

Le divan du psychiatre: outil de travail ou insigne social?

■ L. Michel

Centre d'Etudes des psychothérapies psychanalytiques du DUPA, Lausanne

Summary

Michel L. The psychiatrist's couch: work instrument or social label? Schweiz Arch Neurol Psychiatr 2000;151:204-7.

For Freud the couch is at the centre of the psychoanalytic cure. It is less true today for the new psychoanalytic techniques. As an example a survey documents the place of the couch in the psychiatric institution of the University of Lausanne. 82 trained psychiatrists of the adult psychiatric department were asked to fill in a questionnaire. Among the 56 psychiatrists (68%) who answered, 17 (30%) declared having a couch in their office. Whatever the theoretical orientation of their psychotherapeutic practice, psychiatrists used it for many other things than psychoanalytic cure. This tends to reinforce the view that the couch, apart from its role in psychoanalysis, may serve as a sign of recognition and membership of a social group that differentiates psychotherapists from classical psychiatrists.

Keywords: psychiatrist; psychoanalysis; couch; psychoanalytic cure; social representation

Résumé

Pour Freud le divan est au centre de la pratique de la cure type psychanalytique. Cela est moins le cas aujourd'hui pour les diverses techniques psychanalytiques qui se sont développées. Un sondage mené, à titre d'exemple, au département universitaire de psychiatrie adulte de Lausanne le confirme: Un questionnaire a été adressé aux 82 psychiatres formés ou en formation du Département universitaire de psychiatrie adulte de Lau-

sanne. Sur les 56 réponses (68%) 17 déclaraient avoir un divan dans leur bureau mais l'utiliser pour d'autres fonctions que la cure-type et cela indépendamment de l'orientation théorique dont ils se déclaraient. Ceci paraît renforcer l'hypothèse que le divan est devenu, à côté de son utilisation première, une figure emblématique ou un signe de reconnaissance et d'appartenance social à un groupe social particulier, à savoir celui des psychiatres psychothérapeutes plutôt que des psychiatres aliénistes.

Mots clés: psychiatre; psychanalyse; divan; cure type; représentation sociale

Introduction

La formation en psychiatrie des médecins pour l'obtention du titre FMH de spécialiste en Suisse se distingue de celle des pays voisins puisqu'elle se combine à une formation psychothérapique. Cette formation est régie depuis 1998 par un nouveau règlement. Pour la formation psychothérapique, il est désormais nécessaire de se former en choisissant un axe parmi les trois principaux retenus qui sont: cognitivo-comportemental, systémique ou psychanalytique. Ces précisions reflètent à cet égard l'évolution des dernières années où le modèle psychanalytique, hégémonique durant les dernières décennies, est devenu un modèle parmi d'autres. Cette évolution s'est faite tout d'abord en priorité dans les institutions [1].

Si le modèle psychanalytique était omniprésent en psychiatrie, il l'était bien souvent de façon diffuse. C'est ainsi que le jeune assistant recevait la formation prévalant dans l'institution sans avoir à choisir activement son orientation. Il pouvait ainsi, à l'extrême, suivre une pensée psychanalytique sans le savoir. D'aucuns ont investi activement une formation psychanalytique et se sont inscrit dans un cursus d'une société de cette obédience. D'autres pensent être devenu psychanalyste par le fait qu'ils avaient baigné dans une institution de cette tendance. Certains enfin ont puisé aux diverses techniques qu'ils ont découvertes

Correspondance:
Dr Luc Michel, ME
Médecin adjoint au Centre d'Etudes
des psychothérapies psychanalytiques
du DUPA
Tunnel 1
CH-1005 Lausanne

au fil de leur formation hétérogène pour se sentir psychothérapeute, sans orientation définie, sorte d'éclectisme de première intention. A cet égard le nouveau règlement de formation demande pour la première fois aux candidats de se situer activement et non pas d'absorber le modèle psychothérapeutique ambiant.

Le divan comme outil princeps de la technique psychanalytique

Revenons plus précisément à l'orientation psychanalytique. Qu'en est-il de cet axe et de la pratique qui en découle de nos jours? Nous savons que depuis Freud, la situation a évolué et que le terme «psychanalytique» recouvre toutes sortes de techniques individuelles ou groupales qu'il est trop long de détailler ici. Le dénominateur commun est qu'elles partent toutes d'un soubassement théorique commun qui débouche sur des dispositifs et des pratiques variées. Celles-ci ont pour caractéristique de s'être éloignée du dispositif original de la cure-type soit l'arrangement divan-fauteuil. C'est l'occasion de rappeler que quand Freud a introduit cette technique, ce dispositif était au centre et ce pour plusieurs raisons qu'il précise dans son ouvrage consacré à la technique. S'allonger est certes un acte de passage mais relève aussi de la filiation du modèle: «Je tiens à ce que le malade s'étende sur un divan et que le médecin soit assis derrière lui de façon à ne pouvoir être regardé. Cet usage a une signification historique, il représente le vestige de la méthode hypnotique d'où est sorti la psychanalyse» [2].

Freud relève d'autres aspects motivant l'usage du divan comme celui qui concerne la réalité de l'analyste: «Je ne supporte pas que l'on me regarde pendant huit heures par jour (ou davantage)» [3].

Ceci peut être vu comme un signe de confort mais c'est aussi bien plus que cela comme il le rajoute d'ailleurs plus loin: «Comme je me laisse aller, au cours des séances, à mes pensées inconscientes, je ne veux pas que l'expression de mon visage puisse fournir au patient certaines indications qu'il pourrait interpréter ou qui influencerait sur ses dires» [4].

C'est donc bien d'une technique avec son écoute particulière dont il est question à travers cet objet central du dispositif qu'est le divan.

Laplanche, à propos de ce passage au divan, constitutif de ce que cet auteur nomme «le baquet analytique», y voit trois aspects: la distinction symbolique pour l'analyser entre un avant et un pendant matérialisé par ce changement de posture, l'idée d'une communication par la parole qui exclut

le voir, enfin d'une dissymétrie de situation entre les deux protagonistes [5].

Place et fonction du divan dans la pratique actuelle

Près de 100 ans après, la «cure-type» modèle princeps par excellence, reste d'actualité du moins chez les psychanalystes comme le montrent certaines enquêtes [6, 7]. Mais celles-ci nous indiquent aussi que dans les milieux psychanalytiques, les membres ont une pratique variée qui inclut celle des psychothérapies psychanalytiques. Le dispositif divan-fauteuil, présent dans tout cabinet de psychanalyste, sert à la conduite de cure. Il utilise différents cadres thérapeutiques, généralement le dispositif face à face, dans d'autres situations. Cette tendance s'accroît encore si l'on interroge les psychiatres d'orientation psychanalytique et à fortiori les psychiatres en général. Guimon et al. ont étudié l'adéquation entre le modèle sous-jacent théorique dont se réclame les psychiatres et leurs pratiques déclarées [8, 9]. Notons que le problème de tels recherches se basant sur les déclarations des psychiatres et de nous donner une idée de ce qu'ils disent faire mais pas forcément, de façon précise, sur ce qu'ils font. Néanmoins leurs constatations conduisent à penser que la «cure-type» n'est pratiquée que par une minorité.

Ces études ou constatations portent sur les pratiques des psychanalystes et psychiatres avant tout formés. Qu'en est-il en amont, autrement dit dans l'institution, lieu de formation par excellence? Le divan y est-il toujours présent, et si oui quel en usage? A ce propos, plutôt que d'interroger comme les autres études mentionnées, la pratique des médecins du Département universitaire de psychiatrie adulte de Lausanne, nous y avons recensé les divans, en demandant d'en préciser l'usage. Nous avons adressé un questionnaire à l'ensemble des 82 psychiatres formés ou en formation du département. Sur l'ensemble des 56 collègues qui nous ont répondu (68%), une minorité (30%), déclaraient avoir un divan dans le bureau qu'ils occupaient. Même si la majorité des divans se retrouvaient dans les bureaux des tenants de l'axe psychanalytique, ce n'était de loin pas exclusif. La répartition des divans n'était pas, par ailleurs, pas liée à l'ancienneté de la formation. Plus surprenant était de constater que l'usage du divan à des fins thérapeutiques était de beaucoup minoritaire même chez les tenants de l'axe psychanalytique. Et même dans ce dernier cas ce ne l'était pratiquement jamais pour des cures types. Le divan, peu importe l'orientation théorique du

médecin, se révélait plutôt n'être d'aucun usage ou ne servir qu'à entreposer des objets ou dossiers!

Le point de départ de ce sondage était de préciser la place que la «cure-type» occupait comme pratique de soins dans une Institution universitaire de psychiatrie adulte. Pour cela nous sommes partis d'un élément incontournable du dispositif: le divan. Nous constatons, sans surprise il est vrai, que la cure-type n'a pratiquement plus sa place dans l'institution même si la majorité des psychiatres psychothérapeutes en formation ou formés se réclament de l'axe psychanalytique. Nous pouvons certes raisonnablement penser que plusieurs médecins cadres à temps partiels ont une pratique de la cure dans leur temps réservé à leur clientèle privée extérieure à l'institution. Cela n'enlève rien à la constatation que la cure-type ne fait pas partie de la palette des techniques de l'axe psychanalytique appliquées en institution. Hors, cet axe comporte bien entendu explicitement une référence à la théorie freudienne. Cette dernière s'est d'ailleurs avant tout nourrie justement de l'expérience accumulée grâce au dispositif de la cure.

Du détachement du divan de sa fonction première

L'absence de recours au divan comme outil de soin est-il le signe d'une évolution institutionnelle? Si la réponse est affirmative nous devons nous demander si cela a toujours été le cas. La «cure-type» a-t-elle fait partie par le passé de l'arsenal thérapeutique de l'institution ce qui expliquerait la présence des divans? Nous pouvons alors à cet égard, penser que le divan est une sorte de vestige, relique qui disparaît peu à peu, sa survivance étant plutôt liée à une inertie institutionnelle qu'à une intentionnalité thérapeutique. Toutefois les témoignages que nous avons récoltés auprès d'anciens cadres institutionnels, nous donnent à penser que la pratique de la cure a toujours été marginale. Elle n'a pratiquement jamais été pratiquée telle quelle dans l'institution. Comment alors expliquer la présence de ces nombreux divans dans les bureaux des médecins institutionnels? L'explication doit être à notre avis cherchée ailleurs. La présence de divans, indépendamment de l'affiliation ou non à un axe psychanalytique, signale autre chose qui n'est pas en lien direct avec son utilisation thérapeutique. La constatation qu'il n'y a pas de corrélation entre la présence d'un divan et la pratique de la «cure-type» nous suggère une autre hypothèse: le divan a perdu sa fonctionnalité première pour acquérir, à notre avis, une signification avant tout symbolique. Il a été affranchi de son utilisation

pratique pour être mieux investi comme objet symbolique dans le tissu des représentations sociales touchant aux psychiatres psychothérapeutes. Nous savons que lorsque l'on touche à ce type de représentations sociales, celles-ci ne sont pas très différentes que l'on soit profane ou professionnel. Ce dernier tend à épouser la représentation sociale qui lui est lié [10].

Au divan comme signifiant d'identité du psychiatre

Dans le domaine de la psychiatrie, nous sommes au carrefour de plusieurs représentations qui touchent aussi bien la folie que la psychothérapie ou la psychanalyse. A cet égard, l'image du psychiatre dans le public est contrastée. Comme celle de la maladie mentale, elle recueille bon nombre de projections tant individuelles que collectives [11]. La psychiatrie est tout naturellement associée à la folie. Le psychiatre dans ce cas est identifié à un acteur le plus souvent coercitif, inquiétant. On le représente alors comme un médecin en blouse blanche entouré d'attributs caricaturaux tels qu'un appareil à électrochocs ou une camisole de force. Pensons à certaines mises en scène de cinéma comme dans le célèbre film «Vol au-dessus d'un nid de coucou». L'image du psychothérapeute voire du psychanalyste est teintée différemment. C'est une image généralement moins négative. C'est le côté farfelu qui est mis en avant et l'on recourt souvent aux attributs du psychanalyste pour le représenter. Le divan occupe alors bien volontiers l'avant-scène. C'est ainsi que la cure-type est la représentation la plus suggestive et féconde pour alimenter les fantaisies: pensons aux nombreux dessins humoristiques où les renversements sont présents, le psychanalyste étant caricaturé comme plus fou que son patient. Les films de Woody Allen en sont un autre exemple. Le dispositif divan-fauteuil peut aussi être repris tel quel pour une émission de télévision comme le Divan de Henri Charpier: une star est allongée sur un divan et est interviewée par un commentateur mimant un psychanalyste¹. Le téléspectateur regarde, dans une position de voyeur, captant par son téléviseur ces confidences. La publicité n'est pas non plus en reste, à l'image d'une publicité récente où un patient allongé, vante les mérites d'un carnet d'assurance à son psychanalyste qui sort de sa réserve pour le lui ravir.

¹ Cette émission de télévision du dimanche soir s'est déroulée de 1987 à 1994. Ils sont ainsi 327 à s'être allongés sur ce divan (d'après Libération, 4 juillet 1999).

Nous pourrions ainsi multiplier les exemples qui montrent tous que le divan est un signifiant majeur de la scène du psychanalyste qui permet aux spectateurs, représentants de la société, de la situer immédiatement. De plus, toutes ces représentations sont plus bienveillantes que celles associées à l'image du psychiatre en blouse blanche. C'est une polarisation dont les extrêmes seraient la blouse blanche et le divan.

Or, rappelons qu'en Suisse, la psychiatrie s'est séparée de la neurologie pour investir fortement le champ de la psychothérapie. Nous savons que ceci s'est aussi accompagné d'une certaine démedicalisation de la psychiatrie. C'est ce courant qui a construit l'image de la psychiatrie ces dernières décennies. Cette représentation plus favorable explique pour certains la plus forte recours au psychiatre par la population comparé à nos pays voisins [1]. Les psychiatres ont bien sûr pris une part active à ce mouvement et ont adhéré à cette image. Ils ont favorisé le mouvement qui les a fait être identifié au psychothérapeute plutôt qu'au psychiatre asilaire. C'est à notre avis ce qui les a motivés à introduire ce type de signifiants d'identités [12] dans les représentations sociales de leur profession. Ils ont en quelque sorte adhéré à cette image en utilisant parfois le divan comme figure de reconnaissance plus que comme outil de travail proprement dit. Nous en voulons pour preuve, le nombre de divans que nous rencontrons au hasard de visite de cabinets de jeunes collègues nouvellement installés. Ces derniers ne songent parfois pas à l'utiliser immédiatement pour leurs traitements, mais l'ont introduit dans leur agencement au cas où plus tard ils en auraient l'usage. Nous pensons que le divan est un indice de leur appartenance qui permet de signaler au patient qu'il entre dans un cabinet particulier de psychiatre qui se distingue de celui d'un médecin en «blouse blanche». C'est un signe de fonction dans le sens de la proxémie qui signifie à l'autre qu'il est entrain de parler à quelqu'un qui pratique un certain type d'écoute [13, 14]. Chez certain le divan peut être remplacé par une banquette qui ne permet pas, dans la pratique, à quelqu'un de s'allonger mais renvoie à l'objet divan en raison d'une ressemblance: Il a alors la fonction d'icône [15].

Il y a donc un travail de symbolisation qui s'est fait depuis le temps de Freud. L'objet divan a parfois perdu de sa fonction pour gagner une signification sociale. Ce n'est plus en s'allongeant sur celui-ci qu'il y a acte de passage mais sa figure emblématique suffit désormais pour marquer le passage à un espace qui se distingue de l'habituel.

Au vu de l'évolution de la psychiatrie actuelle où la pensée psychanalytique n'est plus hégémonique et est contestée par de nouvelles approches, il sera intéressant de voir si, dans le futur, le divan gardera ce rôle de signalisation ou si, au contraire, il va disparaître: par quoi, sera-t-il alors remplacé?

Références

- 1 Klaus E. Psychiatrische Versorgung heute. Stuttgart: Verlag Kohlhammer GmbH & Co; 1998.
- 2 Freud S. La technique psychanalytique. 4^e éd. Paris: PUF; 1972. p. 93.
- 3 Freud S., op cité, p. 93.
- 4 Freud S., op cité, p. 93.
- 5 Laplanche J. Le baquet, transcendance du transfert. Paris: PUF; 1987.
- 6 Bergeret J, Defayolle M, Saliba C. Enquête sur la pratique psychanalytique. Revue française de Psychanalyse 1987;51:1245-68.
- 7 Schmidt-Hellerau C. Situation actuelle de la SSPsa et de ses membres. Bulletin Société Suisse de Psychanalyse 1998;45:15-29.
- 8 Guimon J, Fischer W, Goerg D, Zbinden E. Orientations théoriques des psychiatres suisses. Ann Méd Psychol 1997;155:184-201.
- 9 Guimon J, Fischer W, Zbinden E, Goerg D. Therapeutic practice profiles, theoretical models and representations of the psychiatry of Swiss psychiatrists. Schweiz Arch Neurol Psychiatr 1998;149:41-50.
- 10 Moscovici S. La psychanalyse son image et son public. Paris: PUF; 1961.
- 11 de Roten Y, Duruz N. L'image de la maladie mentale, l'information psychiatrique, 1992;Suppl. 7:7-15.
- 12 Michel L. Variations of "Clues to identity" in a context of mono- or intercultural group analysis. Group Analysis;28:275-9.
- 13 Hall ET. La dimension cachée. Paris: Le Seuil; 1971.
- 14 Eco U. Le signe. Bruxelles: éd. Labor; 1988.
- 15 Peirce CHS. Ecrits sur le signe, éd par G. Deledalle. Paris: Le Seuil; 1979.