

TRAITEMENT MORAL, EXCLUSION ET TEMPORALITÉ : PSYCHIATRIE, PSYCHANALYSE ET SANTÉ DU BIEN-PORTANT

Si l'on va dans l'histoire c'est pour comprendre un problème actuel. L'histoire consiste à aller chercher des éléments du passé pour comprendre les problèmes d'aujourd'hui. Parmi ces problèmes actuels, j'ai choisi de travailler plus précisément aujourd'hui sur le rapport entre psychiatrie et psychanalyse et je me propose, à partir de quelques éléments, de réfléchir sur la manière dont a évolué le rapport entre psychiatrie et psychanalyse.

Je traiterai très rapidement, pour commencer, de l'évolution du traitement moral et de l'exclusion car il me semble que c'est autour de cette question que s'est construit le rapport entre la psychiatrie et la psychanalyse. Et puis je voudrais montrer que, depuis une vingtaine d'années, nous avons pu observer une rupture de cet équilibre : une rupture entre psychiatrie et psychanalyse dont je postulerai qu'elle peut provenir d'une nouvelle notion qui est apparue dans les années 1980, qui est celle du droit à la santé.

Plus précisément, sont apparus au cours de ces deux dernières décennies, deux éléments nouveaux : la représentation du bien-portant – et non pas le bien-portant lui-même – et l'extension du concept de santé. Cette mise en avant du droit à la santé a eu deux conséquences, comme ont pu le montrer R. Gori et M.-J. Delvolgo dans leur ouvrage intitulé *La Santé totalitaire*¹ : la montée des techno-sciences d'un côté, et les méthodes psycho-éducatives de l'autre.

En réalité, ce n'est pas seulement le rapport entre psychiatrie et psychanalyse qui change. C'est à l'intérieur de chacune de ces disciplines qu'il y a du changement : la montée des techno-sciences en ce qui concerne la psychiatrie et la montée des méthodes psycho-éducatives du côté de la psychanalyse. C'est-à-dire que lorsqu'on parle du rapport entre psychiatrie et psychanalyse, cela cache le fait que chacune de ces deux disciplines est interpellée par ces approches. Chacune de ces spécialités est étirée à l'extrême en quelque sorte pour devenir finalement une caricature d'elle-même.

Pour comprendre la représentation du sujet bien-portant, j'ai choisi de passer par son support, le média, donc la vidéo, et je ferai donc un détour du côté des images puisque l'image est aujourd'hui considérée comme le seul véhicule performant de l'information, de la pensée et même de l'action. Commençons par vérifier le premier élément.

1. Gori et Del Volgo 2005.

Jusqu'à une époque récente, en référence à une longue tradition psychopathologique, de Pinel à Henri Ey, la psychiatrie française s'était distinguée de la clinique médicale dont elle était issue. J'en rappellerai très brièvement les différentes étapes. Philippe Pinel pour commencer, dresse dans son *Traité médico-philosophique* qui paraît au début du XIX^e siècle un bilan de l'histoire de l'aliénation mentale qui récuse le traitement physique du malade mental et place au premier plan la nécessité de s'adresser aux structures mentales du malade. Le célèbre médecin-chef de la Salpêtrière met précisément l'accent sur l'instauration du traitement moral. Il s'intéresse tout particulièrement à la manie qui est la folie la plus fréquente de l'époque.

Ce qui est particulier chez Pinel, c'est qu'il se sépare des anciens qui prônent une partition rigoureuse attribuant l'âme au philosophe et le corps au médecin, et propose de rassembler les deux traditions, philosophique et médicale. La tradition philosophique avec les platoniciens d'un côté et les stoïciens de l'autre. La tradition médicale, avec Asclépiade qui méprise l'anatomie et contredit par conséquent le corpus hippocratique, Galien qui constitue une référence médicale importante sur les relations de l'âme et du corps, et Caelius Aurélien.

Pour Pinel, il faut être médecin mais pas trop, praticien mais pas trop. Il faut surtout être philosophe. L'œuvre de Pinel est la réflexion fondatrice de la psychiatrie en France, et même en Europe avec une idée-clé : le fou n'est jamais partout ou tout le temps fou. Il ne manifeste sa folie que par intermittence. Il y a donc chez lui une part raisonnable à laquelle le médecin peut s'adresser. Et puis, deuxième point : la méthode de traitement de la folie est l'éloignement, l'isolement. L'une des principales caractéristiques de la folie, c'est en effet qu'elle place le sujet dans un nouvel espace-temps. Alors on va en quelque sorte prescrire au fou son propre symptôme, rapatrier son principal symptôme dans la réalité. Comme le souligne J. Oury :

Un schizophrène [...] « voyage » [...] dans plusieurs ailleurs [...] il y a pour lui une sorte d'éclatement des lieux [...]. Ce qui est en question dans la psychose, ce sont précisément des perturbations du rythme, du rythme en tant que « point » d'émergence avant même qu'il y ait surgissement d'espace et, naturellement, de temporalité².

Nous remarquerons que cet éloignement, cet isolement du fou n'est pas synonyme d'abandon, de disparition ou de rejet. La vocation première de la psychiatrie est plutôt de s'opposer à l'exclusion du fou hors de la communauté des humains. L'asile est d'abord un rempart contre l'exclusion. Pinel recommande l'exclusion comme procédé thérapeutique pour les malades, il deviendra plus tard, à l'inverse, facteur d'exclusion. En devenant « malade », le fou redevient l'humain qu'il n'a jamais cessé d'être malgré les apparences. « La désignation comme malade protège l'aliéné de la disqualification qu'entraîne son classement dans la catégorie des fous »³.

2. Oury 2004.

3. *Ibid.*, p. 16.

Quant au traitement moral, celui-ci consiste en l'art de subjuguier l'aliéné, de normaliser le malade dans une attitude éducative. Le traitement moral signifie que l'on peut agir sur le corps par l'esprit, sur le physique par le moral. Mais il faut faire remarquer que cela signifie également dompter l'aliéné, « faire de la morale au fou ». Ainsi Pinel maintient en réalité un « double discours » sur la folie. Il n'en reste pas moins vrai que c'est grâce à lui que la folie se trouve qualifiée, c'est-à-dire qu'elle entre dans le cadre des maladies mais se trouve différenciée de certaines d'entre elles et prend le nom de maladie mentale.

Par la suite, Esquirol, élève de Pinel, va s'intéresser tout particulièrement à la mise en œuvre du traitement moral et c'est finalement la maison d'aliénés en elle-même qui va devenir instrument de guérison. L'idée est transposée dans le cadre lui-même. C'est le médium qui devient le point important.

L'époque située entre le milieu du XIX^e siècle et le milieu du XX^e siècle a pu être considérée comme celle du grand renfermement des aliénés. Toujours est-il que l'aliéné acquiert à cette époque le statut de sujet même si, à certains moments de sa maladie, il ne peut être considéré comme responsable de ses actes.

Un mot ici pour dire qu'il y a encore en France, au début du siècle dernier une certaine résistance à la pénétration de la psychanalyse, et ce jusqu'en 1926, date de la fondation d'une Société psychanalytique de Paris. Il faut attendre l'entre-deux-guerres pour que soient réévaluées l'inaptitude et l'inadéquation du paradigme de la science à rendre compte de certains objets et que la psychanalyse trouve sa place. À cet égard, Freud comme Pinel un siècle plus tôt occupe une position médiane : comme les anciens, il soumet l'interprétation aux impératifs de la scientificité ; comme les modernes, il se situe en conquérant d'un imaginaire spéculatif, détaché d'un certain réalisme. Mais là où Pinel pensait qu'il fallait faire une place de choix à la philosophie, Freud au contraire se méfie beaucoup de la philosophie. Là où Pinel rassemble – il cherche à rassembler la philosophie et la médecine, le corps et la psyché –, Freud au contraire sépare. La psychanalyse et la philosophie appartiennent pour lui à deux mondes distincts. La psychanalyse pour Freud est tout de même une science, ce que n'est pas la philosophie.

C'est ainsi que la psychanalyse se construit sur un modèle que certains auteurs ont pu rapprocher de celui adopté par les physiciens de la théorie quantique, notamment Bohr et Heisenberg qui insistent sur la crise de représentation de l'objet⁴, sur la nécessité de renoncer à la visualisation. La psychanalyse, qui viole le principe de localité et qui tolère la superposition d'états contradictoires, s'impose peu à peu comme « un cas limite de la science »⁵, moins d'ailleurs par l'incertitude de sa démarche que par les exigences de sa finalité. La psychanalyse naît d'une crise de la représentation de l'objet – la souffrance psychique – dans le langage de la raison, la cognition. Avec cette particularité de

4. Gori 1996, p. 112.

5. *Ibid.*, p. 115.

la théorisation psychanalytique [qui est qu'elle] ne se déduit pas d'un savoir constitué, secrété par ou appliqué à une pratique empirique, mais se renouvelle à chaque fois dans la mise en acte d'une heuristique à partir de ses points de butée⁶.

C'est la logique psychanalytique freudienne qui va radicaliser au début du xx^e siècle la distinction entre la psychiatrie et la clinique médicale en avançant que la présence de symptômes peut être considérée à la fois « comme un aide-mémoire des blessures de l'histoire, jouissance mais aussi auto-thérapie par laquelle le patient négocie et traite ses conflits intérieurs »⁷, et comme un message adressé à quelqu'un.

La conception du normal et du pathologique qu'apporte Freud entraîne comme conséquence que la maladie mentale cesse d'être incompréhensible, le malade cesse d'être autre, aliéné, rejeté, séparé, enfermé. Freud répète tout au long de son œuvre qu'il n'y a pas de différence tranchée, qualitative, entre le normal et le pathologique, entre l'homme sain d'esprit et le névrosé, le pervers, le fou. Les contenus de la vie psychique, les pulsions et les défenses sont les mêmes. Ce qui caractérise la pathologie est l'intensité des pulsions, la prégnance et la rigidité des défenses, c'est-à-dire des facteurs quantitatifs. Le refus par Freud d'une différence qualitative entre le normal et le pathologique fait qu'on ne peut plus considérer la maladie mentale comme absurde et incompréhensible.

Mais mon propos n'est pas de faire l'apologie de la psychanalyse, et si, au début du xx^e siècle, plus personne ne parle de traitement moral, si l'asile fermé est alors remis en question, ce n'est pas tant à cause de l'avènement de la psychanalyse qu'en raison du choc de la guerre, la Première et la Seconde Guerre mondiale, qui provoquent un changement radical au niveau institutionnel. C'est pendant les années d'occupation qu'apparaissent les premières idées sur la nécessité de désaliénation des patients psychiatriques pour que, finalement, s'opère la véritable libéralisation des asiles d'aliénés qui prennent le nom d'hôpitaux psychiatriques en même temps que la psychiatrie se constitue comme discipline autonome. Ce sont les événements qui font l'histoire, non les disciplines.

Le xix^e siècle avait été celui des philosophies optimistes de l'histoire et de l'humanitarisme, avec quelques avertissements à contre-courant cependant : Schopenhauer, Nietzsche, Dostoïevski, et Freud qui achève de dissiper les illusions. Les révélations de la guerre obligent à se poser différemment la question du mal qui n'est peut-être pas qu'un fait d'ignorance ou d'oppression comme on le pensait depuis la Renaissance, mais peut parfois s'inscrire dans une logique de plaisir. Et la question qui se pose alors est celle de savoir si le mal n'est pas dans le plaisir que peut prendre l'individu à faire ou à voir souffrir son semblable. Nous allons passer, durant la première moitié du xx^e siècle, de l'expérimentalisme rationnel qui avait caractérisé le xix^e siècle, et que l'on retrouve dans les romans de Balzac, Flaubert puis Zola qui expliquent les com-

6. Gori 1996, p. 105.

7. Gori et Del Volgo 2005, p. 226.

portements, qui les insèrent dans un système rationnel où l'enchaînement logique et chronologique de l'histoire ne fait qu'un avec l'explication rationnelle des motivations, au sentiment de l'énigme, à l'interrogation sur le sens de la vie⁸.

La révolution pharmacologique des années 1950 avec la découverte des drogues psychotropes vient alors à point nommé pour transformer radicalement le paysage de la maladie mentale. Mais c'est aussi en contrepoint à partir des années 1950 que la psychothérapie institutionnelle vient nourrir le milieu psychiatrique et le milieu socio-éducatif. La psychothérapie institutionnelle est le résultat d'une psychiatrie dynamique, qui refuse l'aspect figé de l'institution asilaire, et de l'intégration de la théorie psychanalytique à la clinique psychiatrique. Elle travaille particulièrement sur deux points d'ancrage : la prise de conscience de la temporalité et l'intérêt primordial pour le corps du patient.

Trois modèles se développent alors à cette époque, sans grand antagonisme encore, des classifications des troubles mentaux : le modèle biomédical, le modèle psychanalytique et le modèle psycho-social.

Avec la circulaire de 1960 sur le secteur, puis la loi de 1985 qui l'officialise un quart de siècle plus tard, l'hôpital psychiatrique n'est plus ni le seul ni même le principal lieu de traitement. L'accent est mis sur la volonté de soigner le malade au plus près de sa famille en le maintenant autant que faire se peut dans la communauté. L'exclusion du malade devient alors maléfique.

J'en viens maintenant, après ce bref rappel historique, à la question de savoir d'abord comment apparaît le culte de la santé.

Les populations dont les troubles échappent généralement aux critères nosographiques classiques, ou plutôt se trouvent à l'intersection de plusieurs disciplines : médecine, psychiatrie, sociologie, philosophie, sont souvent intéressantes pour éclairer des questions de ce type. On pense notamment aux toxicomanes, aux suicidants. R. Gori et M.-J. Del Volgo évoquent la délinquance ou plutôt « le délinquant [qui] n'est plus seulement puni pour la transgression accomplie mais aussi en tant que sujet psychologique, moral, éthique »⁹, et que l'on va chercher à corriger, à dresser pour être comme il faut, ceci en renforçant positivement certains comportements et en sanctionnant négativement d'autres.

Je pense pour ma part au sida, maladie métaphore de notre fin de siècle qui, comme le soulignait l'historien de la médecine Mirko Grmek¹⁰, est venu bouleverser deux grandes conquêtes de ce qu'il est convenu d'appeler la modernité, à savoir la libération de la sexualité et la toute-puissance de la science. Le mouvement global des idées a fait du sida une entité si complexe qu'elle a profondément modifié les rapports sociaux, et de manière plus spécifique le rapport entre le médecin et son patient. On peut se demander dans quelle mesure la fameuse transparence médicale n'est pas un héritage

8. Godard 2005, p. 3-16.

9. Gori et Del Volgo 2005, p. 17.

10. Grmek 1995.

direct du phénomène sida, le thème de la transparence n'étant pas nouveau en lui-même car il s'imposait déjà au XVIII^e siècle avec l'apparition du thème de la manipulation¹¹. Mais ce qui est particulier avec le sida, c'est que cette maladie, pendant longtemps, n'en est pas une. C'est une maladie qui se cache. Le sida va ainsi venir dérouter l'ordre des choses en laissant s'épanouir les fantasmes et en exposant les contradictions d'un monde en pleine mutation. J'ai essayé autrefois de montrer comment s'était produit ce nouveau désordre¹².

Les représentations du sida se sont inscrites dans ce mouvement d'atomisation des repères, souvent pour s'y dissoudre, parfois pour le contrecarrer. Elles sont très représentatives, me semble-t-il, du culte de la santé et du fait qu'il est communément admis aujourd'hui de placer la santé dans la catégorie du bien.

C'est lorsque le sida au tout début des années 1980 est venu frapper aux portes d'un Occident heureux, sûr de lui et de sa science, que quelque chose a commencé à changer. D'abord dans la représentation de la maladie elle-même comme je viens de le dire, puisqu'un certain nombre de sujets sont contaminés mais sans être considérés comme malades. Puis dans le rapport entre le patient et son médecin. Tout s'est passé comme si, au fur et à mesure de son extension, le sida avait paralysé ceux qui pouvaient être le mieux à même de lui porter un coup d'arrêt : les chercheurs d'abord, échouant à trouver un vaccin après avoir isolé le virus ; les agents de prévention ensuite, incapables de faire passer un message audible alors que les modes de contamination sont connus ; les individus enfin, réticents à changer de façon durable leurs comportements quand bien même ils connaissent les risques encourus.

À travers l'accent mis sur la prévention du sida ont émergé deux choses : l'idée que l'on peut donner l'apparence du bien-portant mais être « porteur sain » d'une maladie. Et puis, compte tenu du désarroi du monde médical confronté à l'épidémie du sida, il a fallu que les malades, ceux qui risquaient de le devenir et aussi la famille et l'entourage de ces nouveaux patients, se manifestent socialement et collaborent avec les médecins.

Les sidéens eux-mêmes, avec les moyens dont ils disposaient et en collectivisant ces moyens – je pense aux associations de lutte contre le sida – ont cherché, de leur manière, à faire en sorte que la recherche scientifique progresse. Un nouveau rapport s'est installé peu à peu, d'abord entre le médecin somaticien et son patient, et puis avec un temps de retard, dans les années 1987-1990, entre le patient séropositif et son psychiatre, et/ou son psychanalyste, qui s'est trouvé lui aussi confronté à de nouveaux patients dont la plupart présentaient un état « psychopathologique normal » et qui, d'une certaine façon n'entraient pas dans les critères nosographiques classiques. La clinique du sida s'est toujours présentée davantage comme une clinique de la relation inter-personnelle que comme une clinique descriptive de la maladie mentale. Et il y a

11. Grmek 1995, p. 257.

12. Thèse de doctorat en psychopathologie fondamentale : *La question du sida dans la relation psychothérapeutique*, 7 déc. 1994, Université Paris 7.

eu, le temps d'une décennie, entre 1987 et 1996, un moment de doute, d'incertitude, de confrontation pour les professionnels de la santé mentale face au sida qui a été très intéressant de ce point de vue.

Ceci dit, si l'épidémie de sida a fait naître les prémices du culte du droit à la santé à travers le problème de la prévention qui est essentiellement véhiculé par l'image, c'est bien l'image qui a permis le développement sans précédent du droit à la santé. Je devrais plutôt dire que le culte du droit à la santé naît de la tension entre, d'un côté, les progrès technologiques et scientifiques indéniables réalisés depuis vingt ans et, d'un autre côté, l'impossibilité de trouver le remède à certains troubles. C'est ensuite l'image qui le propage, qui impose le droit à la santé comme représentation des bien-portants. Le culte du droit à la santé s'impose alors comme représentation des bien-portants à travers le développement de l'image et notamment à travers la vidéo.

Je dois souligner aussi le fait que le modèle de l'homme en santé n'est pas nouveau en lui-même, mais ce qui en revanche est nouveau, c'est le fait que ce modèle soit optimisé et se trouve démultiplié, transformé en images. Il est donc davantage question, dans mon propos, de la représentation de la bonne santé que de la bonne santé à proprement parler.

Il y a donc là, à la faveur de l'image, une désacralisation du concept de santé. Si le médecin antique se trouvait pris dans une connaissance paranoïaque du monde, la médecine moderne, elle, s'astreint à objectiver le corps sur le modèle du cadavre¹³. Le sujet à proprement parler disparaît. On en voit une illustration parfaite à travers l'histoire même de la vidéo dont je donnerai ici seulement quelques points de repère, en miroir des repères historiques qui sont ceux relatifs à la psychiatrie et à la psychanalyse.

Je passerai rapidement sur les années trente et le début des années 1940 au cours desquelles ont lieu les premières expérimentations concernant la technique de captation et de transmission d'images électroniques. La fin des années 1960 est une époque marquée par l'importance du médium vidéo qui dans notre société commence à solliciter très activement la participation du public. L'objet vient à la rencontre du sujet. C'est une époque de bouillonnement et de recherche marquée par la contestation d'une société moralisatrice et centrée sur les interdits, où dans la mouvance du courant anti-psychiatrique, qui remettait en question l'institution asilaire, apparaît l'Anti-Cedipe, synthèse brillante de la thématique anti-psychiatrique contestant le familialisme et l'aspect conservateur de la psychanalyse. L'ouvrage paraît au moment où l'on commence à fermer les asiles en Occident grâce aux médicaments.

Au milieu des années 1970, en même temps que se développe la biologie moléculaire, révolution technique remarquable pour la biologie, apparaît l'image numérique qui prolonge tout en le bousculant, le vieux système perspectiviste hérité de la Renaissance et fait que l'image redevient ce qu'elle était avant la Renaissance : une image mentale. La micro-informatique va, en quelques années, permettre à des non spécialistes

13. Gori et Del Volgo 2005, p. 29.

de faire l'expérience de l'image dite interactive de sorte que si, dix ans plus tôt, l'objet allait à l'encontre du sujet, le sujet et l'objet ont maintenant le même statut. C'est ainsi que le corps, par exemple, n'est plus considéré que comme un plan, une surface d'inscription pour effectuer des expériences, ou encore comme un espace, un lieu à trois dimensions. L'écran remplace le miroir. Le personnage d'« Orlan », qui désigne sa démarche du nom d'« art charnel », modifie régulièrement son visage à l'aide de modèles numériques¹⁴.

Et puis ce sont les années 1980 qui se caractérisent par une esthétique de la vitesse, du défilement, de l'éphémère et de la fuite, où le montage s'impose comme un paradigme indispensable à la vision. On distord, on déforme l'image. On en vient surtout peu à peu à renverser le rôle regardeur / regardé¹⁵ : le sujet devient objet et inversement en boucle, à l'infini. On tend vers une certaine objectivation du regard ; on cherche une image régie par le hasard, voire l'absence, en remplaçant l'homme par la machine.

Cette période est caractérisée par son métissage, ses rapports conflictuels de la parole ou du texte avec l'image. Un métissage qui se retrouve aussi dans le cadre de la psychiatrie : l'on se souvient de l'attention particulière portée par les psychiatres des années 1980-1990, dans les pays occidentaux ou en voie d'occidentalisation, sur les cas limites et les conduites addictives, sur la problématique des sujets dépendants, dans le cadre des « maladies de l'idéalité » et des « pathologies du self ».

Le spectateur peut désormais organiser sa propre vision des images et intervenir sur leur apparition, leur vitesse de défilement ou leur disparition. Son point de vue n'est donc plus celui, unique et imperturbable, du voyeur ; il est au contraire inévitablement perturbé, instable, psychologiquement et intellectuellement actif certes, mais toujours en fuite.

Dès lors, les installations virtuelles de la fin des années 1990 et du début du troisième millénaire se mettent à pulluler. Univers d'images où le visiteur se promène dans le monde hygiénique de la synthèse et des personnages de mangas.

La communication se donne en boucle, de manière redondante. L'interactivité se manifeste sous la forme d'un gigantesque jeu social. L'art des avant-gardes du xx^e siècle avait été pensé comme un phénomène de rupture. Tout bascule aujourd'hui avec l'apparition d'un art miroir, d'un art reflet, d'un art jouant sur les systèmes de programmation et qui se trouve de plus en plus engagé dans les jeux stratégiques mondiaux, jeux sociaux, politique et économiques.

À l'époque moderne, la santé publique appuyée sur l'expertise scientifique tend à se transformer en morale de l'exactitude venant se substituer à la vérité¹⁶. L'homme libre se trouve aujourd'hui instrumentalisé par la science et les techniques qui avaient

14. De Mèredieu 2005, p. 127.

15. Dans son œuvre *Reverse television, portrait of viewers*, Bill Viola filme par exemple des spectateurs fixant la télévision.

16. Gori et Del Volgo 2005, p. 256.

contribué à sa libération. Il y a une tendance à l'objectivation de l'être jusqu'à sa transformation en matériau biologique.

En s'imposant, le culte du droit à la santé change la psychiatrie en l'orientant du côté des techno-sciences et change la psychanalyse en l'orientant du côté de la gestion du stress. Les psychiatres comme les psychanalystes sont ramenés en quelque sorte au rang de techniciens (du médicament, du comportement).

Est-ce le retour au traitement moral (du côté de « faire la morale au fou ») et à l'exclusion (disqualifiante) ?

Tout se passe en réalité comme si le discours de Pinel sur la folie, double discours rappelons-le, se trouvait aujourd'hui diffracté. Il y a eu comme je l'ai expliqué, transposition du traitement moral sur le cadre lui-même – l'asile psychiatrique. Puis le cadre a disparu. Il a même été jusqu'à se trouver diabolisé dans les années 1950.

Sur le même modèle, s'est produite une concentration de l'envolée techno-scientifique des années 1950 sur leur aspect purement technique, au prix de la science, en oubliant que « la science naît du rêve ». Ainsi, le psychiatre devient un gestionnaire de soins et encadre des expertises scientifiques de comportement. Quant à ce qui se passe du côté de la psychanalyse, il y a une certaine confusion entre la clinique psychanalytique – qui est une clinique sous transfert, où le psychanalyste est inclus dans le scénario de souffrance de l'analysant, où il se trouve partie prenante et ne peut donc s'exclure du processus psychanalytique lui-même – et une clinique où le thérapeute se trouve en position de témoin.

En conclusion, je voudrais souligner le fait que si j'ai utilisé le droit à la santé pour montrer qu'il y avait eu changement dans les rapports entre psychiatrie et psychanalyse, il n'est pas dit que le culte du bien-portant soit la cause effective du changement. Il peut n'en être que le catalyseur. Pourquoi le droit à la santé s'est-il imposé ? Qu'est-ce que cela cache ? Qu'est-ce que ce culte de la bonne santé ? Je renvoie la question aux historiens.

François POMMIER¹⁷

17. Professeur de psychologie clinique à l'université de Rouen, psychiatre, psychanalyste ; francois.pommier@free.fr.

Références bibliographiques

- COLLÉE M. et QUÉTEL C. (1987), *Histoire des maladies mentales*, Paris, PUF (Que sais-je ?).
- DE MÈREDIEU F. (2005), *Arts et nouvelles technologies, art vidéo, art numérique*, Paris, Larousse.
- GRMEK M.D. (1995), *Histoire du sida. Début et origine d'une pandémie actuelle [1989]*, Paris, Payot.
- GODARD H. (2005), « De Bardamu à Cripure », *Bulletin des amis de Louis Guilloux*, n° 18, *Confrontations*, p. 3-16.
- GORI R. (1996), *La Preuve par la parole*, Paris, PUF.
- GORI R. et DEL VOLGO M. J. (2005), *La Santé totalitaire*, Paris, Denoël.
- MAISONDIEU J. (1997), *La Fabrique des exclus*, Paris, Bayard Éditions.
- OURY J. (2004), *Préfaces*, Orléans, Éditions Le Pli.
- PIGEAUD J. (1989), *La Maladie de l'âme*, Paris, Les Belles Lettres (Études anciennes).
- SASSOLAS M. (dir.) (1997), *Les Soins psychiques confrontés aux ruptures de lien social*, Ramonville-Saint-Agne, Érès.