



HAL
open science

On patient's presentation by psychoanalysts

Yorgos Dimitriadis

► **To cite this version:**

| Yorgos Dimitriadis. On patient's presentation by psychoanalysts. *Συναψις*, In press. hal-02913357

HAL Id: hal-02913357

<https://hal.science/hal-02913357>

Submitted on 8 Aug 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Sur la présentation des malades par des psychanalystes

Actualité de la pratique de la présentation de malades

Introduction

Les présentations de malades sont une pratique ancienne que la psychanalyse a héritée de la clinique médicale depuis Corvisart, puis psychiatrique avec Falret et Magnan, et ensuite neurologique avec Charcot, mais elle y a apporté un renouveau très important. Car comme Lacan [1] le disait, une présentation « ne peut absolument pas être la même au temps de la psychanalyse et au temps qui précède ». Cela, parce que le poids s'est déplacé du regard, à l'interlocution et au signifiant et, de l'illustration de la théorie à la surprise, laquelle interroge la théorie, la faisant, éventuellement, par là-même, avancer.

Mais au delà de l'éventualité de cet avancement, comme le note Alain Harly [2], elle a été au principe même de la formation de générations successives de psychiatres et d'infirmiers, puis plus tard de psychologues et de psychanalystes ; mais cette orientation n'est plus d'actualité : sous prétexte de rationalité et de gestion, on abolit la mémoire de cette expérience pour faire la promotion de conduites à tenir stéréotypées. Les présentations cliniques sont un des moyens de résistance à cette éradication de la clinique.

Notre article vise à être à la fois une mise au point et une défense de cette pratique en tant que moyen de pérennisation de la tradition clinique en psychiatrie et en psychanalyse, au delà des tentatives de sa simplification voire de son annulation par les catégorisations basées sur l'observation du comportement et par la montée de la gestion managériale des institutions psychiatriques.

Dispositif et buts des présentations de malades, par des psychanalystes

Le dispositif de ce type de présentations, tel qu'il est décrit par Erik Porge [3, p.180] -psychanalyste ayant une telle pratique, et auteur de plusieurs textes sur la question - est le suivant :

« Il s'agit d'un dialogue entre deux personnes, un dit malade et un dit analyste, en présence d'un public restreint et choisi, qui n'intervient pas pendant le dialogue, mais peut réagir par un mouvement, des rires, un certain silence. Il est composé de personnel du service (intra ou extra hospitalier), où a lieu la présentation, et de professionnels extérieurs, qui sont dans le coup de l'analyse. Le malade est choisi en fonction de l'intérêt que la présentation peut avoir pour lui, et son accord est toujours demandé. En principe, l'analyste ne le connaît pas préalablement et il ne le voit qu'une seule fois. »

Guy Briole [4], en référence aux présentations des sections cliniques du Champ freudien, note que les buts des présentations sont trois : la formation, l'élaboration de la clinique et, de surcroît, l'orientation du travail avec les patients. Nous pourrions, nous demander, avec lui, si un usage renouvelé de la présentation de malades ne pourrait pas être une forme moderne de contrôle, au sens de la supervision, par un «regard extérieur» au service.

Pour Jean-Jacques Tysler [5, p.224], l'objet des présentations est double, et retrouve pour une bonne part les propos de Briole :

«Il est, d'une part, déterminé par une vocation de transmission. La plupart du temps, un service qui se met à faire une présentation de malades est un service

qui souhaite encore transmettre. C'est un service qui se pose la question de la transmission de sa spécialité, c'est-à-dire la psychiatrie. Ce qui ne paraît rien, mais aujourd'hui on ne sait plus ce que c'est la psychiatrie. On ne sait pas si c'est de la neurologie [...]. Le second motif qui est lié, mais vous l'avez vécu souvent, c'est le temps de la présentation, qui est souvent, pour le patient et pour l'équipe qui s'en occupe, un temps de relance intellectuelle indispensable. [...]. Une chance d'avoir un regard un peu neuf, une question qu'on ne leur posait plus. »

Une pratique ancienne, qui a été subvertie par Lacan

La présentation de malades - en milieu psychiatrique, en France - a une ascendance qui remonte au dix-neuvième siècle : des grands maîtres de la psychiatrie de l'époque - d'abord, Esquirol, depuis 1817 - et, par la suite, plusieurs aliénistes de renom - dont J.P. Farlet, Magnan, Charcot et Clérambault - avaient cette pratique, qui faisait partie de la tradition de la médecine hospitalière. Pour laquelle, la présentation de malades figurait parmi les activités de l'enseignement, soit au lit du malade, soit à un autre endroit, - en tant que démonstration du savoir du médecin.

Foucault [6] disait - dans son séminaire *Le pouvoir psychiatrique* (1973-1974) - que la présentation de malades en psychiatrie était mise au service du « traitement moral », car elle permettait de montrer au malade que le médecin a autour de lui un public nombreux et déférent. Nous le citons : « L'importance institutionnelle énorme de la présentation clinique depuis les années 1830

jusqu'à maintenant est due au fait que, à travers elle, le médecin se constitue comme maître de vérité. »

Freud fréquentait, assidûment, durant son séjour à Paris, les présentations de malades du mardi, de son maître Charcot. Ces présentations avait un double but : l'enseignement et le débat diagnostique avec l'assistance. En tous cas, ce qui prévalait - dans ce type de présentations -, c'était la clinique du regard ; donc, le même type de clinique qui est valable, selon Foucault [7, p.116], pour la médecine moderne, en général. Par exemple, Charcot [8, p.90] déclara à un moment donné à propos d'un cas qu'il a présenté, en défense de sa théorie sur l'hystéro-épilepsie : « A la vérité, je ne suis absolument là que le photographe, j'inscris ce que je vois. »

Freud [9, p.68] avait une grande admiration pour son maître, et - dans son texte nécrologique le concernant, de 1893 - notait quant aux *Leçons de Mardi*¹ de Charcot:

« Là il s'attaquait à des cas totalement inconnus de lui, il s'exposait -à tous les aléas de l'examen, à toutes les fausses routes d'une première investigation, il se dépouillait de son autorité pour avouer à l'occasion que tel cas n'autorisait aucun diagnostic, que dans tel autre les apparences l'avaient trompé, et jamais il n'apparaissait plus grand à ses auditeurs que lorsqu'il s'était efforcé de réduire le fossé entre maître et élèves, en rendant compte le plus fidèlement possible de ses démarches de pensée et en s'ouvrant au mieux de ses doutes et de ses scrupules ».

Portrait - sûrement idéalisé - et fait, dirait-on, à son image, à lui.

Freud n'a pas fait de présentations de malades, et il a préféré la présentation de cas par l'écrit - tels qu'il les a rédigés dans ses *Cinq*

¹ Dont il a traduit, en allemand, les conférences improvisées du mardi de 1887 et 1888 : *Les Leçons du Mardi*.

psychanalyses. Cela ne nous étonne pas, étant donné que c'est lui qui a déplacé la clinique de l'hystérique - de la scène du spectacle, à son écoute - se posant même derrière les patients qu'il invitait à s'allonger sur son divan - se privant, par là-même, du pouvoir suggestif du regard. Il avait placé, tout de même - au dessus de son divan, à Londres - une reproduction d'un tableau de Brouillet, lequel montrait la présentation d'un patient hystérique par Charcot [10]. Était-il le reliquat de ce regard mis, ainsi, de côté? Néanmoins - comme François Ansermet [11] le note - dans la clinique psychanalytique, il ne s'agit pas que de parole et d'écoute, parce qu'on travaille à partir du regard, dans la parole où celui-ci fait retour.

Selon Porge [8], Lacan a assisté aux présentations de malades de Georges Dumas - avec C.-L. Lévi-Strauss, R. Aron et J.-P. Sartre - et il dut aussi assister aux présentations de Clérambault. Il a pratiqué des présentations, déjà - selon le même auteur - pendant sa carrière hospitalière, et a repris cette activité en 1953, comme une activité d'enseignement clinique de la SFP ; d'abord, dans le service du Pr Delay, puis, après 1963, dans celui de Georges Daumezon, à la salle Magnan de l'institut Henri Rousselle - qu'il salue à la fin de son texte *L'étourdit* [12, p.52] - lequel est une contribution au 50ème anniversaire de cet institut : « je n'oublie pas qu'il m'offre lieu à - ce jeu du dit au dire - en faire démonstration clinique. Où, mieux ai-je fait sentir qu'à l'impossible à dire se mesure le réel – dans la pratique ».

Selon Marcel Czermak [13, p.30], la présence de Lacan à Henri Rousselle ne devenait possible que parce que Daumezon l'avait décidé, mais la plupart des gens du service n'étaient pas favorables : « On considérait qu'il y avait là un discours qui venait contrecarrer, pas seulement la doctrine, mais aussi, les

bonnes mœurs. » Même à l'intérieur de *l'Ecole freudienne*, la présentation de malades n'était pas toujours favorablement perçue, comme en témoignent, par exemple, les propos tenus par Maud Mannoni [14, p.291] :

« Sur la pratique de ses présentations de malades à Saint-Anne - un des hauts lieux de la psychiatrie française - Lacan ne s'est pas tenu à s'interroger. De la manière la plus classique, il y trouva des exemples propres à justifier son interprétation des cas, et à montrer aux étudiants, en même temps, une forme pertinente d'entretien avec le malade dont, certes, l'étudiant tirait le plus grand profit, mais toujours forcément, dans le cadre de la psychiatrie régnante. Ainsi, Lacan apportait-il, malgré lui, sa caution à une pratique psychiatrique traditionnelle, où le patient sert de matière première au discours, où ce qu'on lui demande, c'est de venir illustrer un point de théorie, sans que cette illustration ne serve le moins du monde ses intérêts.»

Lacan [15, p.508-509] a donné, dans sa clôture des journées sur les *Mathèmes*, une brève riposte aux propos de Mannoni :

« Je ne me le permets pas sans, certainement, un vif sentiment de culpabilité. C'est même pour ça que j'essaie de limiter les dégâts et que je n'y laisse pas entrer n'importe qui ; il y a un certain nombre de gens familiers que je laisse entrer, parce que je crois savoir qu' eux me le pardonneront.»

Dialogue, qui se poursuivait, aussi en privé, dans les lettres qu'ils échangeaient, sur un ton, pourtant, cordial, et que Maud Mannoni [16, p.189] a publiées dans un de ses livres. En post-scriptum de la lettre de Lacan du 1er mars 1971, on peut lire :

« J'ose dire qu'une des faces de mes regrettées 'présentations' de malades est de démontrer pour la plupart en fait des ravages à leur prise en charge dite

médicale. Oh là là...C'est un point que tu touches et que tu fais fort bien sentir. Entre autres. Il paraît pourtant que, ce faisant, je ne leur nuis pas. Me dit-on. Et même que le 'service' goûte mal cet effet. Enfin... ».

L'importance épistémologique des présentations de malades

Malgré cette ambivalence, Lacan tenait aux trouvailles que permettaient ces présentations, mais cette pratique, qui le faisait avancer dans sa théorie, n'était possible qu'à condition, disait-il, d'une soumission aux positions subjectives du malade, en évitant tout effort de compréhension, laquelle ne pourrait avoir comme résultat que la résistance.

Par exemple, il souligne [17, p.534] - en rapport avec le fameux cas de la patiente d'une présentation qui avait halluciné le mot « truie » - que semblable trouvaille « ne peut-être que le prix d'une soumission entière, même si elle est avertie, aux positions proprement subjectives du malade ; positions qu'on force, trop souvent, à réduire - dans le dialogue - aux processus morbides, renforçant alors la difficulté de les pénétrer d'une réticence provoquée - non sans fondement - chez le sujet ». C'était, dans la même perspective, qu'il invitait [18, p. 233] à devenir le secrétaire de l'aliéné², à prendre ce qu'il nous raconte au pied de la lettre et à éviter de vouloir comprendre. A propos de la même patiente, qui avait reçu le mot truie, comme réponse directe - et non inversée - à son propre message, il a dit aussi [18, p. 60] : « Si je comprends, je passe, je ne m'arrête pas à cela, puisque j'ai déjà compris. Voilà qui vous manifeste ce que c'est qu'entrer dans le jeu du patient – c'est collaborer à sa résistance [...]. Ce

² A l'envers du conseil de J.P. Farlet qui incitait à éviter de le devenir. Cf. François Sauvagnat [19], Secrétaire de l'aliéné aujourd'hui, Ornicar digital, N° 244- Vendredi 20 juin 2003 En ligne, file:///Users/macuser/Desktop/HDR/Secrétaire%20de%20l'aliéné%20aujourd'hui%20(François%20Sauvagnat).webarchive

qu'il s'agit précisément de comprendre, c'est pourquoi il y a quelque chose qu'on donne à comprendre. Pourquoi a-t-elle dit, je viens de chez le charcutier, et non pas Cochon ? » Ajoutons-nous, d'autant plus que les patients présentés sont pour la plupart des psychotiques qui, assez fréquemment, ont l'impression d'être persécutés par le savoir de l'Autre. Le clinicien aurait intérêt, alors, comme cela a été souligné par maints auteurs, à se dégager de la place de celui qui sait, de celui qui comprend.

Plusieurs autres cas de sa présentation de malades ont « incité » Lacan à avancer sa théorie - de manière implicite, ou même, explicite : ainsi, l'homme aux « paroles imposées », dont il parle dans son séminaire sur le « sinthome » [20] et mademoiselle B quant à la possibilité d'un imaginaire sans moi. Erik Porge [21, p.36] dit : « qu'il est possible que le cas de Melle B, ait joué un rôle décisif dans la trouvaille par Lacan du nœud de Joyce, puisque cette présentation a eu lieu en avril et c'est au séminaire suivant que Lacan produisit le nœud joycien. Malgré les différences, dans les deux cas, il s'agit du corps qui ne se noue pas à l'inconscient. » En tous cas, plusieurs témoignages de personnes qui avaient assisté à la présentation de malades de Lacan, voire qui ont travaillé à Henri Rousselle à cette époque, vont dans le sens d'une pratique ouverte à l'effet de surprise et loin du savoir préétabli [22, p.45-65].

Comme Alain Vanier [23, p.10] le note, dans le passage que nous avons cité, aussi, plus haut :

«Lacan - dans une intervention à la demande de Georges Daumezon, sur l'apport de la psychanalyse à la sémiologie psychiatrique - avait répondu en quelque sorte à côté, en montrant la place du transfert dans l'exercice de la présentation de malades, exercice aussi ancien que la psychiatrie elle-même, mais il situait ce

transfert là où il n'était pas attendu. Il soutenait ainsi que le gain sémiologique provenait des remarques de ses élèves, faites lors des retours en voiture. Il indiquait ainsi le point aveugle du psychiatre dans la 'monstration' de malades, dans la constitution du 'tableau clinique'.»

Lacan [24, p.47], soulignait ainsi, en 1970 - date de ce recueil sur l'apport de la psychanalyse à la psychiatrie - la place du tiers, du public, dans ces présentations : « en fin de compte, celui qui pourrait inscrire le bénéfice sémiologique de la chose, ne soit pas forcément identique à celui qui mène l'examen, mais qui ne peut pas le mener d'une autre façon, parce qu'il est lui-même dans une certaine position qui est celle du psychanalyste.»

D'ailleurs, cinq années plus tôt [1, séance du 5 mai], en parlant de la présentation, il avait dit que :

«le clinicien, qui présente, ne sait pas qu'une moitié du symptôme [...] c'est lui qui en a la charge, qu'il n'y a pas présentation du malade, mais du dialogue de deux personnes et que, sans cette seconde personne, il n'y aurait pas de symptôme achevé. Celui qui ne part pas de là, est condamné comme c'est le cas pour la plupart à laisser la clinique psychiatrique stagner dans les voies d'où la doctrine freudienne devrait l'avoir sortie. »

La place du public dans les présentations a été diversement commentée : comme chœur antique (J.A. Miller [14, p. 286]), public de théâtre (Porge [21, p. 39]), la tierce personne du mot du *Witz* (Porge [21, p.40]). Tysler [5, p.217-218] témoigne, aussi, de la place du tiers dans le contexte des présentations de Marcel Czermak, à travers le travail sur le «trait du cas» en cartel :

«La présentation se faisait en deux temps. Lui faisait la présentation. On prenait un peu de temps après pour les questions. Et puis, il avait mis en place quelque

chose qui est extraordinairement précieux qu'il a appelé le 'trait du cas' et qui reposait sur le fait que lui ne voulait pas reprendre ensuite ce qui avait été évoqué. Il estimait que ceux qui étaient là, en tiers, devaient s'organiser en cartels, pour lui rendre compte de ce travail. Il y avait donc des groupes qu'on appelait de 'traits du cas', qui essayaient de rapporter dans un second temps ce qu'ils avaient pu entendre. Il y avait une formalisation un peu plus complète. Ce qu'il y avait d'absolument génial et qui ne se fait plus maintenant, c'est que tout cela était pris à la lettre.»

On pourrait penser que la fameuse phrase de Lacan, qui ouvre l'étourdit [12, p.5] «Qu'on dise reste oublié derrière ce qui se dit dans ce qui s'entend» laisse entendre que le public des présentations est là, peut-être, pour soulever ce qui tend à rester oublié. En tous cas, cette pratique est un exercice à plusieurs, qui ont tous un transfert à la psychanalyse.

Quelques risques de la présentation et quelques réponses à des critiques

La pratique des présentations n'est pas à l'abri de dérives, et nous avons déjà été témoins à des complications de ce genre, suite à des présentations de malades. Par exemple, tel patient pensait négocier sa sortie de l'hôpital, car il avait accepté «d'être présenté». Ou, de suggestions par l'assistance de prescription de neuroleptiques à tel patient, sans phénomènes psychotiques patents, sous prétexte qu'il est - selon les commentaires qui ont suivi la présentation - de structure psychotique.

Vincent Chavurier [25, p. 122-123] dénombre, avec pertinence, quelques dérives à éviter dans cette pratique :

« soit que le malade ne soit pas authentiquement consentant (dérive autoritaire) ; soit que le présentateur se rabatte sur une clinique du regard, se cantonnant à un repérage nosographique ou structurel (dérive psychiatrique) ; soit qu'il ne considère pas suffisamment la présentation comme un évènement de parole, mais plutôt comme l'occasion d'illustrer la doctrine psychanalytique (dérive universitaire) ; soit qu'il contrevienne au principe de la non-connivence avec le public (dérive qui traite, par exemple, le public comme une foule à séduire) ; soit qu'il méconnaisse la fonction d'adresse et les apports qui peuvent venir du public.»

Nous retenons volontiers, aussi, vis-à-vis des critiques faites à l'encontre des présentations de malades, les réponses données par Alain Harly [26]:

- Au reproche de jouir perversement des malades durant les présentations que peu de pratiques cliniques ont fait l'objet d'un travail de réflexion aussi poussé (sur ce que cet auteur appelle une économie de jouissances) et d'autant d'analyses pour le souci thérapeutique, la garantie la plus tangible étant que tous les participants y sont pour un travail dont le produit sera utilisé dans la prise en charge du patient.

- A la critique du détournement du transfert du patient vers autre chose que le souci thérapeutique (enseignement, recherche, représentation) que l'objectif n'est pas d'illustrer les chapitres de la nosographie psychiatrique et que chaque séance s'initie d'une question, celle venue de l'équipe soignante et cette question

participe pleinement du dispositif. Si une présentation a des effets de transmission c'est de surcroît.

- Au reproche de contrevenir à la mission de protéger le patient contre lui même qu' il faudrait donner consistance à cette accusation d'effets cliniques soi-disant nocifs car une évaluation empirique nous ferait pencher pour le contraire.

- Enfin, à l'appréciation que ce type de présentations, c'est du luxe comme bien d'autres pratiques qui se donnent le temps de se plier au réel de la clinique, que cette idéologie de rationalisation, qui dorénavant s'impose dans les institutions, est loin d'avoir démontré sa pertinence et elle n'a de cesse de pourfendre tous ces moments dénoncés comme gaspillage et particulièrement ces temps diagnostiqués comme bavardage chronique.

Quant à l'effet thérapeutique de présentation de malades, surtout pour les patients psychotiques, il serait peut-être important de noter que bien fréquemment ce type de patients souhaitent témoigner de leur expérience qui leur paraît inhabituelle (voire l'autobiographie du président Schreber) et que le cadre de la présentation de malades est un endroit, parmi d'autres, propice à cet égard. Comme le note Michel Daudin [27] le psychotique demande à parler une histoire à construire à l'attente d'un complément. Ou, comme le souligne de son côté Alain Harly [26], ce qui leur arrivent ils savent fort bien que cela ne peut être admis dans le social, et portant c'est affirmé avec force, c'est la vérité, d'où cet effort de témoigner, coûte que coûte et la question, éthique pour nous est de savoir ce que nous faisons de cette interpellation.

Quelques conclusions

La présentation de malades par des psychanalystes dans le cadre des institutions psychiatriques est une pratique qui pourrait servir la prise en charge des patients, surtout psychotiques, car elle permet un nouveau repérage ou, autrement dit, une supervision clinique, des cas qui pourraient se trouver chronicisés dans les institutions psychiatriques. Ces patients peuvent se saisir d'une telle occasion pour témoigner de leur expérience psychotique et tenter même de symboliser celle-ci, à travers l'écoute par le public. Elle sert, de surcroît, la transmission clinique pour les psychiatres, les infirmiers, les psychologues et les psychanalystes en formation et qui participent, à cette fin, activement au «fabrique du cas» dans l'après coup de la «présentation» du malade ou, peut-être vaut-il mieux dire : par le malade. Elle peut contribuer, si elle est menée avec pertinence, à l'avancement de la clinique psychanalytique et psychiatrique. Elle est, de ce fait, une résistance à la tendance ambiante de gérer de manière stéréotypée les cas psychiatriques faisant fi de la singularité de chaque sujet dans le contexte actuel d'une gestion des cas laquelle renferme le savoir clinique sur lui même, au lieu de l'ouvrir vers l'étonnement et la surprise, inhérente aux formations de l'inconscient, à la psychopathologie ou même à la clinique médicale ; qui peuvent profiter, au delà de tout traitement statistique de séries de cas, de ce qui peut être une trouvaille, que cela soit en rapport avec la sémiologie ou avec la thérapeutique. Il y a, bien sûr, de quoi, dans ce type de pratique, se méfier de dérives possibles qui pour la plus part sont l'impact de velléités d'endoctrinement où les cas servent d'illustrations au profit du prestige d'un maître ou d'une théorie qui, par là même, s'éloigne du réel de la clinique et obtient une carcasse idéologique, qui est inutile et même nuisible pour toute pratique clinique.

BIBLIOGRAPHIE

1. Lacan Jacques. Problèmes cruciaux pour la psychanalyse, séminaire XII 1964-1965, inédit.
2. Harly Alain. Rémarques préalables à la mise en place d'une présentation de malades. Revue du collège de psychiatrie, Actes des colloques ; (1) Questions éthique et cliniques des présentations clinique à l'hôpital psychiatrique, Poitiers 13-14 décembre 2013 : 11-14.
3. Porge Erik. Transmettre la clinique psychanalytique. Paris : érès ; 2005.
4. Briole Guy. L'effet de formation dans la présentation de malades. La Cause Freudienne 2002 ; (52) : 115-119.
5. Blaquièrre Hélène. A propos de la présentation de malades : entretien avec Jean-Jacques Tysler. La clinique lacanienne 2015 ; (27) : 213-228.
6. Foucault Michel. Le pouvoir psychiatrique, Cours au collège de France 1973-1974. Paris : Gallimard/Le seuil ; 2003.
7. Foucault Michel. Naissance de la clinique. une archéologie du regard médical. Paris : Quadridge/PUF ; 1984.
8. Porge Erik. La présentation de malades : Charcot, Freud, Lacan, aujourd'hui. In : Un siècle des recherches freudiennes, colloque du 22 et 23 février 1986. Paris : érès ; 1986. p. 87-98.
9. Freud Sigmund. Charcot. In : Résultats, idées problèmes I. 5^{ème} éd., Paris : PUF ; 1984. p. 61-73.
10. Jones Ernst. La vie et l'œuvre de Sigmund Freud, Paris : PUF ; 2006.
11. Ansermet François. Clinique de l'origine. Nantes : éditions nouvelles Cécile Defaut, coll. psyché ; 2012.
12. Lacan Jacques. L'Étourdit, Scilicet 1973 ; (4) : 5-52.
13. Czermak Marcel. Quelques remarques sur la présence de Lacan à Henri Rousselle et ses conséquences. La célibataire 2000 ; (4) : 29-40.
14. Miller Jacques-Alain. Enseignements de la présentation de malades. In : La conversation d'Arcachon. Paris : Agalma ; 1997. p.286-304.
15. Lettres de l'école 1977 ; (21) Bulletin intérieur de l'École freudienne de Paris.

16. Mannoni Maud. Ce qui manque à la vérité pour être dite. Paris : Denoël ; 1998.
17. Lacan Jacques. D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose. In : Ecrits. Paris : Seuil ; 1966. p. 531-583.
18. Lacan Jacques. Le Séminaire livre III, Les psychoses, texte établi par Jacques-Alain Miller. Paris : Seuil ; 1981.
19. Sauvagnat François. Secrétaire de l'aliéné aujourd'hui, Ornicar digital, N° 244- Vendredi 20 juin 2003. Disponible : [:///Users/macuser/Desktop/HDR/Secrétaire%20de%20l'aliéné%20aujourd'hui%200\(François%20Sauvagnat\).webarchive](:///Users/macuser/Desktop/HDR/Secrétaire%20de%20l'aliéné%20aujourd'hui%200(François%20Sauvagnat).webarchive).
20. Lacan Jacques. Le Séminaire livre XXIII, Le sinthome, texte établi par Jacques-Alain Miller, Paris : Le Seuil ; 2005.
21. Porge Erik. La présentation de malades. Littoral 1985 ; (17) : 25-49.
22. Lacan psychanalyste, Colloque à l'hôpital de la Salpêtrière, 27 et 28 mars 1999 ; éditions du hasard : 2002.
23. Alain Vanier, Préface. In : Yorgos Dimitriadis, Psychogénèse et organogénèse. Paris : Seuil ; 2013, p.5-9.
24. Lacan Jacques. Apport de la psychanalyse à la sémiologie psychiatrique. Journal Français de Psychiatrie, 2009 ; (35) : 41-48.
25. Chavurier Vincent. Les présentations cliniques, De la psychiatrie à la psychanalyse. Essaim 2015 ; (34) : 111-124.
26. Harly Alain. Revue du collège de psychiatrie, Actes des colloques ; (1) Questions éthique et cliniques des présentations clinique à l'hôpital psychiatrique, Poitiers 13-14 décembre 2013 : 63-77.
27. Daudin Michel. De la différence entre l'entretien et la présentation clinique. Revue du collège de psychiatrie, Actes des colloques ; (1) Questions éthique et cliniques des présentations clinique à l'hôpital psychiatrique, Poitiers 13-14 décembre 2013 : 57-62.