disait que ça chosifiait les gens, etc. alors qu'il s'agit au contraire de les entendre de manière tout à fait différente.

Jacqueline Dhéret : Un point me paraît essentiel concernant la méthode elle-même. Non seulement ce n'est pas une monstration de quelque chose, mais ça a véritablement la structure en deux temps du témoignage. Patrick reprenait ce signifiant-là, "témoigner". On ne peut jamais témoigner directement. On ne peut que témoigner à quelqu'un qui, après-coup, dit quelque chose de ce qu'il a entendu. Je ne pense pas qu'il y ait d'autre façon pour traiter le réel en jeu dont parlait Jean Furtos, La présentation de malade c'est aussi un traitement de l'indicible. Je pense que l'efficacité de ce qui se passe tient à cette structure. Évidemment, il y a le public qui assiste, donc qui écoute et voit ce qui se raconte, mais ça ne marche pas comme ça. C'est là où il y a quelque chose de très passionnant entre ces deux temps différents qui impliquent toujours une perte. Je pense qu'il faut mettre l'accent sur la question non pas de comment ça se tient tout ça, mais sur la coupure, la perte, le trou, ce qui fait que ce que le patient a dit à l'analyste n'est jamais tout à fait

ce qu'il dit dans les entretiens parce qu'il n'y a pas cette structure du témoignage. Ça n'est pas parce que c'est psychanalyste et psychiatre. Je pense qu'il y a là quelque chose à travailler de tout à fait essentiel.

Pierre Forestier : Le plus enseignant pour moi est d'être enseigné par un sujet à chaque fois parce qu'on assiste en direct à quelque chose qui s'élabore avec l'analyste lors de la rencontre. Il n'y a pas de préparation mais il y a cependant un savoir qui se construit, qui s'élabore au fur et à mesure de l'entretien, plutôt qu'un repérage. La conséquence pour moi, qui assiste en direct à ça, pour rejoindre ce que disait le docteur Salvarelli, c'est que ça a des effets sur ma propre pratique. Ça en a à partir d'une fois, comme le disait Jacques Borie, c'est-à-dire la dimension d'événement, une seule rencontre, une seule fois. Dans ma pratique, ça m'a fait considérer la séance analytique comme une, et non pas comme en série de l'une à l'autre, mais comme une à chaque fois, que je sois en position d'analysant d'ailleurs ou en position d'analyste.

Sophie Boutin : Je vais être très brève. Je vais vous dire d'abord merci pour ce que vous garantissez et sa puissance d'enseignement. En tant que participante, donc faisant partie de l'agora j'ai remarqué l'extrême tension où me mettait les présentations de cas. Je crois que cette tension m'indique quelque chose, mais je crois que nous, qui faisons partie du public, sommes dans une position qui est tout, sauf passive. Nous ne sommes ni du côté du spectacle, certainement pas, ni même du côté où nous serions enseignés au sens passif de l'enseignement. J'ai plutôt le sentiment que nous participons très activement à la mise en place d'une structure qui autorise cet enseignement, et c'est pourquoi il y a un tel effet de tension.

Marie-France Martinet : Je voudrais parler de ceux qui préparent les transcriptions. Je suis très contente de vous entendre dire que vous les attendez parce que c'est un travail énorme. Qui demande beaucoup de temps. Ce que je voudrais c'est inviter des gens à se proposer pour faire ce travail avec nous avec le plus de fidélité possible. Quand on reçoit un texte qui est trop ramassé, on ne peut rien en faire.

Jacques Borie : Merci, parce que je sais que c'est un travail très lourd et vous avez pu entendre combien ça profitait à tous. Tout le monde a compris je pense l'importance qu'il revêt que ce soit pour nous ou pour les équipes hospitalières. Il n'y a donc pas le choix, il faut le faire, il nous faut trouver des moyens qui rendent la chose moins lourde.

Dr Thierry Bruge-Ansel : Tout d'abord un grand merci à ceux qui participent à l'élaboration de ces transcriptions. Un des aspects importants de ce travail est le passage de l'oral à l'écrit. Nous, nous travaillons dans des institutions, nous avons pendant un temps une relation personnelle avec le patient. Souvent ce sont des patients dits chroniques, qui reviendront à l'hôpital pendant des années, alors que les équipes changent, et ce qui a pu se dire pendant la présentation, après la présentation pourrait un peu s'évaporer. C'est donc pour nous très important que dans le dossier, outre les notes personnelles figure cette transcription. C'est très important pour la compréhension du patient et dans la suite de sa prise en charge par des intervenants qui peuvent changer.

Dr Jean-Pierre Salvarelli : Je voudrais rajouter quelque chose là-dessus. Il me semble que dans les services ça a un effet de rebond de l'effet clinique parce que bien entendu une partie de l'équipe assiste à la présentation, mais une partie n'y assiste pas. Toute l'équipe lit la transcription et par ce biais participe à la présentation, et d'autre part ça marque une inscription de cet événement.

Jacques Borie : Je pense à une citation de Lacan qui me vient en vous écoutant : « le savoir est ce qui se dépose de l'acte comme procès déchaîné ». On vient tous d'insister sur cette dimension de dépôt de savoir de la rencontre qui en fait un acte, mais ça ne prend valeur que si ensuite on peut en recueillir quelque chose, sinon ça se perd. D'en recueillir quelque chose permet aussi que notre savoir se constitue.

Dr Jean-Robert Rabanel : Sur ce point, à Clermont nous avons mis au point dans le cadre de notre séminaire de recherche, une séance sur deux consacrée au travail avec les participants sur les différentes présentations. Nous avons opéré de manière différente. Au début, nous avons enregistré les présentations, évidemment ça a posé un problème; nous fonctionnons donc maintenant avec des notes de participants. Le travail se poursuit donc dans le séminaire de recherche, et les comptes-rendus sont adressés dans les services, mais à la fin de l'année. Par contre, dans la présentation à la maternité, ce sont les professeurs des services qui nous ont demandé que, d'une séance sur l'autre, un petit compte-rendu soit donné au personnel qui assiste à la présentation. Cette présentation-là a un caractère un peu expérimental.

Dr Jean Furtos : En terme de lien social, ce qui est quelque chose que vous étudiez beaucoup, étudier la compatibilité du symptôme avec le lien social, ce qui me paraît vraiment un objectif extrêmement simple et méconnu, mais fondamental, dans ces présentations de malades il y a un groupe et les patients se rendent compte qu'ils font partie de l'équipe des psys parce qu'il n'y a que des psys dans ce groupe, et c'est sans doute parce qu'il y a un groupe qui reconnaît la psychose que certains d'entre eux peuvent se reconnaître psychotiques, et ça fait identité pour eux et c'est à la fois enfermant et intéressant. Je voudrais dire autre chose, peut-être pour lancer un appel à recherche au-delà du savoir. Je trouve qu'on connaît très bien maintenant le fonctionnement de la structure psychotique, et d'une certaine manière tous les patients qui sont en H.P sont des psychotiques et tous les patients qu'on montre en présentation de malade sont des psychotiques. Est-ce toujours vrai ? Evidemment, c'est peut-être différent à Desgenettes. Je pose la question car il est certain qu'un sujet qui aurait une organisation névrotique s'il arrive en hôpital psychiatrique après un long chemin de désocialisation n'est pas le même que s'il est vu en cabinet. J'interroge sans pouvoir dire avec certitude quoi que ce soit cette notion d'hystérie dépassée par exemple que Lucien Israel avait proposée. Il y a peut-être des patients qui ne présentent plus la structure, je dirais orthodoxe, d'une névrose, qui peut-être ont basculé. A l'époque, j'avais acheté cette notion d'hystérie dépassée. "Dépassée" comme on parle de coma dépassé. Il y a quelque chose de l'ordre de la conscience qui ne fonctionne plus comme avant. Peut-être faudrait-il en faire une question. Comment quelqu'un peut-il arriver et se maintenir à l'hôpital psychiatrique, avec quelle couverture, et quelle manière d'être qu'il a désapprise ? Sur le plan de l'anticipation, comme disait Jean-Pierre, c'est très intéressant de voir comment à la fin vous avez quelques fois des anticipations sur le patient, et disons ça marche à peu près une fois sur deux. Sur l'avenir on est toujours dans le non-savoir.

Jacques Borie : Merci de ta question. Je crois qu'elle est juste. Il me semble que pas tous les sujets que nous rencontrons sont psychotiques. Il m'est arrivé pour ma part de penser à propos de certains, pas beaucoup, mais tout de même, à la névrose. Nous avons à maintenir la pertinence de cette distinction et ne pas renoncer à voir des névrosés s'il y en a. Je suis bien d'accord. Ça n'est pas la même chose, seulement comme tu le dis le névrosé qui a passé des années à l'hôpital psychiatrique, ça doit donner quelque chose d'étrange. Mais c'est à voir.

Délia Steinmann : Il s'agit d'une préoccupation que j'ai depuis un certain temps, ça concerne la dénomination "présentation de malade". Il m'est arrivé dans les présentations d'avoir comme retour de la part de l'équipe que ce n'est qu'après la présentation que le patient a consenti aux soins. Il m'a semblé intéressant de repérer ça : quand la personne est venue me parler, pour elle, elle n'était pas malade. Je voulais saluer aujourd'hui la trouvaille de Clermont-Ferrand, "présentation clinique", je suis très sensible à la façon dont les personnes qui sont là témoignent de la place que ces présentations ont pour leur équipe. Je pense qu'il serait intéressant, compte tenu de ce que nous sommes dans les rapports entre psychiatrie et psychanalyse, de réfléchir à cette dénomination où le mot malade est un nom, et non pas un adjectif. Cet adjectif la personne peut se l'attribuer à un moment et pas tout le temps. Nous pouvons contribuer à ce qu'elle se l'attribue. Je crois que présentation clinique fonctionnerait beaucoup mieux.

Jacques Borie : Merci Délia pour cette remarque. C'est une question à laquelle nous avons réfléchi. Te rappelles-tu, Jean-Robert, à Paris, à une réunion des responsables de Sections cliniques, nous avons discuté du maintien de ce terme. Nous l'avons maintenu sans pour autant lui donner une valeur paradigmatique, nous l'avons maintenu parce que c'est une tradition de la psychiatrie. Nous avons repris un signifiant de l'Autre dans lequel, pourquoi pas, se loger. Lacan l'a repris à sa façon tout en le subvertissant. C'est un peu notre travail à notre époque : nous servir des signifiants qui traînent et leur donner une autre valeur, plutôt que d'en inventer d'autres. Ça peut se discuter. Ça fait l'objet d'une conversation.

Dr Jean.-Robert Rabanel : Nous avons fait ce glissement de présentation de malade à présentation clinique, justement parce que ce n'était pas un signifiant de l'Autre. Les femmes enceintes ne voulaient pas qu'on les traite de malades.

Jacques Borie : C'est donc lié à la particularité des présentations que vous faites.

Jean-Louis Morizot : La présentation de malade dans l'histoire de la psychiatrie à ma connaissance, c'est l'alliance de l'observation, au sens médical et traditionnel, c'est-à-dire décrire le tableau vivant, et la conjonction avec les dits du malade. A cette époque-là, 1850, débuts de la psychiatrie, le père fondateur c'est Pinel, son élève direct Esquirol, et on était dans la nosologie, ce qu'on appelait à l'époque les monomanies. Les monomanies, c'étaient des monosymptômes, et justement Pinel avait promu les présentations de malades pour qu'on aille au-delà de ce relevé des observations et qu'on essaie d'en proposer quelque chose qu'il appelait un processus. Autrement dit qu'on fasse entrer les éléments de l'observation dans un raisonnement, selon ce qu'on appelle l'empirisme, c'est-à-dire une théorie construite vraisemblablement pour rendre compte de ça. C'était fondamentalement de l'empirisme c'est à dire la prééminence de la clinique et cette nécessité d'essayer de rendre compte de la clinique. On voit bien actuellement les dérives qui se passent en sens inverse dans ce qu'on appelle clinique où ce qui fait loi c'est l'autorité des auteurs, l'autorité d'un savoir établi. Le terme de malade est issu de la tradition psychiatrique.

Patrick Confalonieri : Ce mot de malade, ça c'est un patient qui me l'a appris, que recouvre-t-il dans la tradition de la psychiatrie française, et encore aujourd'hui ? S'appelle lui-même malade un sujet qui a à faire à l'hospitalisation. Ce patient m'expliquait très bien qu'il entendait des voix, mais qu'il n'est absolument pas malade, et quand il sort à l'extérieur et qu'on lui demande ses papiers, il n'en a pas, il sort sa permission et il dit : "je suis un malade du Vinatier". On voit bien que la présentation de cas cliniques n'a pas la même logique si on est dans un autre milieu.

Guy Granier : Il me semble bien avoir dit que la présentation de malade était un temps et un lieu d'invention de savoir ne serait-ce que parce que personne ne possède le savoir absolu et ça permet, ce vide, que du savoir nouveau vienne. Mais il y a un autre élément qui est extrêmement important me semble-t-il, c'est que le référent est là et ça empêche tout le monde de délirer à tout va. Il n'est peut-être pas là tout le temps mais il n'est pas absent des débats académiques.

Jacques Borie : Dans les présentations, je suis très frappé de la différence entre les deux temps : la rencontre avec les patients et ensuite la discussion du cas avec l'équipe. Ce n'est pas du tout la même chose. L'ensemble est très fatigant parce que ça demande une présence corporelle. Je pense que le premier temps de la rencontre avec le patient c'est d'abord une rencontre de corps. Le deuxième temps est plus centré sur le penser et le savoir. S'il n'y a pas cette présence-là quelque chose s'effiloche, est insaisissable. Ceci est essentiel du point de vue de la psychanalyse qui n'est pas qu'une pratique de parole et qui implique la présence des corps. Ce nouage là me semble très présent et sans doute parce que c'est une fois c'est d'autant plus présent. C'est bien sûr également valable dans une séance analytique bien sûr, mais on pense qu'il y en aura une autre et ça nous soulage de quelque chose, le un dans la série. Mais l'exigence du un rend la présence du corps encore plus forte. C'est ce que je peux en dire pour ma part, et c'est une leçon du point de vue de la modalité de la présence du psychanalyste et de son rapport au savoir. Par exemple dans l'entretien avec les patients, il ne me vient pas une seconde à l'idée de penser, je ne pense pas. Après coup, par contre, on est obligé de construire quelque chose. Mais pendant, on ne

pense pas, on suit ce qui passe, on se fait l'élève de ce que dit le patient. Mais si on fait ça, on ne peut plus être présent dans l'acte.

Jacqueline Dhéret : Tout à fait. C'est pourquoi on a besoin de ce petit moment de conclure si utile pour passer à quelque chose qui est tout à fait autre chose. C'est absolument indispensable.

Nicole Tréglià : Je voudrais juste témoigner de ça. Lors de ma première présentation de malade qui n'est pas très loin puisque c'était l'année dernière, évidemment j'étais dans mes petits souliers. Quand je suis allé attendre le patient à la porte, j'ai vu un jeune homme monter l'escalier avec un bonnet enfoncé jusqu'aux yeux, la tête dans les épaules. Je me suis dit que ça allait être difficile. Je me suis simplement avancée vers lui en lui tendant la main, et j'ai eu cette surprise extraordinaire : il a enlevé son bonnet, il s'est avancé et il s'est présenté. IL m'a dit bonjour. Ça été formidable pour moi d'une part parce que quelque chose m'a dépassée. Ça va du côté de la pensée, ça va du côté de l'indicible et ça va aussi du côté de ce que Jacqueline disait de la mise en acte dans la présentation, de ce gravisement du réel c'est à dire de la présence des corps et d'un traitement qui n'est pas que signifiant.

Dr Jean-Robert Rabanel : J'ai éprouvé ce besoin de marquer une pause moi aussi avec les présentations cliniques, mais pas avec les présentations de malades. La présentation de malade pouvait s'enchaîner assez facilement, parce qu'il y a une butée constituée, la butée du symptôme, un garde-fou malgré tout. Par contre, pour les présentations cliniques il n'y a pas cette butée du symptôme constituée, alors il faut un temps de pause pour cadrer ce qui va se dire.

Marie-Odile Grand : J'ai travaillé quinze en maternité. La question que j'aimerais vous poser c'est Emilie aurait-elle pu faire l'objet d'une présentation clinique. Quel est votre projet ? Comment est-ce accueilli dans le service ? Est-ce que les sages-femmes et les soignants y assistent ? Comment collaborez-vous ? Ça me paraît vraiment difficile.

Dr Jean Robert Rabanel : C'est vrai qu'Emilie aurait tout à fait pu être présentée dans ce cadre-là. La dernière – présentation que nous avons eue était une dame qui est venue avec simplement cette annotation : elle rechigne un peu. Elle avait accouché de deux prématurés de vingt et une semaines, 600 g et 800 g : les deux sont vivants – elle est venue parler et le service nous l'avait présentée ainsi : elle se plaint de l'équipe de nuit mais pas de l'équipe de jour. A peine démarré, une psychose puerpérale s'est déclenchée. Nous n'avons pas comme objectif de recevoir les personnes qui présentent des troubles psychotiques à la suite de l'accouchement.

Dr Jean Furtos : Je suis très sensible à ce que tu dis quand tu parles du corps. Serais-tu d'accord pour dire que c'est le corps de présence, et cette présence forcément, avec sa conscience ou son inconscient, dans son corps. La présentation de malade ça pourrait être la mise en présence, être en présence avec un malade et, en ce sens, c'est le paradigme de toute relation humaine y compris thérapeutique

Dr Rauscher : J'ai entendu plusieurs questions de la salle qui rejoignent une interrogation que j'ai autour du dispositif. Je pense par exemple à la question du docteur Confalonieri sur les patients qui sont en appartement thérapeutique ou à la question de Mme Grand qui questionnait à propos de sa patiente, et je me demandais ce qui de ce dispositif particulier de patients hospitalisés auxquels on propose un entretien avec un psychanalyste rend la chose possible. Qu'est-ce qui fait que les choses se passent comme ça. Y a-t-il quelque chose qui tient au dispositif ? Je me disais aussi que ces présentations de malade sont quelque chose de particulièrement important actuellement puisqu'on veut maintenant nous imposer un discours qui préexiste au patient en matière de pathologie, de durée moyenne de séjour, et je crois que ça vient nous rappeler qu'on travaille avec autre chose que ça.

Jacques Borie : L'accent mis par les deux derniers intervenants sur la question de la présence me paraît essentiel aujourd'hui où se développe la télé-psychiatrie et la télé-psychothérapie, pas loin d'ici d'ailleurs. Nous sommes pour la présence nouée à la parole. Je pense que c'est notre point de rencontre aujourd'hui.